Stelselwijziging forensische zorg

Verklarend onderzoek naar
een centralisatie van sturing in de zorg

Petra Steinmann

STELSELWIJZIGING FORENSISCHE ZORG
VERKLAREND ONDERZOEK NAAR
EEN CENTRALISATIE VAN STURING IN DE ZORG

Petra Steinmann

Colofon

Omslag John Markus
Drukwerk Ipskamp Printing

ISBN 978-90-365-4796-3
DOI 10.3990/1.9789036547963
NUR 805

© 2019 P.L.M. Steinmann

No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or any information storage or retrieval system, without written permission from the author.

STELSELWIJZIGING FORENSISCHE ZORG
VERKLAREND ONDERZOEK NAAR
EEN CENTRALISATIE VAN STURING IN DE ZORG

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van
de graad van doctor aan de Universiteit Twente,
op gezag van de rector magnificus,
prof. dr. T.T.M. Palstra
volgens besluit van het College voor Promoties
in het openbaar te verdedigen
op donderdag, 11 juli 2019 om 12.45 uur

door

Petra Lamberdina Maria Steinmann

geboren op 13 oktober 1963
te Venlo

Dit proefschrift is goedgekeurd door de promotor:

Prof. dr. N.S. Groenendijk (Universiteit Twente)

Promotiecommissie:

Voorzitter en secretaris	Prof. dr. Th.A.J. Toonen (Universiteit Twente)
Promotor	Prof. dr. N.S. Groenendijk (Universiteit Twente)
Leden	Em. prof. dr. P.B. Boorsma (Universiteit Twente) Prof. dr. P.H. van der Laan (Vrije Universiteit) Prof. dr. A. Need (Universiteit Twente) Prof. dr. F.T. Schut (Erasmus Universiteit Rotterdam) Prof. dr. R. Torenvlied (Universiteit Twente)
Paranimfen	Aniek Markus Jeroen Markus

Voor mijn ouders

Voor John, Aniek en Jeroen

Begin met het noodzakelijke te doen
Doe dan wat mogelijk is
En opeens doe je het onmogelijke

Toegeschreven aan Franciscus van Assisi

Rule 24 (Health-care services)

1. The provision of health care for prisoners is a State responsibility. Prisoners should enjoy the same standards of health care that are available in the community, and should have access to necessary health-care services free of charge without discrimination on the grounds of their legal status.
2. Health-care services should be organized in close relationship to the general public health administration and in a way that ensures continuity of treatment and care, including for HIV, tuberculosis and other infectious diseases, as well as for drug dependence.

*United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners
known as "the Nelson Mandela Rules" (UN, 2015)*

Voorwoord

Stelselwijzigingen, waarbij taken van de ene naar de andere overheid worden overgedragen, komen in de publieke sector met enige regelmaat voor. In de zorg, maar ook daarbuiten, gaan deze vanwege de gevolgen voor individuele burgers vaak met de nodige aandacht gepaard. De stelselwijziging in 2007 van de forensische zorg, waarbij de verantwoordelijkheid voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg voor volwassenen in strafrechtelijk kader vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport naar het ministerie van Justitie werd overgeheveld (voor zover die daar niet al lag), is bij het grote publiek minder bekend maar daarom niet minder opvallend. In financiële termen beslaat de forensische zorg nog geen procent van alle zorguitgaven en vormt daarmee een nichemarkt. Tegelijkertijd is de sector vanwege de gecombineerde opdracht van zorg en beveiliging van groot maatschappelijk belang en met name bij incidenten in het nieuws.

Via mijn werk bij het ministerie van Justitie raakte ik in 2008 betrokken bij de stelselwijziging forensische zorg. Als bestuurskundige verbaasde het me wat op dat moment nog te regelen en te organiseren viel. De vraag die dit bij me opriep, of en hoe een probleem kan worden opgelost door de verantwoordelijkheid hiervoor van het ene naar het andere ministerie over te hevelen, vormde mede aanleiding om vanaf medio 2013 invulling te geven aan mijn oude wens om te promoveren.

Er zijn vele redenen om een proefschrift te schrijven. Interesse in het onderwerp en het naar eigen inzicht kunnen inrichten van het onderzoek waren belangrijk voor mij. Het besef deze mogelijkheid te hebben was dat ook. Mijn ouders waren van de generatie dat ze vanaf hun dertiende moesten werken, hun intelligentie speelde geen rol. Ik kreeg de kansen die zij niet hebben gehad, en die ik mede om die reden niet wilde laten liggen. Affiniteit met het complexe forensisch domein, met de personen die daarin werken en met de problematiek van degenen die deze zorg opgelegd krijgen, vormde een andere inspiratiebron. Genoeg motivatie om hindernissen te nemen en de soms pittige combinatie met werk en gezin aan te kunnen.

Dit proefschrift was echter nooit tot stand gekomen zonder de steun en bijdragen van anderen. In de eerste plaats bedank ik Peter Boorsma, bij wie ik in 1988 afstudeerde en die mij toen al het geloof en vertrouwen gaf dat ik zou kunnen promoveren, die dat vuurtje brandend hield, mij introduceerde bij mijn promotor Nico Groenendijk en als meelezer vervolgens betrokken bleef. Nico dank ik van harte voor zijn onvermoeibare bereidheid met mij de weg van dit onderzoek te bewandelen, dilemma's te bespreken, mijn teksten van relativerend commentaar te voorzien en voor zijn plezierige en steunende coaching daarbij. Pim Molenaar, tot voor kort algemeen secretaris van de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ), ben ik dankbaar voor de mentale en praktische ruimte die hij heeft geboden om hier onafhankelijk aan te kunnen werken. Patrick van den Beemt en Frederieke Leeftang dank ik voor hun steun vanuit de RSJ bij de laatste loodjes van dit traject. René Torenvlied (Universiteit Twente) en Rembrandt Zuiderhoudt (voormalig RSJ-lid) bedank ik

voor het meelezen en hun commentaar op een conceptversie van de eerste hoofdstukken. Harry van der Kaap (Universiteit Twente) bedank ik voor zijn toets op methodologisch vlak.

Wat dataverzameling betreft ben ik Goof van Gemert van de Directie Forensische Zorg (DForZo), Carsten Herstel (ministerie van Justitie), Liesbeth Molenaar, Aarnout Melis (beiden ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport), Jonathan Douma (GGZ Nederland) en Marjet van Baggum (De Borg) zeer erkentelijk. Hun medewerking heeft bijgedragen aan een goede toegang tot het veld. Chris van der Meer (RSJ-lid) dank ik voor zijn bijdrage aan het testen en verbeteren van de vragenlijst. Alle personen die ik heb geïnterviewd (bijlage 7), de personen die dit mogelijk hebben gemaakt en de personen die data hebben aangeleverd of toegankelijk gemaakt, zoals Claudio Slippens, Lucienne Casanova en Willem Gordeau (allen DForZo), Cyril van Schijndel (Dienst Justitiële Inrichtingen), Rob Decau (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum), Willem Eggink (Nederlandse Zorgautoriteit) en Merel Spit (3RO) ben ik dankbaar. Zonder hen had dit proefschrift niet tot concrete resultaten geleid. Elaine Ernst dank ik voor haar bijdrage bij het redigeren van het proefschrift en de Engelstalige vertaling van de samenvatting.

Op persoonlijk vlak, tot slot, dank ik allereerst mijn man John Markus, mijn dochter Aniek en mijn zoon Jeroen voor de ruimte, steun en begrip die ze de afgelopen jaren hebben geboden. Ik ben trots op jullie en draag dit proefschrift met veel plezier aan jullie op. Mijn ouders leven niet meer, maar ben ik eveneens dankbaar omdat ze mij in de basis hebben gevormd tot wie ik ben. Mijn vader dank ik voor zijn liefde voor het lezen en leren en mijn moeder voor haar strijdbaarheid. Verdere familie, vrienden en de collega's van de RSJ dank ik voor hun morele steun en begrip dat ik te vaak even geen tijd had. Ik kijk ernaar uit het contact te hernieuwen en weer te versterken.

Petra Steinmann, juni 2019

Samenvatting

In 2007 heeft, ondanks bezwaren van de sector, een stelselwijziging plaatsgevonden in de forensische zorg. Het budget en de politieke eindverantwoordelijkheid voor deze zorg werden – voor zover deze niet al bij Justitie berustten – vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ofwel VWS (het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten) naar het ministerie van Justitie (de rijksbegroting) overgeheveld, terwijl de minister van VWS verantwoordelijk bleef voor de kwaliteit daarvan. Met forensische zorg wordt bedoeld op geestelijke gezondheids-, verslavings- en verstandelijk gehandicaptenzorg voor volwassenen in strafrechtelijk kader. Het betreft zorg aan ter beschikking gestelden, gedetineerden en 'overige forensische patiënten' aan wie als verdachte of bij veroordeling een voorwaardelijke sanctie is opgelegd met forensische zorg als bijzondere voorwaarde.

In internationaal verband wordt aanbevolen de verantwoordelijkheid voor zorg in detentie te beleggen bij de minister van Volksgezondheid (WHO, 2007, p. 2; 2014, p. 7; CPT, 2017, p. 6). Nationaal en internationaal wordt het equivalentiebeginsel onderschreven, waarmee wordt bedoeld dat zorg aan gedetineerden gelijkwaardig dient te zijn aan zorg in de vrije samenleving. Tot dusverre is niet onderzocht in hoeverre de sturing van forensische zorg na de stelselwijziging is veranderd en wat de effecten daarvan zijn.

De probleemstelling in dit proefschrift luidt:

(Hoe) leidt de verandering van sturing van forensische zorg na de stelselwijziging in 2007 tot veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van deze zorg en hoe verhouden deze veranderingen zich tot het equivalentiebeginsel?

De probleemstelling is beantwoord aan de hand van drie theoretische en vier empirische onderzoeksvragen. Op basis van een literatuurverkenning van economische, staatsrechtelijke en bestuurskundige invalshoeken zijn de property rightstheorie (PRT), de principaal-agenttheorie (PAT) en de bestuurskundige netwerkbenadering (NWB) geselecteerd om de verandering van sturing in de casus te bestuderen. Sturing is daarbij, vrij naar Wolfson (2001, p. 78), opgevat als een bewuste verandering van instituties om het gedrag van actoren in een systeem te beïnvloeden. Aansluitend op de nieuwe institutionele economie (North, 1991; Williamson, 1998a, pp. 26-29), betreft dit zowel formele als informele instituties. Paragraaf 2.5 bevat een analyse van de samenhang, overlap en verschillen tussen de drie benaderingen.

Het *theoretisch deel van de probleemstelling* wordt in hoofdlijnen als volgt beantwoord. Een belangrijke overeenkomst tussen de drie theoretische benaderingen is dat deze zich, weliswaar in verschillende bewoordingen, richten op het ceteris paribus verminderen van transactie- en productiekosten en daarmee op doelmatigheid als te verklaren variabele; de NWB richt zich daarnaast op de legitimiteit van de collectieve acties van actoren. Terwijl de economische benaderingen (PRT en PAT) zich richten op het verminderen van onzekerheden in de relaties tussen actoren, richt de NWB zich op het versterken van onderling vertrouwen, te zien als keerzijde van onzekerheid. Ook de verklarende variabelen verschillen.

In de PRT ligt de focus op property rights, in dit proefschrift vertaald als economische rechten en opgevat als (de combinatie van) het belang en de zeggenschap van een actor ten aanzien van een goed of dienst. Vastleggen van economische rechten vermindert de onzekerheid van actoren bij transacties (Coase, 1960). Naarmate een actor sterkere economische rechten heeft, en dus meer de consequenties van eigen handelen ondervindt, is deze meer gemotiveerd om onnodige kosten te vermijden en doelmatiger te handelen. Het belang van een actor kan financieel voordeel maar ook ander materieel of immaterieel nut betreffen, hetgeen toepassing in de publieke sector mogelijk maakt (De Alessi, 1969, p. 16; Furubotn & Pejovich, 1972, pp. 1147-1148). Aan verschillen in economische rechten tussen op vergelijkbaar niveau sturende actoren in de publieke sector is in de literatuur, voor zover bekend, tot dusverre geen aandacht besteed. Het empirisch onderzoek in dit proefschrift kan als aanzet worden gezien.

In de PAT worden verschillen in informatiepositie en doelen tussen principaal en agent als verklarende variabelen genoemd (Sappington, 1991; Akerlof (1970) in Neelen, 1994, p. 68; Arrow, 2001). Onzekerheid vanwege de beslissingsruimte van de agent brengt volgens de (traditionele) PAT de mogelijkheid van 'verborgen informatie' (hidden information) voor de principaal met zich mee en het risico dat deze niet de juiste agent selecteert (adverse selection). Na contractering loopt de principaal een risico op 'verborgen actie' (hidden action) van de agent en daarmee op afwenteling van kosten op de principaal (moral hazard). Om disfunctionele effecten van beloningssystemen te beperken moet de principaal rekening houden met de intrinsieke en extrinsieke motivatie van agenten. In de (aangepaste) PAT, die hier is gevolgd, wordt de aandacht gericht op verschillen in belangen tussen principaal en agent en op wederzijdse risico's. Zowel principaal als agent kunnen daarbij prikkels hebben om de kosten van hun handelen op de ander af te wentelen.

De NWB richt zich op diverse vormen van netwerkmanagement als verklaring voor doelmatigheid. Relaties in een netwerk zijn gebaseerd op (het versterken van) het vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheden tussen actoren. De inbedding van relaties in een netwerk bevordert de coördinatie en doelmatigheid van handelen van actoren (Scharpf, 1994; Uzzi, 1996, 1997). Een bij de omstandigheden van het netwerk passende vorm van netwerkmanagement is bepalend voor de effectiviteit van sturing daarvan. De variant waarin het netwerkmanagement ligt bij een centrale administratieve netwerkorganisatie is effectief wanneer sprake is van een groot aantal deelnemers, met sterk vergelijkbare doelen waarover consensus bestaat en waarbij sprake is van sterke onderlinge afhankelijkheid en specialisatie in de taakuitoefening (Provan & Kenis, 2007, p. 241).

Voor de *empirische beantwoording van de probleemstelling* is casusonderzoek als onderzoeksmethode gekozen, vanuit wetenschappelijke invalshoek onder meer vanwege gebrekkige statistische generaliseerbaarheid van de bevindingen vaak bekritiseerd (Yin, 1981; Flyvberg, 2006; Yin, 2014). Samenhangend met een goedgekozen en uitgevoerde onderzoeksopzet kunnen bevindingen echter ook buiten de casus theoretische zeggingskracht hebben; Yin spreekt in dit verband van analytische generaliseerbaarheid (2014, pp. 20, 41).

Op grond van de theoretische inzichten zijn proposities geformuleerd (figuur 2.12). Gelet op de probleemstelling en haalbaarheid zijn (enkel) die proposities onderzocht die betrekking hebben op (de verklaring van) doelmatigheid, en is legitimiteit als te verklaren variabele buiten beschouwing gebleven (figuur 7.4). Om alternatieve verklaringen waar mogelijk uit te kunnen sluiten (Yin, 2014, pp. 140-142), zijn ontwikkelingen in de omvang van de (potentiële) forensische populatie, de vergelijkbare reguliere zorg, loon- en prijsbijstellingen en registratie- en implementatie-effecten onderzocht. Aangezien forensische zorg gelet op de verschillen in zorg- en beveiligingsniveau een breed palet aan interventies bevat en als zodanig een containerbegrip is, zijn analyses niet alleen op systeemniveau verricht, maar ook op onderdelen daarbinnen. Daarbij is onderscheid is gemaakt naar negen typen forensische zorg (paragraaf 5.2), vier domeinen (forensische psychiatrische centra, penitentiaire psychiatrische centra, intra- en extramurale overige forensische zorg) en de drie eerdergenoemde doelgroepen.

De onderzoeksperiode beslaat 2006 tot en met 2015. Via een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling zijn de onderzoeksbevindingen gebaseerd op de gerealiseerde forensische zorginkoop, op 33 halfgestructureerde interviews met 41 sturende en uitvoerende actoren die de situatie voor en na de stelselwijziging hebben meegemaakt (bijlage 7) en op openbare of bij instanties opgevraagde gegevens. De medewerking aan het onderzoek was in het algemeen (zeer) goed, enkel met vertegenwoordigers van het gevangeniswezen kon niet worden gesproken (paragraaf 4.5.2). De bevindingen, gepresenteerd in hoofdstukken 5 en 6 en samengevat in paragraaf 8.2 (onderzoeksvragen 4 tot en met 6), zijn eind februari 2019 in hoofdlijnen gepresenteerd aan directbetrokkenen van de Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen en het ministerie van Justitie en bleken in grote lijnen herkenbaar.

Door het empirische patroon tussen verklarende en te verklaren variabelen met het in proposities geformuleerde theoretisch verwachte patroon te vergelijken, zijn conclusies getrokken over het al dan niet verwerpen van (onderdelen van) de proposities (paragrafen 7.3, 7.4 en 8.2 onderzoeksvraag 7). Daarmee is bevestigd dat casusonderzoek niet alleen in een explorerende, maar ook in een toetsende fase van onderzoek kan worden gebruikt (Yin, 1981; Flyvberg, 2006, pp. 221-242; Yin, 2014, pp. 7, 19-22).

De empirische beantwoording van het eerste deel van de probleemstelling betreft de vraag hoe de verandering van sturing van forensische zorg na de stelselwijziging tot verandering in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van deze zorg leidt. Na de stelselwijziging is sprake van een sterkere, meer centrale sturing vanuit Justitie die door respondenten spontaan als sterkste punt daarvan is betiteld. Aangezien VWS zich volgens respondenten daarna grotendeels als sturende actor uit het forensische domein heeft teruggetrokken, is het aantal principalen gedaald en het verschil in doelen tussen actoren verminderd.

De meer centrale sturing na de stelselwijziging gaat gepaard met sterkere economische rechten van de sturende actoren (minister van Justitie en Directie Forensische Zorg) en

zwakkere economische rechten van de uitvoerende actoren (forensische zorginstellingen). Afhankelijk van (af- of aanwezigheid van) een opdracht aan de sturende actoren om kosten te besparen, prikkelen hun sterkere rechten hen tot meer discretionair en afknijpgedrag, dat de uitvoerende actoren minder ruimte laat voor ontduikgedrag en in de onderzoeksperiode bij forensisch psychiatrische centra en de overige forensische zorg uitmondt in (in reële prijzen) dalende tarieven. In combinatie met de (vanwege meer op recidivevermindering gerichte behandeling en beveiliging) verbeterde kwaliteit van forensische zorg, duiden deze dalende tarieven op verbetering van doelmatigheid opgevat als kostenefficiëntie. Mogelijk is een aanduiding als verbeterde doelmatigheid echter een eufemisme voor een (te) grote druk op de financiën en werkdruk die volgens respondenten tot veiligheidsrisico's binnen en buiten de instelling kunnen leiden.

De vanuit de NWB verwachte ontwikkelingen en risico's (meer informatie-uitwisseling, samenwerking, innovatie, concurrentie – op marktaandeel, niet op tarieven –, belangenbehartiging en conflicten) doen zich voor en zijn mede aan het netwerkmanagement van Directie Forensische Zorg toe te schrijven, maar hebben als zodanig hooguit een beperkte invloed op deze ontwikkeling van doelmatigheid.

De productiekosten stijgen in de forensische zorg relatief sterk, vergeleken met de reguliere zorg, hetgeen slechts gedeeltelijk (loon- en prijsbijstellingen en een dalend aantal door de rechter opgelegde terbeschikkingstellingen) wordt verklaard door de onderzochte alternatieve verklaringen. Bij zowel de tarieven- als kostenontwikkeling lijkt het verrekensysteem tussen het kerndepartement en de Dienst Justitiële Inrichtingen, en daarmee een verklaring vanuit de PAT, een rol te spelen aangezien dit de Dienst Justitiële Inrichtingen prikkelt om de tarieven te verlagen, maar niet om het volume in de forensische zorg en daarmee de totale productiekosten te beheersen (paragraaf 5.3). De relatief sterke kostenontwikkeling na de stelselwijziging, de gerapporteerde grotere politieke aanspreekbaarheid van de minister van Justitie als sturende actor en maatschappelijke druk bij incidenten, en de verrekensystematiek duiden in onderlinge samenhang op mogelijk verminderde allocatieve efficiëntie in de forensische zorg, al kon die niet worden onderzocht (paragraaf 4.4.1).

Wat het *tweede deel van de probleemstelling* betreft, ofwel de vraag hoe de geconstateerde ontwikkelingen in de forensische zorg zich verhouden tot het equivalentiebeginsel, is geconstateerd dat sprake is van wezenlijke verschillen, waarvan niet in objectieve termen valt vast te stellen of deze gerechtvaardigd zijn. De forensische patiënt heeft, anders dan een reguliere zorgpatiënt, geen of weinig zeggenschap over zijn behandeling en keuze van zorginstelling. Er zijn verschillen in behandel-effecten – bij vier van de vijf in de forensische zorg meest voorkomende hoofddiagnoses zijn deze in de forensische zorg lager dan in de geestelijke gezondheidszorg – die, vanwege de door het strafrechtelijk kader bepaalde duur, het belang van vervolgzorg daarna onderstrepen. De continuïteit van zorg wordt door respondenten gezien als het zwakste punt na de stelselwijziging en is inmiddels een door VWS en Justitie beleidsmatig onderkend aandachtspunt. De toegankelijkheid, equivalentie en continuïteit van forensische zorg is voor ter beschikking gestelden en gedetineerden in de onderzoeksperiode verbeterd of (tenminste) gelijk gebleven (tabel 5.20). Voor de overig

forensische patiënten zijn de toegankelijkheid, equivalentie en continuïteit van zorg, onder meer vanwege hun grotere herkenbaarheid (stigmatisering) na de stelselwijziging juist verminderd.

Ook de relaties tussen forensische zorginstellingen en -verzekeraar en de rol van toezichthouders verschillen met die in de reguliere zorg. De minister van Justitie heeft na de stelselwijziging de rol van zorgverzekeraar gekregen en DForZo is, tegen de trend in de reguliere zorg in, de enige zorginkoper in de forensische zorg. Hoewel met vergelijkbaar (bekostigings- en Routine Outcome Monitoring-) instrumentarium wordt gewerkt als in de reguliere zorg en de taal en werkwijze daarmee in hoofdlijnen overeenkomt, lijkt de toepassing daarvan in de praktijk toch wezenlijk te verschillen. Enerzijds betreft dit de afhankelijkheid van forensische zorginstellingen van één zorginkoper en bijvoorbeeld het feit dat niet zij zelf de intake van patiënten kunnen bepalen. Anderzijds is de (enige) forensische zorginkoper bij netwerk- en coalitievorming van forensische zorginstellingen afhankelijk van de gezamenlijke ambitie en bereidheid van forensische zorginstellingen om te innoveren en de transparantie over de prestaties in de forensische zorg te vergroten. De informatie over kwaliteit en kosten van deze zorg is hier zowel vanuit patiënt- als zorginkopersperspectief getypeerd als minder transparant dan in de reguliere zorg (paragrafen 6.3.4.2 en 7.2.1). Voor de wetenschappelijke onderbouwing van forensische zorg is een afzonderlijk instituut (EFP) opgericht, maar dit beschikt bijvoorbeeld niet over kosten- of Routine Outcome Monitoring-gegevens. Instituten die zich in de regulier zorg bezighouden met het bevorderen en monitoren van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, zoals het Zorginstituut, NIVEL, RIVM, Vektis en SBG houden zich niet of hooguit incidenteel bezig met forensische zorg. Opvallend is tot slot dat forensische zorg, anders dan bijvoorbeeld de (gedecentraliseerde) Wmo en Jeugdwet, niet onder de kaders en afwegingen valt van het Budgettair Kader Zorg van VWS.

Aanbevelingen voor wetenschappelijk vervolgonderzoek

Een stelselwijziging in de (forensische) zorg is inherent complex om wat sturing, effecten en context betreft te onderzoeken en af te bakenen. Voor de haalbaarheid van het onderzoek was het een geluk bij een ongeluk dat de beoogde analyse van theoretische variabelen op domeinniveau, vanwege een grote mate van eenduidigheid van ontwikkelingen (tabel 6.21), niet zinvol en daarmee onnodig was. Bij de opzet van casusonderzoek verdient de praktische haalbaarheid daarom meer aandacht dan Yin (2014, pp. 55-65) hieraan besteedt. In aanvulling op diens suggesties om (meerdere) casussen ingebed te onderzoeken, wordt geadviseerd in dergelijke gevallen in een onderzoeksgroep of context van een onderzoeksprogramma samen te werken. Geabstraheerd van de verschillen in terminologie, bieden de geconstateerde overeenkomsten in achtergrond, doel en uitgangspunten van de PRT, PAT en NWB een multidisciplinair theoretisch kader dat zich leent voor verdere doordenking en empirisch onderzoek van zorgvuldig geselecteerde casussen. Daartoe wordt, al dan niet in onderlinge samenhang geadviseerd:

- bij toepassing van de PRT, PAT en NWB in de publieke sector het begrip doelmatigheid te specificeren in kosten- en allocatieve efficiëntie;
- op basis van goed geselecteerde casussen te onderzoeken of sprake is van verschillen in zeggingskracht tussen de drie benaderingen. In de casus is de relatie tussen verklarende

- en te verklaren variabelen vanuit de PRT en de PAT conceptueel sterker dan vanuit de NWB;
- wat de PRT betreft bewust casussen te selecteren met toe- en afnemende economische rechten om zodoende de relatie met veranderend (discretionair, afknijp- en ontduik-) gedrag van sturende en uitvoerende actoren en doelmatigheid te kunnen onderzoeken. Onderhavige studie biedt een aanzet om op basis van zeggenschap en belang verschillen in economische rechten van actoren in de publieke sector te onderzoeken;
 - te onderzoeken of aan- of afwezigheid van een opdracht aan een sturende actor in de publieke sector om kosten te besparen een (aanvullende) verklarende variabele biedt voor diens discretionaire en afknijpgedrag;
 - wat de PAT betreft, met het oog op de ontwikkeling van duurzame principaal-agentrelaties, de wederzijdse risico's (moral hazard, adverse selection) te onderkennen en de traditionele vraag te herformuleren als een vraag hoe de principaal en agent in elkaars belang kunnen handelen, zonder de risico's voor een hogere principaal uit het oog te verliezen.

Terugblik en aanbevelingen praktijk

De empirische onderzoeksbevindingen duiden erop dat sommige knelpunten die de aanleiding vormden tot de stelselwijziging (schaarsteproblematiek, het niet kunnen uitvoeren van vonnissen) in de onderzoeksperiode zijn verminderd en mogelijk opgelost, maar dat andere knelpunten (continuïteit van zorg en kostenbeheersing) na de stelselwijziging nog steeds bestaan en mogelijk zijn vergroot. De dominantie van Justitie op het forensische domein en, in het verlengde daarvan, de inequivalentie van instituties zijn daar als aandachtspunten bijgekomen. Justitie heeft via wetgeving, beleid en budget grote invloed op de forensische vraag én het forensische aanbod. De Directie Forensische Zorg is de enige zorginkoper en speelt een dominante rol. De kosten stijgen in de forensische zorg relatief sterk, vergeleken met de reguliere zorg, en er zijn relatief sterke wederzijdse afhankelijkheden tussen zorginkoper en -instellingen. Als sector ligt de forensische zorg onder een maatschappelijk vergrootglas, wat druk oplevert om incidenten te voorkomen. In het huidige systeem is het de vraag of er voldoende prikkels zijn om de vraagzijde (het budget) te begrenzen en de uitgaven aan forensische zorg af te wegen tegen uitgaven in de reguliere zorg. Tegelijkertijd is de aandacht voor forensische patiënten onderbelicht bij organisaties die zich in de reguliere zorg bezighouden met het bevorderen en monitoren van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid. Verschillen in prevalentie van diagnoses en behandel-effecten tussen forensische en reguliere zorg duiden op het belang van onderzoek hiernaar. Niet alleen vanuit kostenbeheersingsperspectief maar ook ter bevordering van de prestaties in de forensische zorg verdienen de checks and balances derhalve aandacht. Daarnaast valt een decentraal inkoopmodel te overwegen waardoor de dominantie van Directie Forensische Zorg wordt verminderd en mogelijkheden ontstaan om op de regionale zorgbehoefte in te spelen.

Ontwikkelingen na afloop van de onderzoeksperiode wijzen ook in die richting. Vanwege een wijziging in de Aanbestedingswet 2012 vindt vanaf 2018 zorginkoop verplicht plaats via aanbesteding, wat meer ruimte geeft voor nieuwe zorgaanbieders en daarmee de positie van

Directie Forensische Zorg (verder) versterkt, terwijl die van forensische instellingen vanwege onzekerheden over volume en druk om patiënten zo soepel mogelijk te plaatsen (verder) verzwakt. Medio 2018 zijn de tarieven in de overige forensische zorg verhoogd, mede naar aanleiding van ernstige incidenten. De NZa kan sinds de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg in 2019 als marktmeester een belangrijke(re) rol spelen op het forensische domein vanwege ruimere toezichthoudende en handhavende bevoegdheden. In hoeverre deze rol in de praktijk invulling kan krijgen, is echter afhankelijk van de opdrachtgever VWS en het politieke draagvlak.

Wat de aansluiting van forensische op reguliere zorg betreft, lijkt de stelselwijziging nog niet geslaagd. Het aangescherpte forensische karakter, de herkenbaarheid als forensische patiënt en de verschillen in bekostiging, procedures en patiëntperspectieven lijken tot meer grensverschillen met de reguliere zorg te leiden. De continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel wordt door respondenten spontaan als zwakste punt na de stelselwijziging betiteld. Of de invoering in 2020 van de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten hieraan nog iets verandert, moet worden afgewacht.

Voor een betere aansluiting tussen het forensische en reguliere zorgaanbod is, bij de huidige verantwoordelijkheidsverdeling, op stelselniveau een sterkere op verbinding gerichte gezamenlijke regie nodig van Justitie én VWS. Het vergroten van equivalentie van instituties draagt hieraan bij. Een alternatief scenario is gehoor te geven aan de internationale aanbeveling om de verantwoordelijkheid voor forensische zorg bij de minister van Volksgezond te beleggen (WHO, 2014, pp. 4, 7; UN, 2015; CPT, 2017, p. 6), maar vergt waarborgen om het veiligheidsperspectief en de inkoop van forensische zorg te garanderen

Summary

In 2007, despite objections from the forensic care sector, a regime change has taken place in Dutch forensic care. The budget and the political accountability for this type of care – insofar these were not already entrusted to the Ministry of Justice – were transferred from the Ministry of Health, Welfare and Sport (the General Fund of Exceptional Medical Expenses) to the Ministry of Justice (the national budget), although the Minister of Health, Welfare and Sport remained responsible for the quality of care. Forensic care entails mental health care, addiction care and care for mentally-handicapped adults in the criminal law framework. This includes care to people placed under hospital orders as a court-imposed treatment measure (in Dutch *ter beschikking gestelden*), prisoners, and other forensic patients to whom as a suspect or in the event of a conviction a conditional sanction is imposed with forensic care as a special condition.

Internationally, it is recommended that the government ministry responsible for prison health should, where possible, be the ministry responsible for public health services (WHO, 2007, p. 2; 2014, p. 7; CPT, 2017, p. 6). Equivalence of care is a national and international endorsed principle, and means that the treatment and health care provided to prisoners should be equivalent to regular care provided to the community in general (WHO, 2007, pp. 7-13). Thus far, it has not been examined to what extent the control of forensic care following the regime change has been altered and what the effects are. The problem definition in this thesis is therefore:

How does the change in control of forensic care following the regime change in 2007 lead to changes in quality, accessibility, costs and efficiency of this care and how do these changes relate to the equivalence principle?

In light of solving the problem definition three theoretical and four empirical research questions were formulated. Based on a literature review of economic, constitutional and administrative perspectives, the property rights theory (PRT), the principal agent theory (PAT) and the administrative network approach (NWB) have been selected to study the change in control, which in this case should be, according to Wolfson (2001, p. 78), be construed as a deliberate change of institutions to influence the behaviour of actors in a particular system. In conjunction with the new institutional economy (North, 1991; Williamson, 1998a, pp. 26-29), this relates to both formal and informal institutions.

The *theoretical part of the problem definition* is mainly dealt with as follows. An important similarity between the three theoretical frameworks is that these, although in different words, focus on the *ceteris paribus* reduction of transaction and production costs and thus on efficiency as the variable to be explained. In addition, the NWB concentrates on the legitimacy of the actors' collective actions. While the economic frameworks (PRT and PAT) focus on reducing uncertainties in the relationships between actors, the NWB concentrates on reinforcing mutual trust, which can be construed as a downside of uncertainty. The explanatory variables also differ.

In the PRT the focus is on property rights, which in this thesis is construed as (a combination of) an actor's interests and control with respect to goods or services. Establishing property rights reduces an actor's uncertainty in case of transactions (Coase, 1960). When an actor obtains stronger property rights, thus experiencing the consequences of his own actions even more, he is better motivated to avoid unnecessary costs and act more efficient. The actor's interest can apply to financial gain but also to other material or immaterial benefits, which enables application in the public sector (De Alessi, 1969, p. 16; Furubotn & Pejovich, 1972, pp. 1147-1148). In literature differences in property rights between equally managing actors in the public sector have, to the best of my knowledge, thus far been overlooked. The empirical research in this thesis can be perceived as a first step towards filling that gap.

In the PAT differences in information position and objectives between principal and agent are referred to as explanatory variables (Sappington, 1991; Akerlof (1970) in Neelen, 1994, p. 68; Arrow, 2001). Uncertainty because of the agent's room for decision entails, according to the (traditional) PAT, the possibility of hidden information for the principal and the subsequent risk of adverse selection. After contracting an agent the principal risks this agent's hidden action and the latter's passing on costs to the principal (moral hazard). To limit effects of remuneration systems the principal has to take into account the agent's intrinsic and extrinsic motivation. In this thesis the applicable (adapted) PAT is focused on differences in interests between principal and agent, and mutual risks. Both principal and agent can be enticed to pass on the costs of their actions to the other party.

The NWB concentrates on various forms of network management as explanations for efficiency. Relationships in a network are based on (reinforcing) mutual trust and dependency between actors. The embedding of relationships in a network facilitates the coordination and efficiency of actors' actions (Scharpf, 1994; Uzzi, 1996, 1997). An appropriate form of network management, suitable to the circumstances of the intended network, is decisive for the efficiency of the control thereof. The version in which network management is the responsibility of a central administrative network organisation, is only efficient if there is a large number of participants, who have highly similar objectives that have been agreed upon, a strong mutual dependency and specific work duties (Provan & Kenis, 2007, p. 241).

For the *empirical part of the problem definition* a case study has been chosen as the research method, which from a scientific point of view has often been criticised partly due to poor statistical general applicability of the findings (Yin, 1981; Flyvberg, 2006; Yin, 2014). However, with a well-chosen and applied research design findings can be theoretically applicable to other cases, which Yin calls analytical general applicability (2014, pp. 20, 41). Based on these theoretical insights propositions have been formulated. Considering the problem definition and feasibility of the research, only those propositions concerning (the explanation of) efficiency have been included and legitimacy as the variable to be explained has been excluded. To exclude alternative possible explanations (Yin, 2014, pp. 140-142), developments in the size of the (potential) forensic population, the comparable regular care, wage and price adjustments, and registration and implementation effects have been studied.

Since forensic care, considering the differences in care and security level, contains a wide range of interventions and as such is a broad term, analyses have not only been carried out on system level, but also on elements within. In doing so, nine types of forensic care, four domains (forensic psychiatric centres, penitentiary psychiatric centres, and the intramural and extramural remainder of forensic care) and the three aforementioned target groups have been distinguished.

The research period covers the years 2006 to 2015. By combining quantitative and qualitative data the research findings are based on the actual forensic care procurement, 33 semi-structured interviews with 41 managing and implementing actors who are familiar with the situation prior to and following the regime change, and public data or data requested from organisations. In general, the respondents' cooperation was excellent, although unfortunately representatives of the prison system were unavailable. At the end of February 2019, the outlines of findings have been presented to the parties involved (the Division Forensic Care of the Custodial Institutions Agency and the Ministry of Justice) and appeared to be broadly recognizable.

By comparing the empirical pattern between explanatory variables and variables to be explained to the theoretical expected patterns in the aforementioned propositions, conclusions were drawn with regards to the acceptance or dismissal of (elements of) the propositions. This confirms that case study is not only applicable in an explorative research phase, but also in an explanatory one (Yin, 1981; Flyvberg, 2006, pp. 221-242; Yin, 2014, pp. 7, 19-22).

The empirical first part of the problem definition concerns the question in what way the change in control of forensic care following the regime change leads to change in quality, accessibility, costs and efficiency of this care. Following the regime change there is a stronger, more central control from the Ministry of Justice which respondents candidly point out as its strongest point. As the Ministry of Health, Welfare and Sport, according to respondents, has afterwards mostly withdrawn as a managing actor from the forensic domain, the number of principals has declined and the difference in objectives between actors has been reduced.

The abovementioned more central control following the regime change goes hand in hand with stronger property rights of the managing actors (the Minister of Justice and the Division Forensic Care) and weaker property rights of the implementing actors (forensic care institutions). Dependent on (the absence or presence of) instruction to the managing actors to save costs, their stronger rights motivate them to exhibit more discretionary and pinching behaviour, which leaves the implementing actors less room for shirking and leads to (in actual prices) declining rates at forensic psychiatric centres and other forensic care facilities in the research period. In combination with better quality of forensic care – because treatment is focused on reduction of recidivism and increasing safety – these declining rates imply increased efficiency, construed as cost efficiency. However, indicating an increased efficiency is potentially a euphemism for (too) much strain on finances and work pressure that according to respondents can lead to safety risks inside and outside the institutions.

Summary

The expected developments and risks from the NWB (more exchange of information, cooperation, innovation, competition – concerning market share, not rates –, advocacy and conflicts) occur and can be attributed to the network management of the Division Forensic Care, but as such they have at most a limited impact on this development of efficiency.

The production costs in forensic care have increased relatively quickly compared to regular care, which can only partly (wage and price adjustments and decreasing court imposed placements under hospital orders) be explained by the alternative explanations that have been studied. The settlement system between the Ministry of Justice and the Custodial Institutions Agency, and thus an explanation from the PAT, seems to play a role in the rate development as well as cost development since this motivates the Custodial Institutions Agency to decrease rates, but not to manage the volume and thus the overall production costs in forensic care. The relatively rapid cost development following the regime change, the reported larger political accountability of the Minister of Justice as managing actor, the social pressure in case of incidents and the settlement system in mutual coherence imply a possible decrease in allocative efficiency in forensic care, although this could not be researched.

As far as the *second part of the problem definition* is concerned, the question how the observed developments in forensic care relate to the equivalence principle, substantial differences have been noted, but it cannot be objectively determined whether they are justified. The forensic patient does not, other than a regular care patient, have any or only little say in his treatment and selection of care institution. There are differences in treatment effects – in four out of five most common main diagnoses in forensic care the effects are less than in regular mental health care – which, because of the fixed period due to the criminal law framework, underline the importance of subsequent follow-up care. Respondents deem the continuity of care the greatest weakness following the regime change, which has now been recognised and is focused on by both the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Ministry of Justice. The accessibility, equivalence and continuity of forensic care for persons placed under hospital orders and prisoners have improved or (at least) remained the same in the research period. For other forensic patients, the aforementioned accessibility, equivalence and continuity have actually diminished, partly because of the patients' larger recognisability (stigmatisation) following the regime change.

The relationships between forensic care institutions, health care insurers and regulatory bodies also differs from those in regular care. After the regime change, the Minister of Justice has taken on the role of health insurer and Division Forensic Care is the only (forensic) care buyer, contrary to the trend in regular care. Although similar (funding and Routine Outcome Monitoring) systems are used in forensic and regular care, and the language and work methods are thus mostly the same, the application thereof seems to differ considerably in daily practice. On the one hand, this is caused by the dependency of forensic care institutions on one specific care purchaser and for instance the fact that they cannot dictate the intake themselves. On the other hand, the forensic care purchaser is dependent, in case of network and alliance building of forensic care institutions, on the combined ambition and willingness of these institutions to innovate and increase transparency concerning forensic care performance.

The information about quality and costs of forensic care is characterised as less transparent than regular care, both from a patient as well as a care purchaser point of view. A separate institute (EFP) has been established for the scientific substantiation of forensic care, but this does not monitor costs nor has, for example, Routine Outcome Monitoring data. Institutions in regular care which concern themselves with increasing and monitoring quality, accessibility and efficiency of care, such as the National Health Care Institute, NIVEL, RIVM, Vektis and SBG, do not or only occasionally concern themselves with forensic care. Finally, it is remarkable that forensic care, other than for example the (decentralised) Social Support Act and Dutch youth policy, is not covered by the frameworks and considerations of the Health Care Budget Framework of the Ministry of Health, Welfare and Sport.

Recommendations for academic follow-up research

In order to study and define control, effects and context a regime change in (forensic) care is inherent complex. For the feasibility of this study it was fortunate that the intended analysis of theoretical variables on domain level, because of the large extent of consistent developments, was not useful and thus unnecessary. In the design of this case study its practical feasibility therefore merits more consideration than Yin (2014, pp. 55-65) bestows. In addition to Yin's suggestions to imbed (multiple) cases in a study, in such cases it is advised to work together with a research group or within the context of a research programme. In the abstract from the differences in terminology, the similarities observed in setting, objective and principles of the PRT, PAT and NWB provide a multidisciplinary theoretical framework that is applicable for further consideration and empirical research of carefully selected cases. To that end, whether or not in coherence, it is advised:

- when applying the PRT, PAT and NWB in the public sector to specify the term efficiency in cost and allocative efficiency;
- to study, based on well-selected cases, if differences in explanatory power between the three approaches exist. In the case examined, the relationship between explanatory variables and variables to be explained in the PRT and the PAT are conceptually stronger than in the NWB;
- as far as the PRT is concerned, to intentionally select cases with increasing and decreasing property rights in order to study their relationship with changing (discretionary, pinching and shirking) behaviour of managing and implementing actors and efficiency. This study serves as a first step to study differences in actors' property rights in the public sector, based on differences in control and interests;
- to study whether the presence or absence of instruction to a managing actor in the public sector to save costs, offers an (additional) explanatory variable for the actor's discretionary and pinching behaviour;
- as far as the PAT is concerned, given the development of lasting relationships between principals and agents, to recognise the mutual risks (of moral hazard and adverse selection) and to rephrase the traditional question to the question how the principal and agent can act in each other's interest, without losing sight of risks for a superior principal.

Recap and recommendations for policy

The empirical research findings imply that certain problems that caused the regime change (shortage of forensic care, inability to execute judgments) have diminished or might have been resolved in the research period, while other problems (continuity of care and cost management) following the regime change still exist and might have increased. In addition, the dominance of the Ministry of Justice in the forensic domain and, in line thereof, the inequivalence of institutions are now additional areas of concern. Through legislation, policy and budget control the Ministry of Justice has a major impact on the forensic demand and the supply of forensic care, since the Division Forensic Care is the only forensic care purchaser and therefore holds a dominant position. The costs in forensic care increase relatively quickly, compared to regular care, and there are relatively strong mutual dependencies between forensic care purchaser and forensic care institutions. As a sector forensic care is under a social magnifying glass, which applies pressure to prevent incidents. In the current system, it begs the question whether there are sufficient incentives to limit the demand side (the budget) and weigh the costs of forensic care against the costs of regular care. Simultaneously, organisations which concern themselves with increasing and monitoring quality, accessibility and efficiency in regular care should focus (more) on forensic patients as well. Differences in prevalence of diagnoses and treatment effects between forensic and regular care imply the importance of research in this field. Therefore, the checks and balances merit consideration, not only from cost management perspective but also to encourage achievements in forensic care. In addition, a decentralised procurement model should be considered, which reduces the dominance of the Division Forensic Care as sole care purchaser and makes way for opportunities to address the regional need for care.

Developments following the research period also point in that direction. Due to a change in the Dutch Public Procurement Law of 2012, since 2018 the purchase of care is required to take place via public tenders, leaving more room for new care providers and thus (further) strengthening the position of the Division Forensic Care, while (further) weakening the position of forensic institutions due to uncertainties concerning volume and pressure to place patients as soon and as smooth as possible. Mid-2018 the rates for other forensic care have increased, due to serious incidents. Since the implementation of the Dutch forensic care law in 2019, supervisor the Dutch Healthcare Authority has a more important role in the forensic domain due to broader supervisory and enforcing capabilities. To what extent the Dutch Healthcare Authority can put this into practice, is dependent on the Ministry of Health, Welfare and Sport and political support.

As far as the alignment between forensic and regular care is concerned, the regime change does not yet appear to be a success. The more stringent forensic nature, the recognisability as a forensic patient and the differences in funding, procedures and patient perspectives seem to lead to more differences between forensic and regular care. Respondents deem the continuity of care following the criminal framework as the weakest point since the regime change.

Whether the implementation of a Dutch law concerning mandatory mental health care and a Dutch law concerning care and coercion for psychogeriatric and mentally disabled clients in 2020 will change that, one will have to wait and see.

For a better alignment between forensic and regular care provision, the current allocation of responsibilities at system level requires a stronger mutual direction aimed at connectivity from the Ministry of Justice and the Ministry of Health, Welfare and Sport. Increasing equivalence of institutions contributes to that. An alternate scenario is to comply with the international recommendation to leave the responsibility for forensic care with the Minister of (Public) Health (WHO, 2014, pp. 4, 7; UN, 2015; CPT, 2017, p. 6), but this requires safeguards to guarantee the perspective of safety and procurement of forensic care.

Inhoud

Voorwoord	I
Samenvatting	III
Summary	XI
Tabellen	XXIII
Figuren	XXV
Afkortingen	XXVII
1 Inleiding	1
1.1 Aanleiding en voorlopige probleemstelling	1
1.2 Verkenning theoretische invalshoeken	13
1.2.1 Economische invalshoek: motieven voor overheidsingrijpen	13
1.2.2 Staatsrechtelijke invalshoek: ministeriële verantwoordelijkheid	24
1.2.3 Bestuurskundige invalshoek: keten- en netwerksturing	28
1.2.4 Samenhang en weging	33
1.3 Probleemstelling en onderzoeksvragen	35
1.4 Aanpak in hoofdlijnen en opbouw rapport	43
DEEL 1 THEORETISCH KADER	47
2 Theoretische perspectieven op sturing	49
2.1 Inleiding	49
2.2 Effectief sturen volgens de property-rightstheorie	50
2.3 Effectief sturen volgens de principaal-agenttheorie	65
2.4 Effectief sturen volgens de (bestuurskundige) netwerkbenadering	91
2.5 Conclusies	115
2.5.1 Samenhang, overlap en verschillen	115
2.5.2 Integraal theoretisch model	119
2.5.3 Theoretische proposities en theoretisch onderzoeksmodel	122
DEEL 2 VOORBEREIDING ONDERZOEK	135
3 Beschrijving van het onderzoeksterrein	137
3.1 Inleiding	137
3.2 Veranderingen in stelsel geestelijke gezondheidszorg (2006-2015)	138
3.2.1 Juridisch kader	138
3.2.2 Zorgketen	152
3.2.3 Actoren en rollen in de geestelijke gezondheidszorg	154
3.3 Veranderingen in stelsel forensische zorg (2006-2015)	157
3.3.1 Juridisch kader	157
3.3.2 Forensische zorgketen en strafrechtketen	173

3.3.3	Actoren en rollen in de forensische zorg	177
4	Onderzoeksopzet	181
4.1	Inleiding	181
4.2	Onderzoeksmethode	182
4.3	Onderzoeksubjecten	184
4.4	Operationalisering begrippen	186
4.4.1	Te verklaren variabelen (prestaties)	186
4.4.2	Verklarende variabelen	187
4.5	Dataverzameling	188
4.5.1	Kwantitatief deelonderzoek (zorginkoop)	188
4.5.2	Kwalitatief deelonderzoek (interviews)	190
4.5.3	Overige dataverzameling	193
	DEEL 3 EMPIRISCH ONDERZOEK	195
5	Veranderingen in forensische zorg 2006-2015	197
5.1	Inleiding	197
5.2	Volume	197
5.3	Kosten	204
5.3.1	Productiekosten	205
5.3.2	Transactiekosten	209
5.4	Tarieven	211
5.5	Kwaliteit	214
5.5.1	Perspectief zorg	215
5.5.2	Perspectief veiligheid	224
5.6	Toegankelijkheid	227
5.6.1	Perspectief Justitie	227
5.6.2	Perspectief forensische patiënt	231
5.7	Equivalentie fz en ggz	237
5.8	Samenvatting	245
6	Theoretische en alternatieve verklaringen	251
6.1	Inleiding	251
6.2	Theoretische verklarende factoren	252
6.2.1	Aantal sturende en uitvoerende actoren	252
6.2.2	Economische rechten sturende actoren	254
6.2.3	Economische rechten uitvoerende actoren	264
6.2.4	Vershil in doelen tussen actoren	274
6.2.5	Gedrag sturende actoren	282
6.2.6	Gedrag uitvoerende actoren	293
6.3	Alternatieve verklaringen	299
6.3.1	Veranderingen in aard en omvang (potentiële) forensische populatie	300
6.3.2	Registratie- en implementatie-effecten	307

6.3.3	Loon- en prijsbijstellingen	311
6.3.4	(Vergelijkbaarheid) ontwikkelingen reguliere zorg	314
6.3.5	Overige alternatieve verklaringen	330
6.4	Oordeel respondenten	334
6.5	Samenvatting	342
7	Analyse	345
7.1	Inleiding	345
7.2	Prestaties forensische zorg	345
7.2.1	Kwaliteit	345
7.2.2	Toegankelijkheid	347
7.2.3	Equivalentie	348
7.2.4	Kosten	351
7.2.5	Doelmatigheid	352
7.3	Veranderde sturing (toetsing proposities)	358
7.4	Samenvatting en conclusie	377
DEEL 4 SYNTHESE		383
8	Conclusies en aanbevelingen	385
8.1	Inleiding	385
8.2	Probleemstelling en onderzoeksvragen	385
8.3	Aanbevelingen wetenschap	397
8.4	Terugblik op aanleiding stelselwijziging en aanbevelingen	401
Literatuur		409
BIJLAGEN		431
Bijlage 1 Tabel bij hoofdstuk 1		433
Bijlage 2 Forensisch zorgaanbod		435
Bijlage 3 Wijzigingen strafrechtelijke titels		439
Bijlage 4 Operationalisering begrippen		441
Bijlage 5 Voorbeeld vragenlijst		461
Bijlage 6 Interviewplan		483
Bijlage 7 Lijst geïnterviewde personen		489
Bijlage 8 Codering inkoop forensische zorg		491
Bijlage 9 Tabellen bij hoofdstuk 5		497
Bijlage 10 Tabellen bij hoofdstuk 6		499
Over de auteur		505

Tabellen

Tabel 1.1 Bronnen van markt- en reguleringsfalen	19
Tabel 1.2 Bestuurlijke kenmerken fz-domein in de onderzoeksperiode	36
Tabel 2.1 Enkele toepassingen van de PAT naar type benadering	82
Tabel 2.2 Verschillen tussen de PRT, de PAT en de NWB	116
Tabel 3.1 Wettelijke kaders en actoren in de ggz (2006 en 2015)	155
Tabel 3.2 Fz-instellingen naar type fz en beveiligingsniveau	175
Tabel 3.3 Wettelijke kaders en actoren in de fz (2006 en 2015)	178
Tabel 4.1 Aantal fz-instellingen (2006 t/m 2015)	184
Tabel 4.2 Aantal in interviews betrokken fz-instellingen naar type en doelgroep	193
Tabel 5.1 Productievolume naar type fz per eenheid (2006 t/m 2015)	200
Tabel 5.2 Productievolume naar doelgroep per eenheid (2006 t/m 2015)	203
Tabel 5.3 Productiekosten naar type fz in € 1.000 (2006 t/m 2015)	206
Tabel 5.4 Programma-uitgaven en productiekosten in mln. (2006 t/m 2015)	209
Tabel 5.5 Gedrag met invloed op transactiekosten na stelselwijziging	210
Tabel 5.6 Gewogen gemiddelde tarieven per type bed in € 1.000 en indices (2009=100)	212
Tabel 5.7 Gewogen gemiddelde tarieven per type fz en eenheid in € en indices (2006=100)	213
Tabel 5.8 Prestatie-indicatoren fz en realisatie (2012 t/m 2015)	216
Tabel 5.9 Kwaliteit fz na stelselwijziging vanuit perspectief zorg	220
Tabel 5.10 Indicatoren interne en externe veiligheid fz (2006 t/m 2015)	225
Tabel 5.11 Gemiddeld aantal en wachttijden tbs-passanten (2006 t/m 2015)	227
Tabel 5.12 Wachttijden PPC en ofz naar type, in weken (2011 t/m 2015)	228
Tabel 5.13 Toegankelijkheid fz na stelselwijziging vanuit perspectief justitie	229
Tabel 5.14 Toegankelijkheid fz na stelselwijziging vanuit perspectief patiënt	232
Tabel 5.15 Second opinion in fz na stelselwijziging	234
Tabel 5.16 Top 5 hoofddiagnoses in fz en ggz (2013 en 2015)	238
Tabel 5.17 Equivalentie van zorg na stelselwijziging	240
Tabel 5.18 GAF-scores en behandel-effecten in fz en ggz bij top 5-diagnoses fz (2015)	243
Tabel 5.19 Gewogen gemiddelde tarieven per eenheid in € en indices (2006 t/m 2015)	247
Tabel 5.20 Te verklaren variabelen per fz-domein in indices (2006=100) en richting van verandering (2006 t/m 2015)	249
Tabel 6.1 Aantal principalen in enge en ruime zin (2006 en 2015)	253
Tabel 6.2 Zeggenschap sturende actoren over fz-productie na stelselwijziging	255
Tabel 6.3 Vervolg zeggenschap sturende actoren na stelselwijziging	258
Tabel 6.4 Zeggenschap toezichthoudende actoren na stelselwijziging	259
Tabel 6.5 Belang van sturende actoren bij fz na stelselwijziging	261
Tabel 6.6 Zeggenschap uitvoerende actoren over fz-productie na stelselwijziging	264
Tabel 6.7 Vervolg zeggenschap uitvoerende actoren na stelselwijziging	267
Tabel 6.8 Belang van uitvoerende actoren bij fz na stelselwijziging	268

Tabel 6.9 Aandeel fz in totale zorgaanbod van instelling na stelselwijziging	273
Tabel 6.10 Verschil in doelen sturende actoren na stelselwijziging	278
Tabel 6.11 Mate van sturing na stelselwijziging	282
Tabel 6.12 Gedrag sturende actoren na stelselwijziging	283
Tabel 6.13 Vervolg gedrag sturende actoren na de stelselwijziging	289
Tabel 6.14 Gedrag uitvoerende actoren na stelselwijziging	294
Tabel 6.15 Vervolg gedrag uitvoerende actoren na stelselwijziging	295
Tabel 6.16 Toezichtopdrachten met fz in bijzondere voorwaarde(n) naar toezichtvariant en instroomjaar in aantal en % (2012 t/m 2015)	305
Tabel 6.17 Registratie- en implementatie-effect na stelselwijziging	308
Tabel 6.18 Normatieve groei personele en materiële kosten (2006 t/m 2015)	312
Tabel 6.19 Nominale en reële ontwikkeling productiekosten en tarieven per fz-domein in 2015 in indices (basisjaren 2006 en 2009)	313
Tabel 6.20 Vergelijkbaarheid ontwikkelingen forensische en reguliere zorg	314
Tabel 6.21 Ontwikkeling theoretische variabelen na stelselwijziging	343
Tabel 6.22 Samenvattend overzicht alternatieve verklaringen	344
Tabel B.1 Justitiebegroting tbs (2005 t/m 2010) en fz (2007 t/m 2015)	433
Tabel B.2 Populatie en kenmerken fz naar type en beveiligingsniveau	438
Tabel B.3 Wijzigingen in strafrechtelijke titels fz naar doelgroep	439
Tabel B.4 Type te interviewen actoren in VWS- en Justitiedomein	484
Tabel B.5 Accenten in interviews per type actor	484
Tabel B.6 Overzicht gespreksonderwerpen per type actor	485
Tabel B.7 Zorgcodes naar type fz en doelgroep	491
Tabel B.8 Programma-uitgaven fz en opbrengsten in mln. (2006 t/m 2015)	497
Tabel B.9 Productiekosten per doelgroep en type fz in € 1.000 (2006 t/m 2015)	497
Tabel B.10 Intra- en extramuraal fz-volume per eenheid in aantal en indices (2006 t/m 2015)	498
Tabel B.11 Intra- en extramurale productiekosten per eenheid in € en indices (2006 t/m 2015)	498
Tabel B.12 Productiekosten instellingen met fz in 2006 in mln. (2006 t/m 2015)	499
Tabel B.13 Schuldigverklaringen en opgelegde sancties meerderjarigen door rechter in eerste aanleg en onherroepelijk (2000 t/m 2015)	500
Tabel B.14 Ontwikkeling (potentiële) fz-populatie naar doelgroep in aantallen sancties, personen en kosten (2006 t/m 2015)	501
Tabel B.15 Instroom toezichtopdrachten reclassering, naar toezichtvariant en instroomjaar (2006 t/m 2015)	502
Tabel B.16 Prijsindex personele en materiële kosten fz, gewogen gemiddelde (in drie varianten) en cumulatieve effect (2006 t/m 2015)	502
Tabel B.17 Gewogen gemiddelde reële tarieven per eenheid (indices 2006=100 en 2009=100)	503
Tabel B.18 Absolute en relatieve kosten fz, ggz en ghz in € en indices (2006 t/m 2015)	504

Figuren

Figuur 1.1 Justitiebegrotingen tbs (2005 t/m 2010) en fz (2007 t/m 2019) in mln.	2
Figuur 1.2 Probleemstelling	41
Figuur 2.1 Effecten van veranderde instituties volgens de PRT	64
Figuur 2.2 Rolverwisseling principaal en agent in keten van principaal-agentrelaties	70
Figuur 2.3 Situatie met meerdere principalen en één agent (common agency)	70
Figuur 2.4 Situatie met een principaal en meerdere agenten	72
Figuur 2.5 Situatie met meerdere principalen en agenten	72
Figuur 2.6 Situatie met (al dan niet samenwerkende) principalen en agenten	73
Figuur 2.7 Effecten van veranderende instituties volgens de (klassieke) PAT, in de situatie met een principaal en een agent	89
Figuur 2.8 Effecten van veranderende instituties volgens de (aangepaste) PAT, in de situatie met een principaal en een agent	89
Figuur 2.9 Effecten van veranderde instituties volgens de (aangepaste) PAT, in de situatie met meerdere principalen en agenten	90
Figuur 2.10 Effecten van veranderde instituties volgens de NWB	113
Figuur 2.11 Integraal conceptueel theoretisch model	122
Figuur 2.12 Theoretisch onderzoeksmodel	133
Figuur 3.1 Tijdlijn wettelijk regime ggz (2006 t/m 2015)	139
Figuur 3.2 Tijdlijn wettelijk regime fz (2006 t/m 2015)	161
Figuur 4.1 Onderzochte sturingsniveaus in casus	185
Figuur 5.1 Programma-uitgaven fz en overheveling vanuit AWBZ in mln.	204
Figuur 5.2 Productiekosten fz naar doelgroep in mln. (in 2006 t/m 2015)	208
Figuur 6.1 Fz-productiekosten in mln. van instellingen met al dan niet fz in 2006 per domein (2006 t/m 2015)	272
Figuur 6.2 Door rechter onherroepelijk opgelegde sancties en instroom toezicht-opdrachten reclassering (2000 t/m 2015)	301
Figuur 6.3 (Potentiële) fz-populatie naar doelgroep (2006 t/m 2015)	303
Figuur 6.4 Fz-kosten per sanctie, gedetineerde, ter beschikking gestelde en onder reclasseringstoezicht gestelde (2006 t/m 2015)	306
Figuur 6.5 Productiekosten per zorgsector in mld. (2006 t/m 2015)	325
Figuur 6.6 Geïndexeerde productiekosten per zorgsector (2006 t/m 2015; 2009=100)	325
Figuur 7.1 Productiekosten fz naar domein in € en % (2006 t/m 2015)	351
Figuur 7.2 Gemiddeld reële tarieven intramurale fz (2006 t/m 2015; 2006= 100)	356
Figuur 7.3 Gemiddeld reële tarieven extramurale fz (2006 t/m 2015; 2006= 100)	357
Figuur 7.4 Theoretisch verwachte relaties (proposities) in casus	361
Figuur 7.5 Overzicht van overeenkomsten en verschillen tussen de theoretisch verwachte en empirisch gevonden relaties	381

Afkortingen

3RO	Drie reclasseringsorganisaties: RN, SVG en LJ&R
ACM	Autoriteit Consument en Markt
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
Ano	Administratieve netwerkorganisatie
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten (Stb. 1967, 617)
BKZ	Budgettair Kader Zorg
Bvt	Beginnelsenwet verpleging ter beschikking gestelden (Stb. 1997, 280)
Bw	Beschermd wonen
CAK	Centraal Administratiekantoor
CIZ	Centrum Indicatieorgaan Zorg
CPT	Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
CQ-index	Consumer Quality Index
CTG	College tarieven gezondheidszorg (opgevolgd door NZa)
CTZ	College van toezicht op zorgverzekeringen (opgevolgd door NZa)
CVZ	College voor zorgverzekeringen (opvolger van Ziekenfondsraad, opgevolgd door Zorginstituut)
Cw 2001	Comptabiliteitswet 2001 (Cw 2001, Stb. 2002, 413)
DB(B)C	Diagnose Behandeling en (Beveiliging) Combinaties
DForZo	Directie Forensische Zorg (onderdeel van DJI)
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
EK	Eerste Kamer der Staten-Generaal
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
FOBA	Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FPP	Forensisch Psychiatrische Polikliniek
FPT	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
FVA	Forensische Verslavingsafdeling
FVK	Forensische Verslavingskliniek
Flz	Fonds langdurige zorg
Fz	Forensische zorg
Fzg	Forensische zorg gedetineerden
GAF	Global Assessment of Functioning
Ggz	Geestelijke gezondheidszorg
Ghz	Gehandicaptenzorg

Gezw	Gezondheidswet (Stb. 1956, 51)
Gratw	Gratiewet (Stb. 1987, 598)
IBA	Individuele begeleidingsafdeling
Ibfz	Interimbesluit forensische zorg (Stb. 2010, 875)
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IRF	Inspectie der Rijksfinanciën
ISD	Inrichting voor stelselmatige daders
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing (opgevolgd door IVenJ)
IVenJ	Inspectie Veiligheid en Justitie (opvolger van ISt)
KFZ	(Programma) Kwaliteit forensische zorg
LJ&R	Leger des Heils Jeugdbescherming en Reclassering
Lvb/ Ivg	Licht verstandelijk beperkt/ licht verstandelijk gehandicapt
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NIVEL	Nederlands Instituut Voor onderzoek van de EersteLijnsgezondheidszorg
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit (opgevolgd door ACM)
NWB	Netwerkbenadering
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OA	Overige actor: OA1: brancheorganisatie; OA2: NZa; OA3: IGZ, IJenV
OBJD	Onderzoek- en beleidsdatabase justitiële documentatie
Ofp	Overig forensische patiënt
Ofz	Overig forensische zorg
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van justitie
PAT	Principaal-agenttheorie
Pbw	Penitentiaire beginselenwet (Stb. 1998, 430)
Penm	Penitentiaire maatregel (Stb. 1998, 111)
PI	Penitentiaire inrichting
PMO	Psychomedisch overleg
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum (opvolger FOBA, IBA, VBA en PSC)
PRT	Property-rightstheorie
PSC	Penitentiair Selectie Centrum
RC	Rechter-commissaris
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RN	Reclassering Nederland
ROM	Routine Outcome Monitoring
Rspog	Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing gedetineerden (Stcrt. 2000, 176)
Rvt	Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Stb. 1997, 217)
SA	Sturende actor: SA1: SA strategisch niveau; SA2: SA operationeel niveau
SBG	Stichting Benchmark Geestelijke Gezondheidszorg
Sglvg	Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt
SVB	Sociale Verzekeringsbank

SVG	Stichting Verslavingsreclassering
Tbs	Terbeschikkingstelling
TK	Tweede Kamer der Staten-Generaal
TKT	Transactiekostentheorie
UA	Uitvoerende actor: UA1: UA strategisch niveau; UA2 operationeel niveau
VBA	Verslaafden Begeleidingsafdeling
Vg	Verstandelijk gehandicapten
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Vgz	Verstandelijk gehandicaptenzorg
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Vz	Verslavingszorg
Wbp	Wet bescherming persoonsgegevens (Stb. 2000, 302)
Wet BIG	Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg (Stb. 1993, 655)
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Stb. 1992, 669)
Wfsv	Wet financiering sociale verzekeringen (Stb. 2005, 36)
Wfz	Wet forensische zorg (Stb. 2018, 38)
Wjsg	Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (Stb. 2002, 552)
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Stb. 1995, 308)
Wkz	Kwaliteitswet zorginstellingen (Stb. 1996, 80)
Wlz	Wet langdurige zorg (Stb. 2014, 494)
Wmcz	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Stb. 1996, 204)
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg (Stb. 2006, 415)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning (Stb. 2014, 280)
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Wtg	Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646)
WTZi	Wet toelating zorginstellingen (Stb. 2005, 571)
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Stb. 2018, 37)
WvSv	Wetboek van strafvordering (Stb. 1921, 14)
WvSr	Wetboek van strafrecht (Stb. 1881, 35)
Wzd	Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Stb. 2018, 36)
Wzt	Wet op de zorgtoeslag (Stb. 2005, 369)
Zbo	Zelfstandig bestuursorgaan
Zvw	Zorgverzekeringswet (Stb. 2005, 358)
ZZP	Zorgzwaartepakket

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en voorlopige probleemstelling

In 2007 is de verantwoordelijkheid voor forensische zorg (fz, zie kader 1) voor volwassenen verschoven van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) naar het ministerie van Justitie.¹ Op grond van het uitgangspunt dat de minister van Justitie verantwoordelijk is voor de uitvoering van strafrechtelijke vonnissen kreeg deze, ter verbetering van zijn² sturingsmogelijkheden, de beschikking over een afzonderlijk budget voor de zorg in strafrechtelijk kader (TK, 2004-2005a, p. 3). VWS behield de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van deze zorg, via onder meer de Wet toelating zorginstellingen (WTZi, Stb. 2005, 571), de Kwaliteitswet zorginstellingen (Wkz, Stb. 1996, nr. 80) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG, Stb. 1993, 655).³ Zoals nog zal blijken is het, kort gezegd, niet duidelijk wat de via de stelselwijziging gekozen ordening betekent voor de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van fz inclusief de sturing daarvan, vergeleken met de situatie daarvoor en met vergelijkbare reguliere zorg. Evenmin is duidelijk of en hoe deze veranderingen samenhangen met de (meer) centrale sturing vanuit de strafrechtketen, in aanvulling op deze – deels blijvende – sturing vanuit de zorgketen.

Door over financiële middelen te beschikken wordt de minister van Justitie in staat gesteld de in het kader van een vonnis noodzakelijk geachte zorg te contracteren. Per 2007 is op jaarbasis structureel € 213,8 mln. overgeheveld vanuit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) naar de justitiebegroting, waarmee de uitgaven op dit zorgterrein toenamen tot € 370 mln., zie figuur 1.1 (TK, 2006-2007c, pp. 21, 54). Het over te hevelen bedrag was gebaseerd op de begrotingsstand 2006 en zou op basis van daadwerkelijke financiering later worden aangevuld. Dit gebeurde tweemaal, door toevoeging van structureel € 92,9 mln. en € 18 mln. in de begrotingen van 2009 (TK, 2008-2009b, p. 103) respectievelijk 2010 (TK, 2009-2010a, p. 22). De overheveling van de verantwoordelijkheid voor fz ging daarmee niet gepaard met gelijktijdige bezuinigingen en zou in die zin als budgettair neutraal kunnen worden aangemerkt.⁴ De ontwikkeling van de uitgaven vanaf 2007 van het ministerie van Justitie heeft, samenhangend met de overhevelingen vanuit het AFBZ maar ook als gevolg van ontwikkelingen in capaciteit, een opvallende ontwikkeling doorgemaakt (figuur 1.1; tabel

-
1. Sinds 2010 valt politie onder het ministerie van Justitie dat daarna eerst 'Veiligheid en Justitie' en later 'Justitie en Veiligheid' is genoemd. Met het oog op de leesbaarheid wordt, tenzij het citaten betreft, hier steeds gesproken van de minister (het ministerie) van Justitie, ook wanneer in de praktijk de staatssecretaris of de minister van Rechtsbescherming met de portefeuille sanctietoepassing is belast.
 2. Vanwege de leesbaarheid wordt steeds de mannelijke aanduiding gebruikt, waarmee tevens de vrouwelijke vorm wordt bedoeld.
 3. De toelichting op het Interimbesluit Forensische zorg (Ibfz, Stb. 2010, 875) vermeldt dat Justitie bij de inkoop van fz als eis stelt dat zorgaanbieders in het bezit zijn van een toelating in het kader van de WTZi. Zorginstellingen met een dergelijke toelating vallen onder de Wkz, waarmee bepaalde handelingen worden voorbehouden aan in de Wet BIG bevoegd verklaarde beroepen.
 4. Of de overheveling budgettair neutraal is verlopen, komt in het empirische gedeelte aan de orde.

B.1 bevat de onderliggende cijfers). Op het vooralsnog voorlopige hoogtepunt in 2014 bedragen deze uitgaven circa € 800 mln.

Figuur 1.1 Justitiebegrotingen tbs (2005 t/m 2010) en fz (2007 t/m 2019) in mln.

Bronnen

Begrotingen ministerie van Justitie (tabel B.1)

De overheveling van het budget voor fz in 2007 is de eerste zichtbare verandering, het topje van de ijsberg van vele veranderingen, als gevolg van de naar Justitie verschoven ministeriële verantwoordelijkheid voor dit type zorg dat tot op dat moment nog geen eenduidige eigen naam heeft.⁵ Een groot deel van de zorgaanbieders registreerde tot dan toe bijvoorbeeld (zelfs) niet of sprake was van een strafrechtelijk kader aangezien dat voor de zorgvraag niet uitmaakte (TK, 2004-2005c, p. 4). Sindsdien is dat van belang voor de bekostiging daarvan.

Na de overheveling van de ministeriële verantwoordelijkheid en het bijbehorende voorlopige budget,⁶ begon het ministerie van Justitie via de inkoopfunctie voorwaarden te stellen aan zorgaanbieders en de fz verder te organiseren met onder meer vereisten in verband met de registratie en indicatiestelling van de zorg. Daarmee werden veranderingen in gang gezet die, om bij de beeldspraak te blijven, mogelijk als de spreekwoordelijke ijsberg kunnen worden aangeduid. Vanaf 2007 is sprake van een, in ontwikkeling zijnde, apart stelsel van fz.

5. In de voorbereidende stukken wordt gesproken van "zorg in justitieel kader" (TK, 2004-2005c, p. 3), "zorg in strafrechtelijk kader" (TK, 2004-2005a, p. 2), "forensische zorg in strafrechtelijk kader" (TK, 2006-2007a) en "forensische zorg" (TK, 2006-2007c, pp. 21, 23, 129). Voor een toelichting op het begrip ministeriële verantwoordelijkheid, zie paragraaf 1.2.
6. Op basis van de in 2007 verplicht gestelde registratie werd de definitieve omvang bepaald van het budget dat naar Justitie werd overgeheveld (zie verder subparagraaf 4.5.2 en paragraaf 5.3).

Wat is forensische zorg?**Kader 1**

Voor een formele omschrijving wordt gebruikgemaakt van de begripsbepaling in het wetsvoorstel fz dat in juni 2010 bij de Tweede Kamer is ingediend en in januari 2018 door de Eerste Kamer is aangenomen. Artikel 1.1 lid 2 (EK, 2012-2013a) omschrijft fz als:

- zorg als omschreven bij of krachtens artikel 6 van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)⁷ of als omschreven bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw)⁸ voor zover het geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg betreft, die wordt verleend aan een justitiabele met een psychiatrische aandoening of beperking, verslaving daaronder begrepen, of een verstandelijke handicap, en die al dan niet als een voorwaarde, onderdeel uitmaakt van een straf of een maatregel, of van de ten uitvoerlegging van een straf of maatregel, of als voorwaarde onderdeel uitmaakt van een sepot, een schorsing van de voorlopige hechtenis, of een gratieverlening op grond van de Gratiwet, dan wel onderdeel uitmaakt van een strafbeschikking waarbij een gedragsmaatregel wordt opgelegd. Beveiliging kan onderdeel uitmaken van forensische zorg. De eerste volzin is niet van toepassing op zorg die al dan niet als voorwaarde onderdeel uitmaakt van een straf of maatregel bedoeld in het Eerste boek, Titel VIII A, van het Wetboek van Strafrecht. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen andere vormen van zorg worden aangemerkt als forensische zorg dan wel daarvan worden uitgesloten.

Kort gezegd gaat het bij fz om geestelijke gezondheidszorg (ggz), verslavingszorg (vz) en verstandelijk gehandicaptenzorg (vgz) aan meerderjarigen in strafrechtelijk kader. Straffen en maatregelen in het kader van het jeugdstrafrecht zijn (wettelijk) uitgezonderd. Fz is dus iets anders dan en wordt onderscheiden van somatische zorg (zoals tandarts- en huisartsenzorg), waarvoor het ministerie van Justitie in het geval van gedetineerden en ter beschikking gestelden oftewel tbs-gestelden of tbs'ers (ook) verantwoordelijk is.⁹ Fz zonder strafrechtelijk kader¹⁰ valt buiten het bestek van dit onderzoek.

Bijlage 2 bevat een korte beschrijving van de meest voorkomende typen fz.

7. Artikel 6, lid 1 AWBZ luidt: "De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening" (tekst geldend van 2012 tot 2015). In 2015 is de AWBZ vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz) die, tot de Wet forensische zorg (Wfz) in 2019 in werking treedt, hiervoor de wettelijke grondslag biedt (zie kader 2).
8. Artikel 11, lid 1 Zvw luidt: "De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij het verzekerde risico dat zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit: de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten" (tekst geldend sinds 2006).
9. Zie Vademecum Medisch Verstrekkingenpakket (<https://www.forensischezorg.nl/zorginkoop-financiering/inkoop-forensische-zorg/financiering-forensische-zorg>; geraadpleegd maart 2017).
10. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beschrijft fz zonder strafrechtelijk kader als zorg die kan plaatsvinden in de reguliere zorg en wordt gegeven "voorafgaand aan een (mogelijke) veroordeling dan wel . . . wordt gecontinueerd nadat de strafrechtelijke titel is vervallen" (Beleidsregel BR/FZ-0019).

Het ministerie van Justitie spreekt later van "stelselverantwoordelijkheid" met betrekking tot fz, met een "regisserende rol" voor de minister van Justitie (TK, 2012-2013a, p. 54) en van Justitie als "stelseigenaar" van fz (TK, 2015-2016b, p. 63).

De contouren van het stelsel zijn vastgelegd in het Interimbesluit forensische zorg (Ibfz, Stb. 2010, 875) en de wijziging daarvan (Stb. 2012, 134), in afwachting van een formeel wettelijke kader. Medio 2010 werd daartoe het wetsvoorstel Wet forensische zorg (Wfz, TK, 2009-2010b) ingediend bij de Tweede Kamer. Dit wetsvoorstel bevat "het geheel van bepalingen van de centrale inkoop, de bekostiging, de tariefstelling, de systematiek voor de vaststelling van, de aanspraak op en de toewijzing van de benodigde zorg, de randvoorwaardelijke (institutionele) bevoegdheden en het toezicht op de verleende zorg en het inkoopstelsel" (TK, 2009-2010c, p. 3). Bij indiening werd beoogd de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel af te ronden in 2010 (TK, 2009-2010a, p. 73), maar twee nota's van wijziging waren nodig, voordat deze in december 2012 door de Tweede Kamer werd aanvaard. De parlementaire behandeling van het wetsvoorstel liep (verdere) vertraging op omdat de Eerste Kamer, met het oog op harmonisatie van de rechtsposities van personen die gedwongen zorg ontvangen, het wetsvoorstel in samenhang met twee van het ministerie van VWS afkomstige wetsvoorstellen wilde behandelen, namelijk de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Uiteindelijk zijn in januari 2018 de drie wetsvoorstellen door de Eerste Kamer aanvaard. De inwerkingtreding van de Wfz is voorzien in 2019 en die van de Wzd en Wvggz in 2020.

Hoewel van een stelselwijziging strikt genomen geen sprake is, omdat voorafgaand aan de overheveling van het budget geen afzonderlijke fz bestond, wordt deze term toch gehanteerd in deze studie. Enerzijds omdat dit type zorg tot aan de overheveling van de ministeriële verantwoordelijkheid naar Justitie, op enigerlei wijze binnen een ander (voornamelijk AWBZ) stelsel was georganiseerd. Anderzijds geeft dit de essentie van de in gang gezette veranderingen goed weer en sluit men hiermee ook aan op de ontstane praktijk (bijvoorbeeld TK, 2008-2009b, p. 195; 2011-2012, p. 62). De inwerkingtreding van de Wfz wordt in dat verband genoemd als juridisch sluitstuk van de stelselwijziging (TK, 2009-2010c, p. 3). Aangezien dit (pas) in 2019 het geval is, is deze wijziging ten tijde van het onderzoek in die zin formeel-juridisch nog niet voltooid.

De overheveling van de ministeriële verantwoordelijkheid en het budget alsmede de hiermee gepaard gaande feitelijke stelselwijziging, roept de vraag op naar de achtergronden en (beoogde) effecten hiervan. Welk probleem of welke problemen worden met deze op het oog technische veranderingen op welke wijze opgelost? De memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wfz, waarmee de stelselwijziging formeel gestalte is gegeven, noemt drie ontwikkelingen die hiertoe de aanleiding vormden: de motie van het Eerste Kamerlid Van de Beeten, de interdepartementale Commissie Houtman en de parlementaire onderzoekscommissie Visser van de Tweede Kamer (TK, 2009-2010d, pp. 1-2). Deze, deels samenhangende, ontwikkelingen worden eerst kort nader toegelicht.

De eerste aanleiding was dat de regering met de motie-Van de Beeten in juli 2004 werd verzocht "te voorzien in de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen" (EK, 2003-2004). In deze motie werden drie overwegingen genoemd: (1) een toenemend probleem in het gevangeniswezen van detentie van verslaafden met psychische problemen, psychiatrische patiënten en verstandelijk beperkten, (2) de ongeschiktheid van een penitentiair regime wat betreft de doorgaans noodzakelijke behandeling, begeleiding en/of resocialisatie van het merendeel van deze gedetineerden en (3) ernstige lacunes in de op deze groepen gerichte samenwerking en afstemming tussen zorginstellingen, hulpverlening, justitie, werkvoorziening en gemeenten. Om de geschetste problemen te verminderen en de samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen te versterken, werd een interdepartementale ambtelijke commissie ingesteld die bestond uit vertegenwoordigers van de ministeries van Financiën, Justitie en VWS. In de opdracht aan deze, naar de voorzitter genoemde, commissie Houtman werden als meest pregnante problemen genoemd: (1) schaarste in de zorg (zowel tbs als fz), (2) spanning tussen de formele verantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor de (tijds) tenuitvoerlegging van vonnissen en de feitelijke mogelijkheden daartoe en (3) overgangsproblemen tussen Justitie en zorg over een breed terrein (TK, 2004-2005c, p. 1). De rapportage van deze commissie vormde de tweede aanleiding tot overheveling van de ministeriële verantwoordelijkheid en daarmee tot de stelselwijziging.

De commissie Houtman beperkte zich vanwege "bestaande verschillen in beleid en regelgeving tussen meerderjarigen en jeugdigen" tot de zorg aan meerderjarigen (TK, 2004-2005c, p. 2) en constateerde dat de genoemde knelpunten niet nieuw waren. In een aangescherpte probleemschets typeerde de commissie de schaarsteproblemen als de kern van de problematiek: "waar deze zich voordoen vergroten ze de aansluitingsproblematiek tussen justitie en zorg en beïnvloeden ze de ministeriële verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het vonnis" (TK, 2004-2005c, p. 6). Daarnaast wees de commissie op verschillen in de aansturing van zorg in strafrechtelijk kader door Justitie en VWS (TK, 2004-2005c):

Zorg in strafrechtelijk kader . . . [is] te benoemen als een domein dat zowel moet voldoen aan de eisen van het strafrechtstelsel als aan de eisen van het zorgstelsel. De sturingssystemen zoals die vanuit Justitie en VWS vorm krijgen richting de eigen sector verschillen sterk van elkaar. Waar deze functioneel zijn voor de eigen sectoren leidt dat tot spanning in de sturing waar het gaat om zorg in strafrechtelijk kader. De sturing van Justitie is sterk gericht op de uitvoering van vonnissen. Deze centrale en directe sturing verhoudt zich moeizaam met de uitgangspunten binnen het zorgstelsel dat sterk decentraal is ingericht en de verantwoordelijkheid legt bij zowel cliënt, zorgaanbieder als zorgkantoor (p.3);

VWS is gericht op het beheer van het stelsel als geheel en streeft marktwerking in de zorg na. Deze situatie leidt tot een moeizame verhouding tussen Justitie en VWS omdat, naar de beleving van Justitie, VWS onvoldoende aanspreekbaar is op het vraagstuk dat uitvoering van het vonnis gegarandeerd moet zijn, terwijl VWS de vraag van Justitie niet kan honoreren binnen de huidige inrichting van het zorgstelsel. Voor aanpassingen daarvan bestaat binnen de sector nauwelijks draagvlak. (p.7)

Gelet op haar opdracht betrok de commissie Houtman de aansluitproblemen wat betreft cultuur (verder) niet in het onderzoek (TK, 2004-2005c, p. 6). De commissie achtte aanpassingen zoals een betere organisatie van de zorgketen en sturing op volume nodig, maar onvoldoende om de geconstateerde knelpunten op te heffen. Naast maatregelen, zoals een acceptatieplicht in speciale gevallen, stelde de commissie een apart budget voor de zorg in justitieel kader voor ten behoeve van de minister van Justitie. Via een meer centrale sturing zou deze zijn verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke vonnissen beter kunnen waarmaken. De commissie hield daarbij twee mogelijke scenario's open:

- Een apart budget aanhouden binnen de AWBZ;
- Het budget onderbrengen in de justitiebegroting.

De keuze tussen beide scenario's werd volgens de commissie Houtman ingegeven door de voordelen die ervan verwacht worden voor kostenbeheersing (TK, 2004-2005c, p. 10). Hierbij werd overigens niet geëxpliciteerd welke kosten men op het oog had: de kosten met betrekking tot de fz, de AWBZ of de gezamenlijke zorgkosten vanuit macroperspectief. Op de achtergrond vonden in het VWS-domein discussies plaats en werden maatregelen genomen om de AWBZ-kosten te beheersen (TK, 2005-2006f).

De regering onderschreef het advies van de commissie en bepaalde dat "de middelen voor forensische zorg die nu deel uitmaken van de AWBZ, worden overgeheveld naar de Justitiebegroting" (TK, 2004-2005a, pp. 3-4). Gelet op de twee scenario's en de daarbij genoemde overwegingen ten aanzien van kostenbeheersing, zou op grond van deze uitkomst kunnen worden verondersteld dat, zonder dit te expliciteren, met de overheveling naar de justitiebegroting kostenbeheersing werd verwacht of beoogd.

De derde en laatste ontwikkeling die (mede) de aanleiding vormde voor de verschuiving van de ministeriële verantwoordelijkheid voor fz van VWS naar Justitie was de parlementaire onderzoekscommissie Visser. In relatief korte tijd hadden zich enkele ernstige incidenten voorgedaan, waarbij tijdens proefverlof ontsnapte ter beschikking gestelden een ernstig misdrijf hadden gepleegd. De hiermee gepaard gaande media-aandacht en maatschappelijke onrust zette het tbs-beleid van de minister van Justitie en de maatschappelijke acceptatie van het tbs-systeem als zodanig onder druk. De minister van Justitie werd in de Tweede Kamer ter verantwoording geroepen, hetgeen tweemaal tot een niet bij meerderheid aanvaarde motie van afkeuring leidde (TK, 2005-2006d, p. 8). De Tweede Kamer besloot in het najaar van 2005 tot het installeren van de tijdelijke onderzoekscommissie tbs onder leiding van Tweede Kamerlid Visser. Deze commissie onderschreef eerdere analyses van het functioneren van het tbs-systeem waarbij de groeiende instroom in de tbs, de stagnerende door- en uitstroom (naar onder meer de ggz) en de stijgende kosten de dominante problemen werden genoemd. Tegelijkertijd vroeg de commissie aandacht voor "het samenspel tussen de sturingsvraagstukken in de tbs-sector aan de ene kant en relevante culturele en maatschappelijke vraagstukken aan de andere kant" (TK, 2005-2006d, pp. 109-110). De commissie concludeerde:

Mede gezien de voortdurende passantenproblematiek en capaciteitstekorten is het de vraag of de minister van Justitie over voldoende bevoegdheden en sturingsinstrumenten beschikt om zijn politieke verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de tbs-maatregel waar te

maken. Het ministerie van VWS bemoeit zich nauwelijks met tbs. (p.118-119)

De sturingsmogelijkheden van de minister van Justitie worden sterker als de aanbevelingen van de commissie Houtman worden ingevoerd. De commissie heeft geen principiële bezwaren tegen overheveling van het budget naar de Justitiebegroting, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. (p. 121)

Daarmee kregen de voorstellen van de commissie Houtman verdere politieke steun. Het kabinet incorporeerde de (strekking van de) voorwaarden van de commissie Visser in het implementatietraject Vernieuwing forensische zorg in strafrechtelijk kader dat in maart 2006 was gestart naar aanleiding van (het kabinetsstandpunt inzake) de motie-Van de Beeten (TK, 2005-2006c, p. 7; 2006-2007a, p. 5).

Het voorgaande samenvattend zijn, in reconstructie, de volgende effecten te noemen die met de stelselwijziging werden beoogd (met tussen haakjes de belangrijkste achterliggende ontwikkeling):

- Voorzien in een betere samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen (motie-Van de Beeten);
- Ervoor zorgen dat de minister van Justitie zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het vonnis beter kan dragen (commissies Houtman en Visser);
- De schaarsteproblemen in de fz verminderen (commissies Houtman en Visser);
- De kosten beheersen (commissie Houtman).

Het geheel overziend, vormen de analyse en aanbevelingen van de commissie Houtman de spil, vanwege de voorgestelde oplossingen voor de in de motie-Van de Beeten genoemde problemen en het hierop aansluiten door de commissie Visser. Volgens de commissie zijn schaarsteproblemen de kern van de problematiek (TK, 2004-2005c, p. 6).

Bij deze reconstructie van verwachte effecten zijn drie kanttekeningen op hun plaats. Allereerst is de opsomming van de beoogde effecten mogelijk niet volledig. De stelselwijziging fz vond plaats tegen de achtergrond van een bredere stelselherziening van de zorg door VWS (zie kader 2) om de groeiende zorgvraag te beheersen (TK, 2004-2005c, p. 5). De commissie Houtman had geraamd dat de behoefte aan capaciteit voor fz (met name dure tbs-capaciteit) de komende jaren nog sterk zou toenemen. Vanuit het streven om de vraag naar zorg en daarmee de AWBZ-kosten te beheersen, zou de voorziene groeiende behoefte aan fz voor het ministerie van VWS een overweging kunnen zijn geweest om deze buiten de invloedssfeer van de AWBZ en VWS te (laten) plaatsen. Daarnaast kunnen formele of informele motieven een rol hebben gespeeld die niet uit het advies van de commissie Houtman zijn af te leiden. Zo zou bijvoorbeeld sprake kunnen zijn van een uitruil tussen de ministeries van VWS en Justitie. De overheveling van de verantwoordelijkheid voor fz van VWS naar Justitie zou bijvoorbeeld als tegenprestatie hebben kunnen gelden voor de kort daarvoor uitgevoerde overheveling in omgekeerde richting, van Justitie naar VWS, met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor jeugdigen die op basis van een door de kinderrechter gegeven civielrechtelijke machtiging tot dan toe in een justitiële jeugdinrichting werden geplaatst (TK, 2005-2006a, p. 25).

Stelselherziening zorg VWS

Kader 2

Met de invoering in 2006 van de Zvw en in 2007 van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)¹¹ werd aanvankelijk een duidelijkere focus beoogd van de AWBZ als sociale verzekering voor langdurige zware zorg (TK, 2005-2006f). Sinds 1 januari 2015 vervangt de Wet langdurige zorg (Wlz) de AWBZ en vergoedt alleen de zwaarste langdurige zorg.¹²

De Zvw is bedoeld voor zorg gericht op genezing (cure), en de AWBZ/ Wlz op langdurige verzorging (care). Gemeenten zijn op grond van de Wmo verantwoordelijk voor activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging.

Voor deze studie is het relevant dat, na(ast) de overheveling in 2007 van fz naar Justitie, in 2008 de extramurale ggz en het eerste jaar van de intramurale ggz uit de AWBZ werden gehaald en ondergebracht in de Zvw.¹³ De langdurige ggz met een verblijf tot drie jaar en de extramurale verpleging viel nog tot 2015 onder de AWBZ, maar sindsdien onder de Zvw (TK, 2014-2015c, p. 140). Zorg in het kader van beschermd wonen valt vanaf 2015 onder de Wmo (VWS, 2014), zie verder paragraaf 3.2.

Totdat de Wfz op 1 januari 2019 in werking trad, bood de Wlz de vervangende grondslag voor het Ifbz. Voor zover de AWBZ-zorg niet is overgeheveld naar de Wlz of naar de Zvw en daarmee niet meer onder de definitie van fz zou vallen, gold vanaf 2015 tot aan de inwerkingtreding van de Wfz (naast het Ifbz) de Interimregeling aanwijzing forensische zorg (Stcrt. 2014, nr. 37132), zie verder paragraaf 3.3.

Een tweede kanttekening betreft het feit dat de genoemde effecten zeer verschillend van aard zijn, waarbij het lastig is de einddoelen en tussenliggende doelen te onderscheiden.¹⁴ De twee eerste effecten, het voorzien in een betere samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen en het beter kunnen dragen van de verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van een vonnis door de minister van Justitie, zijn hiervoor genoemd als ontwikkelingen die tot de overheveling hebben geleid en lijken daarmee als beoogde effecten, ofwel als de te realiseren (eind)doelen, aan te merken. Het beter kunnen dragen van de ministeriële verantwoordelijkheid door de minister van Justitie is echter, afgaand op de analyse van de commissie Houtman, ook te zien als een middel (tussenliggend doel) om de overige effecten (einddoelen), namelijk een betere samenhang, vermindering van schaarste en beheersing van de kosten, te bereiken. Tegelijkertijd noemde de commissie Houtman

-
11. Met de overheveling van de huishoudelijke verzorging (TK, 2005-2006f, p. 8) uit de AWBZ naar het Gemeentefonds was € 1,392 mld. gemoeid (TK, 2006-2007b, p. 175).
 12. De stelselherziening zorg is een mijlpaal in een lange reeks veranderingen in de zorg. Voor een historische beschrijving van veranderingen in de zorg vanaf de Tweede Wereldoorlog, zie bijvoorbeeld Grinten en Kasdorp (1999).
 13. Met de overheveling van de geneeskundige ggz uit de AWBZ naar de Zvw was € 2,987 mld. gemoeid (TK, 2007-2008b, p. 158).
 14. Een beleidstheorie of -programma valt systematisch te reconstrueren (bijvoorbeeld Leeuw, 2003). Uitgangspunt daarbij is dat hoe steekhoudender de premissen en assumpties van een beleidsprogramma zijn, des te groter is de kans op succes van dat programma (Van Mierlo, 2000, p. 13). Het vaststellen van de kans op succes is echter iets anders en heeft een ander doel dan het (empirisch) vaststellen van succes. In paragraaf 1.4 wordt de onderzoeksaanpak besproken.

schaarsteproblemen als de kern van de problematiek (TK, 2004-2005c, p. 6) en zou het verminderen daarvan ook als (enig) einddoel kunnen worden gezien.

Een derde en laatste kanttekening betreft de vraag vanuit welk perspectief effecten in beeld worden gebracht. Deze kunnen voor sommige actoren, zoals de minister van Justitie of de – belastingbetalende – burger, gunstig zijn, maar ongunstig voor andere actoren, zoals de zorgbehoevende justitiabele, of vice versa.

De onderzoeksaanpak dient zowel met deze kanttekeningen als met de mogelijkheid van onbedoelde effecten van de overheveling rekening te houden (zie verder paragraaf 1.4 en hoofdstuk 4). Eerst wordt echter ingegaan op de vraag in hoeverre een analyse van de effecten van de stelselwijziging fz wetenschappelijk en maatschappelijk relevant is. Zijn de beoogde effecten op grond van wetenschappelijke inzichten te verwachten, in welk opzicht zijn deze van belang en wat valt met andere woorden van deze casus te leren?

Wat opvalt is dat de afgesproken overheveling van fz van VWS naar Justitie in belangrijk opzicht afwijkt van (inter)nationale ontwikkelingen en inzichten in (vooral de economische) wetenschappelijke literatuur:

- De met de fz vergelijkbare¹⁵ curatieve ggz¹⁶ is in 2008 vanuit de AWBZ ondergebracht in de Zvw. Het verschil in onderbrenging van beide sectoren vanuit de AWBZ – de curatieve ggz naar de Zvw en de forensische ggz naar het ministerie van Justitie – is opmerkelijk, niet alleen vanwege het reeds genoemde streven om meer samenhang aan te brengen tussen de curatieve en forensische voorzieningen, maar ook gelet op het streven daarbij te komen tot kostenbeheersing. De curatieve ggz werd ondergebracht in een zorgverzekeringssysteem (de Zvw) dat op marktwerking is gebaseerd. Het principe van marktwerking in de publieke sector is in Nederland in de jaren negentig, onder invloed van diverse omstandigheden en geïnspireerd door onder meer economische ideeën over efficiënte allocatie van schaarse middelen, toegenomen en in de beginjaren van dit decennium (ook) in de zorg geïntroduceerd (Stellinga, 2012, pp. 69, 76, 81). Verondersteld werd dat zorgaanbieders onder druk van zorgverzekeraars de prijzen zouden verlagen en de kwaliteit van zorg zou verbeteren, terwijl deze verzekeraars zouden worden onderworpen aan de "tucht van de 'zorgconsument'", al was men inmiddels minder optimistisch over de eenvoud van de werking ervan (zie ook Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, WRR, 2012, pp. 11-12). Vanuit beide overwegingen (samenhang en kostenbeheersing) had een overheveling van fz naar de Zvw eerder voor de hand gelegen. Aangezien anders is besloten biedt dit zowel

15. Voor vergelijkbaarheid van de patiëntpopulatie zie (Neijmeijer, Rijkaart & Kroon, 2012, pp. 104-105) en voor de behandelgeschiedenis en het justitieverleden (Neijmeijer, Place, Rijkaart & Kroon, 2012, pp. 54-56). Van eerdere datum, en in dit opzicht minder concreet, dateren adviezen van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling waarin de gebrekkige aansluiting tussen de verschillende werelden 'zorg' en 'justitie' wordt geproblematiseerd (RMO, 2005, p. 7; 2007, pp. 16-18).

16. Voor een beschrijving van de marktstructuur bij de ggz en de fz, waaronder de daarin opererende zorgaanbieders, wordt verwezen naar de marktscans van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa, 2012a, 2012b). Zie voor een beschrijving van het fz-stelsel (Bouman, Riphagen, Jongebreur & Veeke, 2012).

aanleiding tot als de mogelijkheid voor een vergelijkende analyse van ontwikkelingen in beide domeinen.

- De overheveling van fz naar Justitie wijkt af, zo constateerde de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming ([RSJ], 2012), van de internationaal aanbevolen toedeling van ministeriële verantwoordelijkheid voor zorg in detentie bij de minister van Volksgezondheid. De RSJ baseert zich op de World Health Organization ([WHO], 2007), die stelt:

Experience in several countries of Europe has drawn attention to the problems that often arise if prison health services are provided separately from the country's public health services. These include difficulty in recruiting professional staff and inadequate continuing education and training. . . . Indeed, as the WHO Moscow Declaration on Prison Health as a Part of Public Health (WHO Regional Office for Europe, 2003) acknowledged, the government ministry responsible for prison health should, where possible, be the ministry responsible for public health services. (p. 2) . . .

The starting point [in principles for prison health care] is the principle that health care decisions must be made on clinical grounds and with the patients' interests and consent underlying every clinical judgement and action. Professional independence and patient autonomy, even within prisons, are crucial, as is the need of equivalence of care. (p.12)

Het *equivalentiebeginsel* (equivalence of care), dat inhoudt dat de zorg voor gedetineerden gelijkwaardig dient te zijn aan de reguliere zorg, is een internationaal algemeen aanvaard principe (WHO, 2007, pp. 7-13) en vormt het uitgangspunt in de Wfz¹⁷. De RSJ stelt dat "de overheveling van het zorgbudget naar Justitie ten goede is gekomen aan de inrichting van het nieuwe stelsel van forensische zorg" en redeneert dat "zolang deze overheveling positief blijft uitpakken voor de kwaliteit en effectiviteit van de zorg ([Justitie] toont meer ambitie en staat op dit gebied financieel minder onder druk dan VWS) er geen aanleiding [is] om deze ter discussie te stellen" (RSJ, 2012, pp. 5, 69). Het Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT, 2017) van de Raad van Europa ziet dit anders:

The CPT considers that a fundamental review of the health-care services in prisons should be made, notably by giving a more active role to doctors. . . . More generally, the CPT invites the Dutch authorities to consider the possibility of bringing prison health-care services under the Ministry of Health. (p. 5-6)

17. De memorie van toelichting van de Wfz (TK, 2009-2010d) vermeldt:

Het uitgangspunt voor het onderhavige wetsvoorstel en het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg is dat, ongeacht de wetgevingstechnische vormgeving, een vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot een vergelijkbare behandeling van een gelijk kwalitatief niveau. Of iemand verdacht wordt van een strafbaar feit, of dat de rechter zich tevens heeft uitgesproken over een strafbaar feit, mag hierbij geen verschil maken. Dit geldt vanzelfsprekend evenzeer als het een persoon betreft met een verstandelijke beperking. (p. 12)

Wetenschappelijk onderzoek naar de vraag hoe de stelselwijziging uitpakt voor de omvang en kwaliteit van fz is tot dusverre niet verricht.

- De overheveling van de ministeriële verantwoordelijkheid voor fz was erop gericht dat de minister van Justitie zijn verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van vonnissen beter zou kunnen dragen. De hiermee samenhangende overheveling van het budget van het AFBZ¹⁸ naar de rijksbegroting betreft feitelijk het centraliseren van de ministeriële bevoegdheden. Deze centralisatie staat haaks op de rijksbrede nationale tendens in de afgelopen jaren om overheidstaken te decentraliseren en te liberaliseren (WRR, 2012, pp. 47-49), al laat bijvoorbeeld de vorming van de nationale politie zien dat fz bij Justitie in ieder geval niet het enige terrein is waar dit is gebeurd.

Een opvallend gegeven dat verdere vragen oproept over het besluit om de fz van VWS naar Justitie over te hevelen, is dat dit besluit in het veld omstreden was. Zonder op deze plaats volledig te (hoeven) zijn, kan in dit verband genoemd worden dat kort vóór het andersluidende definitieve regeringsstandpunt, het College voor Zorgverzekeringen (CVZ, 2005, p. 17) nog meende ervan te kunnen uitgaan dat de minister de fz volledig in de AWBZ zou handhaven. Enige tijd nadat het regeringsstandpunt bekend was gemaakt, liet de koepelorganisatie GGZ Nederland (2006) nog weten niets te zien in financiering van de forensische psychiatrie vanuit de rijksbegroting en stelde voor, met het oog op de beoogde samenhang, om deze vanuit de AWBZ te financieren. Dit roept de vraag op welke gevolgen het centraliseren en verruimen van sturingsmogelijkheden van een actor heeft, wanneer uitvoerende actoren zoals zorgverleners en -verzekeraars aangeven zich hier niet in te kunnen vinden.

Het voorgaande maakt duidelijk dat de bij de fz gekozen verschuiving van ministeriële verantwoordelijkheid van de minister van VWS naar Justitie enerzijds tegen de achtergrond van diverse ontwikkelingen (motie-Van de Beeten, commissie Houtman, commissie Visser) te verklaren is, maar anderzijds om verschillende redenen op zijn minst opmerkelijk genoemd kan worden en vragen oproept. Tot dusverre is niet onderzocht of en vanuit welk(e) gezichtspunt(en) de nieuwe situatie tot verbetering leidt of kan leiden, vergeleken met de situatie van vóór de overheveling. Geconcludeerd kan worden dat in de afgelopen jaren zich veranderingen in sturing hebben voorgedaan als gevolg waarvan sprake is van een stelsel fz in ontwikkeling, maar onduidelijk is welke veranderingen dit precies betreft en in hoeverre deze volgens wetenschappelijke inzichten (kunnen) bijdragen aan de beoogde effecten. Meer principieel kan de vraag worden gesteld wat een redelijk technische wijziging die de sturingsmogelijkheden van de minister van Justitie beoogt te vergroten – door overheveling van de ministeriële verantwoordelijkheid voor fz met bijbehorend budget – voor fundamentele implicaties heeft voor het streven naar meer samenhang in de zorg, vermindering van capaciteitsproblemen, tenuitvoerlegging van vonnissen en beheersing van de kosten.

18. Het AFBZ maakte als 'sociaal fonds' geen onderdeel uit van de rijksbegroting in enge zin en valt niet (direct) onder het budgetrecht van de Tweede Kamer. Overigens werd dit wel als knelpunt ervaren (Dertiende Studiegroep Begrotingsruimte, 2010, pp. 72-75; Algemene Rekenkamer, 2013, p. 3).

De ontwikkeling van de begrote uitgaven (figuur 1.1) lijkt in absolute zin niet op een grotere kostenbeheersing te duiden, maar tegen de achtergrond van andere ontwikkelingen zou dit in relatieve zin wel het geval kunnen zijn.¹⁹ Gesteld dat een (relatieve) kostenbeheersing zou kunnen worden aangetoond, dan zou een dergelijke bevinding vragen opwerpen of en hoe dit samenhangt met de veranderde sturing en of hiervan iets valt te leren voor de sturing van de reguliere zorg of van andere maatschappelijke terreinen. De beheersing van collectieve (zorg)uitgaven is immers nog steeds een belangrijk en actueel streven (Regeerakkoord, 2012, pp. 1, 21; TK, 2014-2015c, p. 21). Analyse van de achtergronden en effecten van de veranderende sturing van de fz is bovendien vanuit maatschappelijk oogpunt relevant, omdat deze zorg personen betreft die dubbel in de problemen zitten. Enerzijds zijn zij voor een strafrechtelijk delict veroordeeld door de rechter of (voorlopig) in vrijheid gesteld onder voorwaarde van zorgverlening en anderzijds is sprake van een psychische stoornis, verslaving of verstandelijke beperking of een combinatie daarvan. De effecten van de stelselwijziging zijn van belang vanuit het perspectief van zowel deze kwetsbare groep personen als van de samenleving. Enerzijds is het streven naar beheersing van de zorgkosten van belang voor de betaalbaarheid van de zorg en daarmee voor de belastingbetaler. Anderzijds heeft de fz gevolgen voor de veiligheid in de samenleving, voor zover deze via de behandeling van invloed is op het verminderen van (recidive van) criminaliteit.

Genoemde overwegingen onderstrepen zowel het wetenschappelijk als het maatschappelijk nut van een onderzoek naar de effecten van de stelselwijziging fz vanuit het perspectief van veranderende sturing. Door de inzichten uit de wetenschap aan deze casus te relateren, kunnen praktijk en wetenschap over en weer van elkaar leren, hetgeen kansen biedt voor beide werelden.

De **voorlopige probleemstelling** luidt:

In hoeverre zijn de volgende met de overheveling van de ministeriële verantwoordelijkheid voor fz vanuit VWS naar Justitie beoogde effecten gerealiseerd:

- meer samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen;
- de minister van Justitie kan zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van een vonnis beter dragen;
- vermindering van capaciteitsproblematiek;
- kostenbeheersing

en in hoeverre vallen deze effecten toe te schrijven aan een verandering van sturing?

Om tot verdieping en aanscherping van de probleemstelling te komen (paragraaf 1.3), worden hierna eerst de relevante wetenschappelijke invalshoeken verkend.

19. De uitgaven kunnen bijvoorbeeld worden gerelateerd aan de omvang van de hierop betrekking hebbende populatie en worden vergeleken met hetzelfde type gegevens van vergelijkbare zorg die naar de Zvw is overgeheveld (zoals vanaf 2008 extramurale ggz en verblijf korter dan één jaar) of langer in de AWBZ is gebleven (zoals tot 2015 verblijf tussen één en drie jaar in de ggz).

1.2 Verkenning theoretische invalshoeken

In deze paragraaf worden de theoretische inzichten verkend die relevant zijn met het oog op de met de overheveling beoogde effecten van de ministeriële verantwoordelijkheid voor fz van VWS naar Justitie. Gelet op de verschillen in de aard van deze effecten ligt een verkenning vanuit drie verschillende wetenschappelijke disciplines ofwel invalshoeken voor de hand:

- de economische invalshoek, gelet op het doel om de schaarste in het fz-aanbod – door commissie Houtman aangeduid als de kern van de problematiek – te verminderen en de kosten te beheersen;
- de staatsrechtelijke invalshoek, gelet op het doel om de minister van Justitie zijn ministeriële verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van vonnissen beter te kunnen laten dragen;
- de bestuurskundige invalshoek, gelet op het doel om de sturingsmogelijkheden van de minister van Justitie te verbeteren en de samenhang tussen de curatieve en penitentiaire zorgvoorzieningen te vergroten.

Op ieder van deze invalshoeken wordt in de volgende subparagrafen ingegaan, gevolgd door een weging en plaatsbepaling daarvan in subparagraaf 1.2.4.

1.2.1 Economische invalshoek: motieven voor overheidsingrijpen

In paragraaf 1.1 is schaarste in het zorgaanbod als het centrale knelpunt in de fz naar voren gekomen (TK, 2004-2005c, p. 6). Dit is daarmee een belangrijke aanleiding tot de overheveling van het budget voor fz naar het ministerie van Justitie. Daarnaast was kostenbeheersing een (impliciet verondersteld) neveneffect van deze stelselwijziging. Dat roept de vraag op wat de economische literatuur aangeeft over de wijze waarop deze schaarste en de oplopende kosten kunnen worden verminderd. Gelden daarbij speciale aandachtspunten voor het (forensisch) zorgterrein?

De economische theorie van de perfecte competitie voorspelt de omvang van het aanbod van een bedrijf onder de vier volgende voorwaarden (bijvoorbeeld Frank & Cartwright, 2013, pp. 351-352):

- Bedrijven verkopen een standaard, onderling voldoende vergelijkbaar, product;
- Partijen gedragen zich als prijsvolgers doordat de marktprijzen niet worden beïnvloed door (verandering in) aanbod van een individueel bedrijf;
- Er is sprake van vrije in- en uittreding in de markt, met (op de lange termijn) inwisselbare productiefactoren;
- Bedrijven en consumenten beschikken over perfecte informatie wat betreft ondernemingskansen en productprijzen.

In een dergelijke situatie worden vraag en aanbod zodanig op elkaar aangepast dat een evenwichtsprijs van een product ontstaat. In het geval van schaarste, waarbij met andere woorden het aanbod lager is dan de vraag, gaan volgens de theorie van de perfecte competitie de prijzen omhoog (bijvoorbeeld Stiglitz, 1988, pp. 61-70; Cullis & Jones, 1992, pp. 1-24).

Deze prijsstijging leidt in geval van schaarste tot verhoging van het aanbod.²⁰ Deze aanpassingen vinden automatisch plaats, dat wil zeggen zonder ingrijpen van een actor, door Smith aangeduid met '*invisible hand*'.²¹

Evenwicht in een markt met perfecte competitie

Kader 3

De WRR biedt een kernachtige toelichting op dit principe van de onzichtbare hand: Adam Smith introduceerde de metafoor in 1776 om aan te duiden dat de concurrentie tussen naar winst strevende producenten onderling en de druk van naar nutsmaximalisatie strevende consumenten in combinatie met het prijsmechanisme voor een zo efficiënt mogelijke inzet van middelen zorgt, waardoor maximale welvaart voor allen wordt gegenereerd. In 1954 kreeg Smith's metafoor een precieze mathematische uitwerking en bleek zij (onder bepaalde voorwaarden) formeel bewijsbaar (Arrow, 1954). (WRR, 2012, pp. 26, 103)

Er bestaan maar weinig markten die volledig voldoen aan de voorwaarden van perfecte competitie (Furubotn & Pejovich, 1972; Arrow, 1977; Hazeu, 2000, p. 34; WRR, 2012, p. 103; Frank & Cartwright, 2013, p. 351). De 'zorgmarkt' voldoet daar volgens veel economen niet aan (Arrow, 1963, pp. 941-948; Stiglitz, 1988, pp. 289-299; Schut, 2003, p. 3).²² Dit hangt samen met de bijzondere kenmerken van deze markt, die later aan de orde komen. Eerst wordt, los van deze bijzonderheden, ingegaan op de onderzoekslijnen die zich binnen de economische literatuur hebben ontwikkeld naar aanleiding van kritiek op de veronderstellingen en het abstractieniveau van de (neo)klassieke economische theorie (De Alessi, 1980/1995; Coase, 1998; Williamson (1975) geciteerd door Richter, 2005, p. 164) en het marktfalen (Wolf Jr., 1979).

Coase gaf in 1937 de aanzet tot de *nieuwe institutionele economie*²³ met de vraag waarom er

-
20. Dit wordt ook wel de rantsoeneringsfunctie van prijzen genoemd, het proces waarbij een bestaand productieaanbod terecht komt bij de vragers die hier het meest voor over hebben. Daarnaast hebben prijzen een allocatieve functie, het proces waarbij productiemiddelen worden weggeleid van productie van goederen onder de kostprijs naar goederen boven de kostprijs (Frank & Cartwright, 2013, p. 37).
 21. "[An individual in pursuing his own interest is] led by an invisible hand to promote an end which was no part of his intention" (Smith (1776), geciteerd in Friedman, 1962/ 1982, p. 133). Zie ook kader 7.
 22. Van Kleef, Schut en Van de Ven (2014) constateren acht jaar na invoering van de Zvw: Met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) zijn [in Nederland] in 2006 belangrijke stappen gezet in de richting van een zorgstelsel gebaseerd op geregleerde concurrentie. *Concurrentie* heeft daarbij als doel om permanente prikkels tot doelmatigheidsverbetering te creëren en tevens mogelijkheden te genereren voor het bieden van kwalitatief goede zorg tegen een zo laag mogelijke prijs; *regulering* heeft als doel om solidariteit en toegankelijkheid te garanderen en om marktfalen tegen te gaan. (p.5)
 23. Williamson (1998b, p. 75) beschrijft dat in de nieuwe institutionele economie meer vanuit een positief geformuleerde (empirische) onderzoeksagenda wordt gewerkt dan in de oude institutionele economie, waarin kritiek op de bestaande (neoklassieke) aanpak de boventoon voerde. De theoretische kaders worden als complementair gezien en niet als vervanging van de conventionele neoklassieke economie (Hazeu, 2000, pp. 30-31). Richter (2005, p. 163) inventariseert verschillende stromingen in de nieuwe institutionele economie: transactiekostentheorie (TKT), property-rightstheorie (PRT), economische analyse van het recht, public-choicetheorie, constitutionele economie, theorie van collectieve actie,

bedrijven zijn, terwijl het coördinerend prijsmechanisme van de markt bestaat. Hij introduceerde het inzicht dat transactiekosten zijn verbonden aan het gebruik van de markt (Coase, 1998, p. 73): "The main reason why it is profitable to establish a firm would seem to be that there is a cost of using the price mechanism" die hij beschrijft als "costs discovering what relevant prices are" en "costs of negotiating and concluding a contract" (Coase, 1937, p. 390).²⁴ Onder meer Williamson bouwde met zijn transactiekostentheorie (TKT)²⁵ voort op dit idee en ontwikkelde op basis van het begrip transactiekosten een theorie voor het ontstaan van verschillende typen organisaties, zoals private en publieke organisaties en hybride vormen daarvan (Williamson, 1981, 1998a, 2005). Vergeleken met de neoklassieke economie stelde hij meer realistische uitgangspunten te hanteren, namelijk dat actoren in beperkte mate (intentioneel) rationeel zijn en opportunistisch (kunnen) handelen (Williamson, 1981, p. 553).

Behalve de TKT zijn er andere stromingen binnen de nieuwe institutionele economie, die het idee delen dat 'instituten' ertoe doen en vatbaar zijn voor (economisch) onderzoek (Matthews (1986) geciteerd in Williamson, 1998b, p. 75; Richter, 2005, p. 163). Een ruime omschrijving van het begrip institutie is afkomstig van North (1991, p. 97) die hiertoe zowel informele als formele randvoorwaarden en regels rekent. Hij omschrijft instituties als: "the humanly devised constraints that structure political, economic and social interaction. They consist of both informal constraints (sanctions, taboos, customs, traditions, and codes of conduct), and formal rules (constitutions, laws, property rights)".²⁶

De nieuwe institutionele economie is in belangrijke mate een *visible-hand* benadering²⁷ (Richter, 2005, p. 173). Williamson (1998a, pp. 26-29) onderscheidde, in relatie tot informele instituties in een samenleving zoals normen, tradities, gewoontes en religie die slechts zeer langzaam veranderen, drie niveaus van beïnvloeding in de nieuwe institutionele economie:²⁸

principaal-agent benadering, theorie van relationele contracten en vergelijking van economische systemen. Op de verschillende benaderingen wordt later teruggekomen.

24. In paragraaf 2.2 en subparagrafen 4.4 en B.4.1.2 wordt ingegaan op verschillen in opvatting over het begrip transactiekosten en de operationalisering daarvan in deze studie.
25. Williamson (1979, 1981, 1998a) beoogt op basis van (verschillen in) transactiekosten van verschillende arrangementen, de optimale organisatievorm te bepalen. Als belangrijkste kenmerken van transacties noemt hij de onzekerheid en de frequentie van transacties alsmede de mate waarin voor de transacties specifieke investeringen zijn vereist.
26. Richter wijst op de verschillen in terminologie die in de nieuwe institutionele economie worden gehanteerd om instituties aan te duiden, Williamson spreekt in het kader van zijn TKT van "governance structure", terwijl North voor de analyse van de institutionele omgeving termen hanteert als "rules of behaviour institutional constraints" en "structure" (Richter, 2005, pp. 177-178). Toch stelt ook Williamson (1998b, p. 75) dat "The institutions of principal interest to the NIE [New Institutional Economics] are the institutional environment (or rules of the game . . .) and the institutions of governance (or play of the game . . .)". Ook Coase hanteert een brede opvatting van het begrip institutie en noemt als "institutions (of a country): its legal system, its political system, its social system, its educational system, its culture, and so on" (Williamson, 1998b, p. 75).
27. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de gametheorie als een van de stromingen in de *invisible-hand* benadering in de nieuwe institutionele economie (Richter, 2005, pp. 165, 189).
28. De door Williamson genoemde stromingen worden door anderen ook op andere wijze met elkaar in verband gebracht. Transactiekosten worden bijvoorbeeld beschouwd als een te onderzoeken aspect

- 1st order economizing: get the *institutional environment* right. Dit betreft de formele staatsrechtelijke, juridische en bureaucratische 'spelregels' (formal rules of the game) waarmee de economische activiteiten zijn georganiseerd. Op basis daarvan is vastgelegd welke eigendomsrechten of andere rechten en verplichtingen aan goederen of diensten verbonden zijn, wie daarvan de vruchten kan plukken en of deze rechten aan derden kunnen worden overgedragen. Volgens de property rights theory of property-rightstheorie (PRT)²⁹ hebben dergelijke rechten (property rights) invloed op de economische activiteit. Coase stelt zelfs dat de rol van de overheid beperkt kan blijven tot het definiëren van het wettelijk property-rightssysteem en het arbitrerende bij geschillen (Coase (1959) in Williamson, 1998a, p. 28);
- 2nd order economizing: get the *governance structure* right (markets, hybrids, firms, bureaus), the play of the game. Aangezien kosten zijn verbonden aan de naleving van contracten en arbitrage is analyse nodig om te bepalen welke governancestructuur ('de markt', een bedrijf, een overheidsorganisatie of een hybride organisatie) het meest efficiënt is. Williamson verwijst hierbij naar de door hem ontwikkelde TKT;
- 3rd order economizing: get the *marginal conditions* right. Dit betreft optimalisatievraagstukken binnen een governancestructuur. Williamson noemt enerzijds de neoklassieke micro-economische benadering, waarbij prijs en hoeveelheid variëren als gevolg van veranderende marktcondities, en anderzijds de agency theory, ook wel aangeduid als principal agency theory of principaal-agenttheorie (PAT). In de PAT worden de contractuele relaties binnen en buiten organisaties onderzocht, waarbij de ene actor (de *agent*) handelt namens een andere actor (de *principaal*). Uitgaande van verschillende nutsfuncties van de agent en de principaal en verschillen in informatie waarover deze beschikken, is het centrale probleem binnen de PAT hoe de principaal het best de agent kan motiveren om de belangen van de principaal te dienen (zie Ross, 1973; Jensen & Meckling, 1976; Sappington, 1991).

De drie genoemde stromingen binnen de nieuwe institutionele economie bieden goede aanknopingspunten voor bestudering van de stelselwijziging van de fz. Volgens de PRT leiden onvolledig gespecificeerde '*property rights*' tot onvolledige contracten, waardoor niet de 'goede' prijs en de 'goede' hoeveelheid tot stand komen (Hazeu, 2000, p. 86). De stelselwijziging kan worden opgevat als een bewuste (visible hand) verandering van instituties, en impliceert onder meer een verandering van property rights van de betrokken actoren.

binnen de PAT (voor een overzicht zie Bokkes, 1989, pp. 50-56). Künneke plaatst de PAT en de TKT binnen de literatuur over de PRT (1991, pp. 74-80) en Hazeu (2000, p. 68) ziet de PAT als de verbinding tussen de PRT en de TKT. In hoofdstuk 2 wordt, voor zover relevant, verder op de afzonderlijke theorieën ingegaan.

29. Een op het oog eenvoudige vertaling van het begrip property right met eigendomsrecht, zoals Ter Bogt (1997, p. 46) en, minder consequent, Hazeu (2000, p. 70) doen, geeft een te beperkt beeld van de met dit economische begrip gemoeide rechten en plichten. Hetzelfde geldt voor andere Nederlandse juridische concepten zoals het zaken- of vermogensrecht (Steinmann, 1988, p. 2.4). In het theoretische gedeelte van deze studie wordt daarom, in navolging van Künneke (1991) en P. de Vries (1992), de Engelstalige benaming gehanteerd. In het empirische gedeelte wordt de term 'economische rechten' gebruikt (zie paragraaf 2.2).

Daarbij is sprake van een situatie van meerdere principalen, zoals de ministers van Justitie en VWS, en van meerdere agenten, zoals zorginstellingen (onder meer Waterman & Meier, 1998; Boorsma & Tijdink, 2008, gaan in op een dergelijke situatie). Een belangrijk criterium om het effect van overheidsingrijpen in een markt te beoordelen, is de vraag of dit de transactiekosten vermindert of, anders gezegd, de doelmatigheid van de markt vergroot (Arrow, 1977, p. 68; Hazeu, 2000, p. 26; Musole, 2009, p. 66).

Een met transactiekosten samenhangende³⁰ lijn in de economische literatuur die aandacht verdient bij het bestuderen van een markt, heeft betrekking op het markt- en reguleringsfalen. In de (neo)klassieke economische literatuur ontstond halverwege de twintigste eeuw het inzicht dat de onzichtbare hand van de vrije markt tekort kan schieten in het realiseren van maatschappelijke welvaart. Als *marktfalen* (market inadequacies) worden genoemd (Wolf Jr., 1979, pp. 107-112):³¹

- positieve of negatieve externe effecten (externalities) en collectieve goederen³² (public goods or bads), waardoor kosten of baten van een product niet (volledig) in de prijs (kunnen) worden doorgerekend;
- economische activiteiten die worden gekenmerkt door stijgende opbrengsten (increasing returns) en dalende marginale kosten (decreasing costs), waardoor monopolies met te veel marktmacht en een gebrek aan innovatie kunnen ontstaan;
- onvolkomenheden in de markt (market imperfections), omdat aan de voorwaarden van perfecte competitie niet wordt voldaan (bijvoorbeeld doordat de prijzen niet de relatieve schaarste weergeven, consumenten en producenten niet beschikken over volledige informatie of sprake is van beperkte mobiliteit van productiefactoren);

30. Arrow (1977, p. 77) constateerde "Current writing has helped to bring out the point that market failure is not absolute; it is better to consider a broader category, that of transaction costs, which in general impede and in particular cases completely block the formation of markets." Hij vat transactiekosten daarbij op als "costs of running the economic system." . . . "The identification of transaction costs in different contexts and under different systems of resource allocation should be a major item on the research agenda of the theory of public goods and indeed of the theory of resource allocation in general" (Arrow, 1977, p. 68).

31. Latere auteurs variëren hierop. Bijvoorbeeld Musole (2009, p. 64) noemt "market imperfections and failures to increase operating efficiencies; removing externalities, so that the social costs of outcomes correspond more closely to private costs; and redistribution of society's resources, so that disadvantaged groups can share in society's output" als vormen van marktfalen. De WRR stelt: "doorgaans [worden als] vier bronnen van marktfalen onderscheiden externe effecten, publieke goederen, informatieasymmetrie en marktmacht" (WRR, 2012, p. 153).

32. Uit zijn verwijzing naar "nonappropriable benefits (for example, national security) or noncollectible costs (for example, crime, an archetypical public 'bad')", blijkt dat Wolf Jr. doelt op collectieve goederen en niet op, zoals een letterlijke vertaling zou luiden, publieke goederen. Bij collectieve goederen is zowel sprake van een onmogelijkheid van uitsluiting van externe effecten als van een niet-rivaliserende vraag zoals bij defensie en waterkeringen (Cullis & Jones, 1992, pp. 60-62; Wolfson, 2001, p. 53). Externe effecten zijn "geen onderwerp van een transactie, [waardoor] een privaatrechtelijke aanbieder zijn kosten niet op een aanwijsbare vrager [kan] verhalen; er is sprake van een niet-rivaliserende vraag "wanneer de aanspraken van de één niet ten koste gaan van die van een ander" (Wolfson, 2001, pp. 52-54).

- (ongewenste) effecten op de inkomensverdeling (distributional equity).

Wolf koppelde aan marktfalen geen onvoorwaardelijk pleidooi voor de overheid om in te grijpen, maar noemde dit een noodzakelijke maar onvoldoende voorwaarde: "[inadequacies of market outcomes] . . . is really only a necessary, not a sufficient condition for policy formulation. Policy formulation properly requires that the realized inadequacies of market outcomes be compared with the potential inadequacies of nonmarket efforts to ameliorate them" (Wolf Jr., 1979, p. 107). Daarmee gedeeltelijk aansluitend op inzichten vanuit de organisatie- en de public-choicetheorie,³³ moet volgens hem worden nagegaan of het middel (ingrijpen door de overheid) niet erger is dan de kwaal (overlaten aan de markt). Parallel aan de genoemde bronnen voor marktfalen onderscheidde hij vier bronnen van *reguleringsfalen*³⁴ (Wolf Jr., 1979, pp. 116-130):

- doorrekenen in de prijzen van interne effecten (internalities) die ontstaan door het ontwikkelen van onnodige procedures en standaarden, al dan niet samenhangend met particuliere doelen van het management dat inspeelt op de interne beloningsstructuur;
- overbodige en toenemende kosten (redundant and rising costs) ook wel aangeduid als x-inefficiëntie, samenhangend met onduidelijke of inconsistente doelen en niet meetbare productie;
- onverwachte afgeleide externe effecten (derived externalities), enerzijds doordat het ingrijpen van de overheid onvoldoende gericht is en daardoor ongewenste effecten kan hebben en anderzijds vanwege specifieke kenmerken van vraag en aanbod van interventies buiten de markt;
- onevenwichtige verdeling (distributional inequity) van invloed en macht, doordat actoren in de publieke arena zeggenschap hebben over anderen, wat leidt tot een risico van machtsongelijkheid en -misbruik.

Tabel 1.1 biedt een samenvattend overzicht.

-
33. Wolf Jr. verwijst expliciet naar inzichten uit de organisatietheorie (Wolf Jr., 1979, p. 116). Hij noemt de *public-choicetheorie* niet als zodanig, maar verwijst voor de beschrijving van het reguleringsfalen wel naar belangrijke vertegenwoordigers daarvan zoals Downs en Niskanen (Wolf Jr., 1979, pp. 115-118). Zijn oplossingsrichting, om van geval tot geval de verschillende bronnen van markt- en reguleringsfalen te onderzoeken, is genuanceerd en wijkt daarvan in die zin af. Volgens de public-choicetheorie zijn politici gericht op herverkiezing en ambtenaren op budgetmaximalisatie, waardoor de overheid wordt gezien als een "budgetmaximerende Leviathan" (Boorsma, 2010, p. 25). Aanleiding voor deze benadering was de fundamentele vraag die Buchanan in de jaren zestig van de vorige eeuw opwierp: "If individuals seek their self-interest in the market, why would we expect them to pursue the social interest in or through the government?" (Brue & Grant, 2013, p. 443). Hoewel de public-choicetheorie belangrijke inzichten heeft opgeleverd (Brue & Grant, 2013, p. 443), lijden volgens critici de oplossingen die worden aangedragen om het nutsmaximaliserende gedrag van individuele actoren in de publieke sector via regels en instituties te beperken aan het oorspronkelijke euvel "on their own analysis that individuals are primarily self-interested, there is no presumption that a constitution (and the custodians of a constitution) would not be guilty of the kind of abuses that characterize politicians and actors in the policy debate" (Cullis & Jones, 1992, p. 470).
34. Wolf Jr. spreekt van 'nonmarket failure' en niet van het engere begrip 'government failure'. Om die reden wordt hier van (het bredere begrip) reguleringsfalen in plaats van overheidsfalen gesproken.

Tabel 1.1 Bronnen van markt- en reguleringsfalen

Marktfalen	Reguleringsfalen
Externe effecten en collectieve goederen	Interne effecten en particuliere doelen
Toenemende opbrengsten (monopolie)	Toenemende kosten (x-inefficiëntie)
Onvolkomenheden in de markt	Onvoorziene externe effecten
Onevenwichtige verdeling van inkomen en welvaart	Onevenwichtige verdeling van invloed en macht

Bron: Wolf (1979, p. 131)

De in tabel 1.1 samengevatte bronnen van markt- en reguleringsfalen zijn niet bedoeld om in absolute zin generaliserende uitspraken te doen over 'de markt' of 'de overheid'. Welke organisatievorm passender is en welke factoren daarbij de doorslag geven verschilt van situatie tot situatie, of anders gezegd, van markt tot markt. De kracht van het benoemen van de bronnen van falen ligt in de aandacht die deze werpen op risicofactoren in een concrete situatie. Welke wegen staan open voor de overheid om een markt te reguleren?

Bij onvolkomenheden van het marktmechanisme staan volgens Wolfson in beginsel drie strategieën open voor de overheid (2001, p. 62):

- nietsdoen op grond van de overweging dat het betere de vijand van het goede is dan wel de zaak in handen leggen (of laten) van privaatrechtelijke organisaties (...) of belangenorganisaties;
- zelf een corrigerend beleid voeren om het marktfalen te verhelpen met een 'policy mix' van regelgeving, financiële prikkels of sociale regulering;
- zelf presteren, door collectieve of quasi-collectieve goederen³⁵ en diensten als publieke voorzieningen te leveren.

Hoewel deze indeling in strategieën – te typeren als nietsdoen, reguleren en zelf doen – op zichzelf logisch en plausibel is, biedt deze gelet op het voorgaande een beperkte en weinig specifieke blik op de mogelijkheden van de overheid om de markt te reguleren. Dixit is concreter en gaat ook verder dan bijvoorbeeld Coase die de rol van de overheid, zoals eerder aangegeven, beperkt tot het definiëren van property rights en het arbitrerende bij geschillen. Hij stelt dat een goede marktordening (good [economic] governance) nodig is om aan de volgende drie essentiële randvoorwaarden van een markteconomie te voldoen (2009, p. 5):

35. Van quasi-collectieve goederen is het individuele gebruik (technisch gezien) uit te sluiten en het aanbod aanpasbaar (deelbaar). Dit zijn kenmerken die, anders dan bij collectieve goederen het geval is, een marktgewijs ordeningsmechanisme in principe mogelijk maken (Wolfson, 2001, pp. 51-54).

- het verankeren van property rights, omdat individuen anders de prikkels missen om te investeren of te sparen;
- het (doen) naleven van contracten als een van de partijen opportunistisch gedrag vertoont;
- het voorzien in collectieve actie: het aanbieden van collectieve goederen en het beheersen van negatieve externe effecten. Het gaat daarbij niet alleen om de fysieke maar ook om de institutionele en organisatorische infrastructuur.

Deze voorwaarden sluiten goed aan bij en bouwen voort op de genoemde theoretische stromingen binnen de nieuwe institutionele economie en op de literatuur over markt- en reguleringsfalen. Overheids- en marktinstituties staan daarbij niet tegenover maar naast elkaar: "the issue in the study of different governance institutions is not the old-style contrast 'market versus government'. Rather, it is in the interaction of the whole system of governance and transactions - what combinations work well, under what conditions" (Dixit, 2009, p. 8).

Hiermee zijn op hoofdlijnen de belangrijkste economische inzichten beschreven van beweegredenen voor de overheid om in te grijpen in een niet goed functionerende markt en de daarbij te hanteren invalshoeken en niveaus van beïnvloeding. Daarbij is echter nog weinig aandacht besteed aan het specifieke karakter van de (forensische) zorg. In het vervolg van deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag of er vanuit de economische literatuur aandachtspunten zijn voor de zorgsector in het algemeen en de fz in het bijzonder.

De gezondheidszorg kan vanuit economisch oogpunt in het algemeen een bijzondere sector (markt) genoemd worden, met specifieke kenmerken en ontwikkelingsstadia. Eerder is genoemd dat de zorgmarkt volgens velen niet voldoet aan de voorwaarden voor perfecte competitie. In zijn oratie wees Schut (2003, p. 3) erop dat veel gerenommeerde economen, waaronder Smith en Arrow, wantrouwig staan tegenover een vrije markt in de gezondheidszorg. Arrow (1963, pp. 948-954) zette uiteen dat deze door het geheel aan kenmerken een aparte plaats inneemt binnen de economische analyse:

All the special features of this industry, in fact, stem from the prevalence of uncertainty [in the incidence of disease and in the efficacy of treatment] . . . These compensatory institutional changes [to overcome the lack of optimality due to the nonmarketability of the bearing of suitable risks and the imperfect marketability of information] . . . explain the observed noncompetitive behavior of the medical-care market, behavior which in itself interferes with optimality. (p. 941-948)

Deze inzichten zijn onverminderd actueel. In bijvoorbeeld het studieboek 'Economie van de Gezondheidszorg' wordt zowel op de onzekerheid als het typisch gedrag van actoren in een zorgmarkt ingegaan (Schut & Rutten, 2009, pp. 19-23):

- de onzekerheid over tijdstip, aard, omvang en kosten van gezondheidszorg en over het nut van het gebruik ervan;
- informatieasymmetrie oftewel ongelijkheid in de positie van vrager en aanbieder van zorg met betrekking tot de informatie;

- uitschakeling van het prijsmechanisme aangezien het maatschappelijk onaanvaardbaar wordt geacht dit een meer dan bescheiden rol te laten spelen, zodat dit niet kan dienen om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen;
- aanbieders met verschillende petten: in het bijzonder artsen hebben verschillende rollen en belangen. Enerzijds treden zij op als agent/ belangenbehartiger van de patiënt. Anderzijds hebben zij eigen economische belangen, die zelfs strijdig kunnen zijn met het primaire belang van de patiënt;
- aanbodgeïnduceerde vraag: de (met het voorgaande samenhangende) mogelijkheid dat zorgaanbieders de vraag naar hun diensten beïnvloeden om eigen doelstellingen (kosten, vrije tijd, status) te verwezenlijken, en daarbij niet worden belemmerd door krachtig tegenspel aan de vraagzijde en het prijsmechanisme;
- heterogeniteit van het product, samenhangend met de een-op-een relatie tussen vrager en aanbieder en de vertrouwensrelatie tussen beiden;
- moral hazard: het risico dat vragers en aanbieders rekening houden met het fenomeen dat door uitschakeling van het prijsmechanisme geld geen of een ondergeschikte rol speelt, waardoor onnodig veel of onnodig dure zorg wordt geconsumeerd of voorgeschreven;
- kosten gaan soms ver voor de baat uit, waardoor (preventieve) zorg het karakter heeft van een investerings- in plaats van een consumptiegoed;
- externe effecten: treden op als het gebruik van gezondheidszorg niet alleen voor gebruiker maar ook voor zijn omgeving effect heeft, waardoor het in het collectief belang is om dergelijke zorg via subsidies of soms zelfs dwang te stimuleren;
- solidariteitsgevoelens: veel burgers zijn van mening dat medeburgers ongeacht hun koopkracht toegang moeten hebben tot zorg en zijn indien nodig bereid daarvoor te betalen;
- ethische vraagstukken: de besluitvorming over grenzen van behandeling op individueel en collectief niveau wordt gekleurd door emoties en de rol van de media bij medisch-ethische vraagstukken.

Hoewel de opsomming niet tijdloos is, bijvoorbeeld omdat morele opvattingen van burgers in de loop van de tijd (kunnen) verschillen, maakt deze wel duidelijk dat de zorgsector structureel afwijkt van een reguliere markt. In Nederland is vanaf de jaren negentig een systeem van gereguleerde concurrentie in ontwikkeling met aanbodregulering door de overheid (toegang, kwaliteit en kosten) en vraagsturing via verzekeraars (Van der Grinten & Kasdorp, 1999, pp. 11-20).

De ontwikkeling van zorgsectoren op nationaal niveau voltrekt zich volgens specifieke stadia. Schut verwijst in zijn oratie (2003, p. 7) naar Cutler die op basis van een, overigens niet op Nederland betrekking hebbende, internationale vergelijkende studie afleidde dat in de gezondheidszorg ruwweg sprake is van drie opeenvolgende ontwikkelingsstadia:

- een eerste fase gericht op het waarborgen van universele en gelijke toegang tot zorgvoorzieningen;
- een tweede fase gericht op kostenbeheersing via prijsstelling, budgettering en rantsoenering;

- een derde fase gericht op versterking van prikkels voor doelmatigheid en de introductie van marktwerking.

Schut stelt dat in Nederland tot eind jaren 60 sprake was van de eerste fase en daarna tot eind jaren 90 van de tweede fase. In 2003 was met de toen (opnieuw)³⁶ voorgenomen herziening van het zorgstelsel via een systeem van geregleerde concurrentie volgens hem sprake van een overgangssituatie naar de derde fase. Ontevredenheid over de werking van instituties die in de loop der tijd ontwikkeld zijn om het falen van een vrije markt te voorkomen, speelde daarbij een belangrijke rol: "Deze instituties hebben de markt als coördinatiemechanisme vrijwel volledig uitgeschakeld. Marktfalen lijkt te zijn vervangen door overheidsfalen" (Schut, 2003). Een decennium later kan worden vastgesteld dat de aandacht voor beheersing van de zorgkosten in Nederland onverminderd actueel is (TK, 2014-2015c, p. 21), al is het in de curatieve zorg inmiddels de bedoeling om het accent te verleggen naar "samenwerken in plaats van enkel concurreren" (Regeerakkoord, 2012, p. 20).

Zonder op deze plaats uitputtend te (hoeven) zijn, kunnen hier enkele belangrijke verschillen worden genoemd in vraag en aanbod van de forensische en de reguliere zorg. Zo wordt in de fz, in principe anders dan in de reguliere zorg,³⁷ de zorgvraag niet geformuleerd door de patiënt,³⁸ maar door professionals in de strafrechtketen (rechters, officieren van justitie, reclasseringsmedewerkers). Een rechter die iemand veroordeelt tot tbs met dwangverpleging (of een andere vorm van fz) legt deze justitiabele zorg op. Hierbij is geen toestemming van betrokkene nodig en hoeft deze zelfs geen eigen zorgvraag te hebben.³⁹ De minister van Justitie heeft daarnaast, als (eind)verantwoordelijke in de strafrechtketen, een substantiële invloed op de aard en omvang van de vraag naar fz.⁴⁰ Een duidelijk voorbeeld betreft de (in

-
36. De commissie Structuur en financiering gezondheidszorg (naar de voorzitter ook bekend als de commissie Dekker) stelde met haar advies 'Bereidheid tot verandering' reeds in 1987 een systeem van geregleerde concurrentie voor, waarin de rol van de overheid afnam ten gunste van de markt. Eind jaren 90 was van marktwerking echter nog nauwelijks sprake (Van der Grinten & Kasdorp, 1999, p. 5).
37. In de reguliere zorg worden als ultimum remedium, dat wil zeggen wanneer de alternatieven voor vrijwillige zorg zijn uitgeput, personen gedwongen opgenomen, op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). In 2018 zijn ter vervanging daarvan de Wvvgz en Wzd door de Eerste Kamer vastgesteld, die in 2020 in werking treden (paragraaf 1.1). Op grond van de Wvvgz kan, volgens hetzelfde ultimum remedium principe, gedwongen ambulante behandeling plaatsvinden en niet, zoals bij de Bopz het geval was, alleen een gedwongen (intramurale) opname. Volgens de memorie van toelichting (p. 28) van de Wvvgz moet deze gedwongen zorg erop gericht zijn "de mogelijkheden voor betrokkene om de regie over zijn leven te (her)nemen te maximaliseren, in interactie met zijn hulpverleners. Er moet worden gestreefd naar de beste mogelijkheden tot zelfontplooiing en zingeving (zoals onder meer beschreven door prof. dr. W. van Tilburg in zijn afscheidsrede aan de VU Amsterdam op 16 februari 2007, Het hart van de psychiatrie)."
38. Omdat fz aan betrokkenen wordt opgelegd is in dit proefschrift (uiteindelijk) ervoor gekozen om de term (forensische) patiënt te hanteren, waar in de praktijk (en de interviews, zie subparagraaf 4.5.2) ook de term cliënt wordt gebruikt.
39. Voor een beschrijving van de ethische problemen van de fz-verlener, zie bijvoorbeeld Ward (2013).
40. De rechterlijke macht is onafhankelijk. Toch kan de minister van Justitie de omvang van de vraag beïnvloeden door bijvoorbeeld de (strafrecht)wetgeving zodanig aan te passen dat bepaalde categorieën misdrijven van fz worden in- of uitgesloten en door de duur ervan te variëren of te begrenzen (minimum- of maximumtermijnen). Daarnaast heeft de minister via het beschikbaar stellen

intensiteit variërende) vereisten van beveiliging van de fz, die invloed hebben op de personele en materiële infrastructuur van een zorginstelling en daarmee op de productiestructuur van het zorgaanbod. Hierdoor wordt de inwisselbaarheid tussen reguliere zorg en fz in het productaanbod van een zorginstelling beperkt. Door de overheveling van het budget voor fz naar Justitie heeft de minister van Justitie bovendien een grote invloed op het aanbod ervan. De markt voor fz geldt als een monopsonie, dat wil zeggen een markt met één koper (Bouman et al., 2012, p. 25; NZa, 2012b, p. 12). In deze context valt te begrijpen dat de fz als geheel getypeerd wordt als een "centraal gereguleerd systeem", met een in vergelijking met de reguliere zorg "centrale aansturing, een beperkte rolverdeling en een beperkte aanwezigheid van countervailing power" (Bouman et al., 2012, p. 17). Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de zorgsector in economisch opzicht als een bijzondere markt met specifieke kenmerken te zien is. In economische termen is de Nederlandse gezondheidszorg te typeren als een quasi-collectief goed:

Wanneer een gemeenschap de politieke keuze maakt om de toegang tot bepaalde op zichzelf uitsluitbare en deelbare voorzieningen als een sociaal grondrecht te waarborgen en niet afhankelijk te maken van verschillen in koopkracht, worden ook naar hun aard niet-collectieve goederen [zoals bijvoorbeeld zorgvoorzieningen] als quasi-collectieve goederen geheel of gedeeltelijk publiekelijk bekostigd. (Wolfson, 2001, pp. 61-62)

De fz betreft een specifieke deelmarkt binnen de gezondheidszorg met een ten opzichte van de reguliere zorg afwijkende productiestructuur en waarin (na de overheveling) het ministerie van Justitie zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde een dominante rol heeft.

De vraag die dit oproept, is welk overheidsingrijpen volgens de theorie gewenst is voor het eerder genoemde centrale knelpunt in de fz, namelijk schaarste in het zorgaanbod, en hoe dit zich verhoudt tot de na de overheveling ontstane ontwikkelde centrale sturing? In het voorgaande is gebleken dat niet zozeer sprake is van één theorie, maar van verschillende theoretische inzichten die in dit verband bruikbaar zouden kunnen zijn (zoals PRT, PAT, transactiekosten, markt- en reguleringsfalen), en dat evenmin sprake is van één standaardoplossing voor alle beleidsterreinen.

Volgens Schut worstelen veel landen met de hamvraag welke marktordening voor de zorgsector de beste garantie biedt op een doelmatig en toegankelijk zorgstelsel (Schut & Rutten, 2009, p. 255). Gelet op het eerdergenoemde equivalentiebeginsel dienen voor de fz dezelfde waarborgen te gelden als in de reguliere zorg.⁴¹ In het kader van de overheveling van dit specifieke zorgbudget van VWS (het AFBZ) naar (de begroting van) Justitie, kan als hamvraag worden gesteld of de gekozen (her)ordening meer garanties biedt op een doelmatig en toegankelijk stelsel van fz dan daarvoor of in vergelijking met de reguliere zorg.

De stelselwijziging fz en de hiermee gepaard gaande verandering van sturing is daarmee

van capaciteit van de professionals in de strafrechtketen die betrokken zijn bij het opleggen van fz, invloed op de omvang van de vraag.

41. De NZa monitort de ontwikkelingen op het terrein van (onder meer) de ggz en de fz aan de hand van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (NZa, 2012a, 2013b).

tevens te plaatsen in het licht van de bredere en terugkerende discussie over de verhouding van markt en overheid, een van de belangrijkste leerstukken binnen de bestuurseconomie (Groenendijk, 2005, p. 13).⁴² De relevantie van het onderwerp vanuit economisch-wetenschappelijke invalshoek is daarmee in hoofdlijnen geduid. De gezondheidszorg geldt als een sector waarvoor geldt dat “het laveren tussen de Scylla van marktfalen en de Charybdis van overheidsfalen heel wat stuurmanskunst vereist omdat in geen sector de economische orderingsproblemen zo ingewikkeld zijn als in de gezondheidszorg” (Schut, 2003, p. 30).

1.2.2 Staatsrechtelijke invalshoek: ministeriële verantwoordelijkheid

Een tweede achtergrond van de overheveling van de fz is, zoals hiervoor werd beschreven, ervoor te zorgen dat de minister van Justitie zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het vonnis beter kan dragen. Daarmee is een nadere beschouwing op zijn plaats over wat het staatsrechtelijke begrip ministeriële verantwoordelijkheid inhoudt en of en op welke wijze dit zinvol nader valt te analyseren. Hierbij wordt met name gebruikgemaakt van de dissertatie van Visser, die als topambtenaar het politieke proces van dichtbij meemaakte en vervolgens onderzocht op welke manier de ministeriële verantwoordelijkheid en de parlementaire vertrouwensregel⁴³ op elkaar inwerken (Visser, 2008).

De ministeriële verantwoordelijkheid vindt formeel haar basis in artikelen 42 en 68 van de Grondwet (zie kader 4) en wordt gezien als de staatsrechtelijke basis voor democratische controle op het openbaar bestuur, dat wil zeggen zowel regering als bureaucratie (TK, 1992-1993, p. 7; Bovend'eert, 2009). De regel van de ministeriële verantwoordelijkheid houdt in dat het parlement de minister te allen tijde rekenschap kan vragen van het onder zijn leiding gevoerde beleid (TK, 1992-1993, p. 4; 2006). Aangezien iemand publiek verantwoordelijk is voor het landsbestuur, kan publieke verantwoording worden afgelegd over publieke belangen en greep worden gehouden op dat bestuur (Visser, 2008, p. 12).

Ministeriële verantwoordelijkheid

Kader 4

De ministeriële verantwoordelijkheid is gebaseerd op twee artikelen in de Grondwet:

Artikel 42:

1. De regering wordt gevormd door de Koning en de ministers;
2. De Koning is onschendbaar; de ministers zijn verantwoordelijk.

42. Andere benamingen voor bestuurseconomie zijn economie van de publieke sector, public economic en openbare financiën, zie voor een beschrijving van de ontwikkeling van het vakgebied van de openbare financiën (Van Mierlo, 2000, p. 7).

43. In de praktijk wordt volgens Visser het wezenlijke verschil tussen de ministeriële verantwoordelijkheid en de vertrouwensregel vaak niet onderkend. De ministeriële verantwoordelijkheid is de rechtsplicht die rust op de minister als functionaris: deze draagt publieke verantwoordelijkheid en moet daarover publieke verantwoording afleggen. Met de vertrouwensregel bepaalt de volksvertegenwoordiging het vertrouwen in de persoon van de minister (Visser, 2008, p. 20).

Artikel 68:

De ministers en de staatssecretarissen geven de Kamers elk afzonderlijk en in verenigde vergadering mondeling of schriftelijk de door een of meer leden verlangde inlichtingen waarvan het verstrekken niet in strijd is met het belang van de staat.

Gewoonte en ongeschreven staatsrecht spelen een belangrijke rol bij de ministeriële verantwoordelijkheid: "het zijn veelal de betrokken staatsinstellingen zelf, regering en Staten-Generaal, die het ongeschreven staatsrecht vaststellen, uitleggen en handhaven" (Visser, 2008, pp. 14-15). De vertrouwensregel, dat een minister of staatssecretaris niet kan aanblijven als deze niet langer geacht wordt het vertrouwen te hebben van een parlementaire meerderheid, is een goed voorbeeld van dergelijk ongeschreven staatsrecht en wordt gezien als sanctie op de ministeriële verantwoordelijkheid (Bovend'eert, 2009). Deze verantwoordelijkheid is inhoudelijk en procedureel en richt zich zowel op het resultaat van het overheidshandelen als op de wijze waarop dat resultaat tot stand is gekomen (Visser, 2008, p. 17). Het gaat volgens Visser om een "orderingsprincipe", "een basisbeginsel van de organisatiekunde", waarbij de bestuurder verantwoordelijk blijft ondanks het mandateren van beslissingen naar een lager niveau. De ministeriële verantwoordelijkheid kwalificeren als een fictie⁴⁴ is volgens hem om die reden dan ook "onjuist en zou een voor de volksvertegenwoordiging niet te controleren stelsel opleveren" (2008, pp. 212-213). Visser concludeert dat de reikwijdte van de ministeriële verantwoordelijkheid zeer ruim is en verschillende soorten van handelen betreft: het persoonlijk handelen, het handelen van ambtenaren in functie en "overige gebeurtenissen op het beleidsterrein van de minister" (Visser, 2008, pp. 285-286). De minister is daarbij niet uitsluitend afhankelijk van formele bevoegdheden, maar kan ook door feitelijk handelen (overleggen, overtuigen, bezoeken of activeren) invulling geven aan zijn verantwoordelijkheid (Visser, 2008, p. 287). Hieruit blijkt zijn ruime en principiële opvatting van het begrip ministeriële verantwoordelijkheid:

Zelfs indien er een terrein is waarop de minister op een bepaald moment geen formele bevoegdheid heeft (zoals in het geval van zelfstandige bestuursorganen), geldt dat de regering altijd de bevoegdheid heeft om een wetsvoorstel in te dienen om zo een nieuwe bevoegdheid te verkrijgen, of om een voorheen bestaande bevoegdheid weer terug te krijgen. (Visser, 2008, p. 92)

Een dergelijke opvatting van het begrip ministeriële verantwoordelijkheid lijkt op gespannen voet te staan met de geldende doctrine, waarin het uitgangspunt is dat de ministeriële verantwoordelijkheid zich even ver uitstrekt als de bevoegdheden van de minister (TK, 1992-1993, p. 13; Bovend'eert, 2009). Ook Visser constateert echter bij zelfstandige bestuursorganen (zbo's) dat "individuele aanwijzingen als regel [zijn] uitgesloten, omdat er anders in feite sprake zou zijn van volledige ministeriële verantwoordelijkheid en dat is bij zelfstandige bestuursorganen nu juist niet de bedoeling van de wetgever" (Visser, 2008, p. 238).

44. Aangezien de (mogelijke) sanctie op de ministeriële verantwoordelijkheid zich ook uitstrekt tot datgene wat de minister zelf niet heeft geweten en waarbij hij niet zelf direct betrokken is geweest, wordt de ministeriële verantwoordelijkheid ook wel een fictie genoemd (Visser, 2008, p. 91).

De overheveling van de fz kan gelet op het voorgaande worden beschouwd als een verandering waarbij de ministeriële verantwoordelijkheid werd verschoven van de minister van VWS naar de minister van Justitie en daarbij tegelijkertijd werd uitgebreid. Het CVZ, belast met de coördinatie en uitvoering van de AWBZ en tot aan de overheveling van de fz hiervoor verantwoordelijk, was⁴⁵ namelijk een zbo⁴⁶, terwijl de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) een agentschap⁴⁷ is en onder de hiërarchische verantwoordelijkheid van de minister valt.

In het licht van de overheveling van de fz naar Justitie zijn de verschuivingen interessant die Visser constateert "van verantwoording over beleid naar verantwoording over uitvoering" en "van politieke discussie naar inhoudelijke en gedetailleerde behandeling" (2008, p. 292). Deze constatering lijkt meer te passen bij de eerder beschreven (op het casusniveau gerichte) sturing van Justitie, maar minder bij de (op marktwerking gerichte) sturing van VWS. Dit duidt erop dat de ministeriële verantwoordelijkheid bij de minister van Justitie anders ligt dan bij de minister van VWS. In hoeverre dit daadwerkelijk het geval is en waar deze verschillen in sturingsfilosofie precies op zijn gebaseerd, vergt een historische analyse van (tenminste) de parlementaire behandeling op beide beleidsterreinen. Verschillen in de wijze waarop organisaties zich historisch hebben ontwikkeld, spelen echter mogelijk eveneens een rol⁴⁸, net

-
45. Sinds 1 april 2014 is het Zorginstituut Nederland de rechtsopvolger van het CVZ. Daarnaast waren het College Bouw en het College Sanering betrokken. Het College Bouw is in 2010 opgeheven en verleende vergunningen en adviseerde de minister over toelatingen met bouw van zorginstellingen (<https://hdl.handle.net/10648/814ec63b-d0a9-4a34-893d-ee89009671e1>). Het College Sanering is voornamelijk gericht op het verlenen van goedkeuring bij transacties rond onroerende zaken in de (gehele) zorg en is bestuurlijk ondergebracht bij de NZa (<https://www.collegesanering.nl>).
 46. Volgens artikel 1, lid a van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen is een ZBO "een bestuursorgaan van de centrale overheid dat bij de wet, krachtens de wet bij algemene maatregel van bestuur of krachtens de wet bij ministeriële regeling met openbaar gezag is bekleed, en dat niet hiërarchisch ondergeschikt is aan een minister."
 47. Aan de Directie Delinquentenzorg en Jeugdinrichtingen, de voorloper van de Dienst Justitiële Inrichtingen, is per 1 januari 1995 de agentschapsstatus verleend. De achtergrond was de visie van de toenmalige regering de rijksoverheid te herzien door beleid en uitvoering te onderscheiden. Een agentschap werd daarbij gedefinieerd als (TK, 1993-1994, p. 7): "een onderdeel van het ministerie waarvoor een afgezonderd en afwijkend beheer wordt gevoerd met als doel een doelmatiger functioneren. De aansturing van het agentschap geschiedt door de departementsleiding die zich daarbij bedient van de betreffende centrale staforganen". Volgens Hazeu (2000, p. 96) is de aansturing van agentschappen en ZBO's een "half way house": er werken geen echte marktprikkels en de prikkel van hiërarchische sturing is verzwakt. "In property rights-termen is het kenmerk van dergelijke [not-for-profit] organisaties dat geen van de betrokken partijen een exclusieve claim op het te produceren residu (winst meerwaarde) weet te leggen, zodat de binnen zo'n organisatie genomen beslissingen niet sterk geprikkeld worden vanuit een meetbaar en toe-eigenbaar marktresultaat". Zowel bij agentschappen als bij de politiek minder gevoelige ZBO's worden volgens Hazeu mechanismen van controle, monitoring en verantwoording ingezet, al is er een groot verschil in autonomie, dat samenhangt met het vertrouwen dat in het professioneel handelen kan worden gesteld.
 48. Het CVZ is de rechtsopvolger van de Ziekenfondsraad die was samengesteld uit vijf groeperingen: ziekenfondsen, werkgevers, werknemers, zorgverleners en ministeriële ambtenaren. De Ziekenfondsraad heeft van 1949 tot 1999 als adviesorgaan bijgedragen aan de totstandkoming en

als bijvoorbeeld verschillen in impact die incidenten (kunnen) hebben op de publieke opinie (zie kader 5). Het zou interessant zijn deze te onderzoeken en te analyseren of oorzaak en gevolg kunnen worden vastgesteld. In dit verband zou bijvoorbeeld kunnen worden nagegaan of de maatschappelijke en politieke aandacht voor incidenten afneemt of juist wordt gevoed wanneer een minister verantwoordelijk is voor de uitvoering op casusniveau.

Incidenten

Kader 5

Zoals in paragraaf 1.1 werd beschreven is, voorafgaand aan de overheveling van de fz, sprake geweest van een aantal ernstige incidenten met tbs-gestelden, waarover de minister van Justitie in de Tweede Kamer herhaald verantwoording diende af te leggen. De ontstane commotie mondde uit in een parlementair onderzoek naar het tbs-stelsel (TK, 2005-2006d). In navolging van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) sprak de commissie Visser van de "noodzaak te ontsnappen aan medialogica" en in navolging van 't Hart van "inquisitiedemocratie" (TK, 2005-2006d, pp. 10-12). Met medialogica doelde de RMO op "het resultaat van structurele maatschappelijke en technologische ontwikkelingen die burgers, politici en media vasthouden in een interactie waaruit zij niet meer kunnen ontsnappen. . . . Ze hebben elkaar nodig en zijn tegelijk tot elkaar «veroordeeld». Burgers hebben «behoefte» aan nieuws met attentiewaarde en aan politici die recht doen aan hun opvattingen en gevoelens. Media leveren nieuws dat «pakt» en zijn op zoek naar politici die inspelen op gevoelens van burgers. Politici «ramen» hun uitspraken in hun poging de nieuwspodia te bereiken en recht te doen aan de gevoelens van burgers". . . . "Cruciaal vanuit medialogisch perspectief is volgens de RMO de discrepantie tussen enerzijds de berichtgeving over tbs-incidenten en anderzijds het feitelijke risico van (ernstige) delicten door tbs'ers".

In de reguliere zorg doen zich ook incidenten voor waarbij patiënten een ernstige terugval kennen van problematiek (zoals zelfmoord bij depressie), maar deze leiden niet tot vergelijkbare commotie in de media en de politiek.⁴⁹ De ophef begin 2015 in verband met de moord van voormalig minister Borst over het missen van signalen in voorgaande jaren van een psychisch verwarde persoon (Bart van U.) door onder meer politie, Openbaar Ministerie (OM) en de ggz en de reactie daarop van de regering duiden erop dat de reflex van centraal ingrijpen onverminderd actueel is wanneer sprake is van een geruchtmakend levensdelict.⁵⁰ De ingestelde onderzoekscommissie rapporteerde medio dat jaar over het gebeurde en formuleerde aanbevelingen aan het OM, aan de politie en aan de ggz in verband met een

ontwikkeling van de wettelijke zorgverzekeringen (<https://www.cvz.nl/organisatie>, geraadpleegd maart 2014). Op justitieterrein ontbreekt een dergelijk breed samengesteld samenwerkingsverband. Blom en Schillemans (2010, p. 345) leggen in ander verband een relatie tussen de verticale of horizontale sturing en de oorsprong van taken van onder meer de ministeries van Justitie – kerntaken van de overheid – en van VWS – verstatelijking van vaak in oorsprong maatschappelijk initiatief.

49. In 2001 is in de Eerste Kamer gesproken over een parlementaire enquête naar de zorg, maar deze had betrekking op kosten en wachtlijsten en ging vanwege onvoldoende draagvlak niet door (EK, 2001). In 2004 heeft een tijdelijke commissie van de Tweede Kamer (enkel) de effectiviteit onderzocht van € 14 mld. extra investeringen in de gezondheidszorg sinds 1994 (TK, 2003-2004).

50. Een schietpartij in 2011 in een winkelcentrum van Alphen aan den Rijn (Tristan van der V.) had zeven doden tot gevolg. Naar aanleiding daarvan zijn bestaande procedures en de Circulaire Wapens en Munitie aangescherpt. Ook moet de politie meer aan risicotaxatie doen bij de afgifte van een wapenvergunning (Hoekstra, Van Hoorn, De Wit & Zuiderhoudt, 2015, p. 21).

betere aanpak van 'verwarde personen' (Hoekstra et al., 2015). De voorstellen werden overgenomen door de regering en hebben onder meer geleid tot de in paragraaf 1.1 genoemde (tweede) nota van wijziging bij het wetsvoorstel Wvvgz. Niet de ggz maar het Openbaar Ministerie (OM) wordt in dat kader een centrale, regisserende rol toebedeeld, bij zowel strafrechtelijke als niet-strafrechtelijke verplichte zorg.

Voor onderhavige studie is een dergelijke analyse echter niet noodzakelijk. Uit het voorgaande valt immers af te leiden dat de ministeriële verantwoordelijkheid, los van de organisatiewijze, op hoofdlijnen intact blijft: de minister is verantwoordelijk voor de resultaten van het systeem dat tot zijn taakgebied hoort. De concrete invulling van de ministeriële verantwoordelijkheid op enig moment is de resultante van de op dat terrein gegroeide gewoonte. Daarmee kan deze in de tijd en tussen beleidsterreinen verschillen, zoals de eerder geconstateerde verschillen in sturing tussen VWS en Justitie illustreren. Bij de overheveling van het budget voor de fz ging het er met name om dat de minister van Justitie zijn ministeriële verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van een vonnis beter kon dragen. Verondersteld werd (kennelijk) dat dit kon door zijn bevoegdheden op het terrein van de fz te vergroten. In dit kader is het daarom met name van belang te onderzoeken of en in hoeverre zijn bevoegdheden feitelijk zijn vergroot ten opzichte van zijn eerdere bevoegdheden en ten opzichte van die van de minister van VWS. Daarnaast is het bijvoorbeeld interessant na te gaan of deze bevoegdheden daadwerkelijk zijn gebruikt, of dit is gebeurd in het kader van zijn verantwoordelijkheid voor de tenuitvoerlegging van het (individuele) vonnis en of niet op andere wijze aan deze verantwoordelijkheid uitvoering gegeven had kunnen worden.

1.2.3 Bestuurskundige invalshoek: keten- en netwerksturing

De derde theoretische invalshoek is gerelateerd aan het doel om de sturingsmogelijkheden van de minister van Justitie te verbeteren en (daarmee) de samenhang te bevorderen tussen de curatieve en penitentiaire zorgvoorzieningen ofwel, anders gezegd, tussen de reguliere zorg en fz. Wanneer taakuitvoering door verschillende organisaties nodig is roept dit, zeker wanneer dit een combinatie van private en publieke organisaties betreft, de vraag op welke wijze een vruchtbare en efficiënte sturing van en samenwerking tussen deze organisaties mogelijk is. Wat zegt de actuele bestuurskundige⁵¹ literatuur hierover?

Korsten constateert dat in overheidsorganisaties het ketenperspectief in zwang is geraakt onder invloed van de kanteling "van taak- en organisatiecentrisch naar meer klantdenken en themacentrisch handelen" (Korsten, 2010, p. 7) en de strafrechtketen noemt hij, in navolging van Van der Doelen en Klink, daarbij als een van de voorbeelden. Hij gaat niet expliciet in op de vraag hoe de samenhang tussen onderdelen van de keten – gevormd door organisaties, schakels, die wat input of output betreft van elkaar afhankelijk zijn – kan worden versterkt, maar wel op de wijze van sturen in een keten. Een directe centrale sturing is hierbij volgens hem niet effectief, omdat het niet lukt om organisaties op een juridische basis qua taak en

51. Vanwege het multidisciplinaire karakter van bestuurskunde valt geen scherpe grens te trekken met andere disciplines zoals economie en politicologie. Dat wordt hier ook niet beoogd. Bedoeld wordt in te zoomen op de vanuit bestuurskundige invalshoek relevante thema's van sturing in openbaar bestuur.

bevoegdheid te verplichten tot ketenschakeling. "Ketensturing zal vaak vooral indirect zijn door prikkels op te nemen waardoor de schakels goed in elkaar grijpen" (Korsten, 2010, pp. 8-9). De systeemverantwoordelijke minister heeft volgens hem de volgende taken:

- duidelijke ketendoelen vaststellen die door de deelnemers in een keten worden onderschreven;
 - zorgen voor een adequate bestuurlijke informatievoorziening tussen de schakels van een keten en de afnemers;
 - inrichten van een effectief werkend controlesysteem;
 - zorgen voor een vertrouwensrelatie tussen de ketendeelnemers.
- (Korsten, 2010, pp. 12-13)

Fabbricotti (2007) heeft ten behoeve van haar proefschrift in het bijzonder de ontwikkeling en vormgeving van zorgketens onderzocht. Zorgketens zijn volgens haar "gericht op (het faciliteren van) samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntcategorieën" (Fabbricotti, 2007, p. 13)⁵² en in die zin op te vatten als middel om te komen tot samenhang. Ze constateerde dat in zorgketens conflicten en strijd alom aanwezig zijn, wat volgens haar samenhangt met de span of control, diversiteit aan belangen en culturele tradities, vele soms strijdige doelen, vereiste kennis over de verschillende zorgsectoren, het veelvuldige overleg en met domeinstrijd (Fabbricotti, 2007, p. 304). Tegelijkertijd constateert zij dat "in lossere verbanden de verplichtende kaders, sanctionerende systemen en missies en visies ontbreken die de gerichtheid op de doelen ondersteunen" (Fabbricotti, 2007, p. 305). Zorgketens hebben om die reden volgens haar derhalve zeker waarde, maar het vergt tijd om oude routines los te laten en nieuwe te hervinden. De structuren die worden gekozen hangen onder meer af van de doelen die in een zorgketen prioriteit krijgen, zoals bestuurbaarheid, efficiëntie en specialisatie versus integrale zorg, aantal en soort organisaties in de zorgketen, "geïstitutionaliseerde belangen" van actoren – management, medewerker, professional – en historisch gegroeide relaties (Fabbricotti, 2007, pp. 291-296).

Hagdorn (2007) noemt in haar oratie het denken in ketens absoluut ontoereikend. "Een keten suggereert rechtlijnigheid, eenduidigheid en vastigheid, zowel in de volgorde van de bewerkingsstappen als in de partijen die de bewerkingen uitvoeren om het desbetreffende product (...) het desbetreffende dossier naar zijn eindbestemming te brengen." (Hagdorn, 2007, pp. 2, 4). De realiteit bestaat volgens haar uit netwerken die ze omschrijft als "een samenhangend geheel van organisaties, die met verschillende onderlinge relaties een gezamenlijk doel nastreven: het zo goed mogelijk bedienen van een markt" (2007, p. 3). Als bedrijfskundige focust Hagdorn daarbij op de voorwaarden voor succes op organisatieniveau en niet op de wijze waarop organisaties het gezamenlijk doel definiëren of nastreven en evenmin op (andere) manieren om de samenhang van organisaties binnen of tussen

52. De ontwikkeling van zorgketens is een van de strategieën om knelpunten in de gezondheidszorg (zoals een niet op de vraag aansluitend aanbod, het uiteenlopen van kosten en beschikbare middelen, de onbestuurbaarheid van zorg) weg te nemen (Fabbricotti, 2007, p. 13).

netwerken te bevorderen.⁵³ Een interessante bevinding is echter dat "macht één van de belangrijkste factoren [blijkt] bij het aangaan of ontbinden van relaties in netwerken tussen organisaties" (Hagdorn, 2007, p. 7).

Klijn (2008a) richt zich in zijn oratie op de condities voor effectieve sturing (governance, zie kader 6) van netwerken van organisaties die betrokken zijn bij complexe beleidsproblemen (wicked problems)⁵⁴. Dit betreft "beleidsvraagstukken waar veel verschillende [netwerken van] actoren bij betrokken zijn, waar actoren het vaak oneens zijn over de aard van het probleem en de gewenste oplossing . . . [en] het bijna altijd om lastige waardeconflicten gaat (Klijn, 2008a, p. 8). In de bestuurskundige literatuur wordt volgens Klijn (2008a, p. 10) gesproken van een "overgang van *government* naar *governance*".⁵⁵ Hij kenschetst dit als een overgang van een probleemaanpak door publieke actoren via "verticale sturing" naar een situatie van "horizontale sturing"⁵⁶, waarbij beleidsuitkomsten in samenwerking met een grote variëteit aan publieke en (semi)private organisaties worden gerealiseerd. De strijd over waarden vindt (deels) binnen het governancenetwerk plaats en is daardoor voor het publiek minder zichtbaar. Hierdoor kan de legitimiteit van de uitkomsten ervan ter discussie komen te staan. *Netwerkmanagement*, door Klijn gedefinieerd als "bewuste sturings- en begeleidingspogingen van zowel proces als inhoud in een netwerk", is volgens hem een zeer belangrijke factor voor de effectiviteit van een dergelijk netwerk, en van groter belang dan bijvoorbeeld de bij de samenwerking gekozen organisatievorm (Klijn, 2008a, p. 21). Hij bepleit onderzoek naar de effectiviteit van netwerkmanagement en naar de mogelijkheden om dergelijke netwerken democratisch te maken en te houden (Klijn, 2008a, p. 28). Dit sluit aan op Van Kersbergen en

-
53. Hagdorn stelt dat organisaties succesvoller zijn naarmate zij zich bewuster zijn van hun rol en positie in dit bredere netwerk, duidelijker weten welke rol of positie zij in dit bredere netwerk willen vervullen, intensiever werken aan het bereiken van deze positie of het behouden van deze positie (2007, p. 7).
54. Rittel en Webber (1973) die de term 'wicked' versus 'tame' problemen muntten voor respectievelijk sociaal- en technisch-wetenschappelijke problemen, wezen op allerlei aspecten van complexiteit. Dit heeft te maken met verschillende perspectieven in de probleemdefinitie en -oplossing, de uniciteit van het probleem en het niet herhaald kunnen uitproberen van verschillende oplossingen. In het geval van wicked problemen is er geen objectief vast te stellen goede of foute oplossing of maatstaf om te bepalen dat er een definitieve oplossing is (men is klaar en stopt als het 'goed genoeg' is, maar wie bepaalt dat?) en er is geen ultieme test voor. Het duiden van een probleem als 'wicked' lijkt overigens op zichzelf weinig toe te voegen aan de analyse. Bovendien stellen andere auteurs juist dat 'wickedness' de norm is: "It is tame formulations of professional analysis that stand out as a deviation" (Coyne, 2005, p. 12). Zie verder paragraaf 2.4.
55. Zie bijvoorbeeld ook Blom en Schillemans (2010, p. 342). Zij suggereren dat in de Nederlandse context de trend tot horizontale sturing (horizontalisering) eerder in normatieve dan in descriptieve zin aan de orde is (Blom & Schillemans, 2010, p. 353). Overigens constateert ook Klijn (2008a, p. 12) dat er "tegelijkertijd nog veel overheidstaken zijn waarin de klassieke verticale wijze van aansturing en een sterke focus op de interne organisatie van het overheidsapparaat dominant lijken te zijn". Hij noemt klassieke en 'eenvoudiger' publieke taken als voorbeelden.
56. Blom en Schillemans (2010, p. 342) constateren terecht dat sturing naar haar aard hiërarchische en dus verticale trekken veronderstelt, waardoor dit traditioneel een hiërarchische en centrische activiteit is. In deze zin lijkt bij het begrip 'horizontale sturing' sprake van een contradictie in terminis. Voor verheldering van dit begrip, zie kader 6.

Van Waarden, die eerder wezen op de problemen die veranderingen in governance met zich mee kunnen brengen in termen van bestuurbaarheid, verantwoording en legitimiteit: "new mechanisms need to be introduced to guard the guardians, to control the regulators" (Van Kersbergen & Van Waarden, 2004, pp. 161-162). Volgens Klijn verdient de politieke gezagsdrager in zijn rol als netwerkmanager speciale aandacht omdat deze, "veeleer actor onder de actoren dan de grote leider", te weinig daadkrachtig kan overkomen. Dit staat volgens hem op gespannen voet met de spelregels van de huidige 'dramademocratie', waarmee onder meer socioloog Elchardus duidt op de verleiding om, vanwege de nieuwsaarde bij het aankondigen van beleid, te scoren via communicatie in plaats van echte maatregelen te nemen (Klijn, 2008a, pp. 27, 23).

Governance en sturing

Kader 6

De literatuur over governance is zeer uitgebreid en daarbij blijkt dat dit concept nogal diffuus is en vele ladingen dekt.⁵⁷ Stoker (1998) concludeert:

Reviews of the literature generally conclude that the term – governance – is used in a variety of ways and has a variety of meanings (Rhodes, 1996; Stoker, 1997). There is, however, a baseline agreement that governance refers to the development of governing styles in which boundaries between public and private sectors have become blurred. The essence of governance is its focus on governing mechanisms which do not rest on recourse to the authority and sanctions of government. (Stoker, 1998, p. 17)

Volgens Van Kersbergen en Van Waarden (2004, pp. 144-152) hebben de verschillende benaderingen de volgende kenmerken gemeen: een pluricentrische benadering, netwerken spelen een belangrijke rol en hiërarchische relaties zijn niet belangrijk of afwezig. De nadruk ligt op het proces in plaats van op structuren.

Met het begrip governance wordt niet alleen bedoeld op een bepaald type (horizontale) relaties en processen, maar onder meer ook op de sturing van dergelijke relaties.⁵⁸ Hoewel dit een

57. Jessop wees in 1995 op de toen al grote verscheidenheid aan theoretische bronnen: naast de nieuwe institutionele economie die eerder in dit hoofdstuk aan de orde kwam, betreft dit onder meer internationale betrekkingen, organisatie- en ontwikkelingsstudies, politieke wetenschappen en bestuurskunde (in: Stoker, 1998, p. 18). Hirst (2000, pp. 14-18) beschrijft vijf typen interpretatie van de term governance. Van Kersbergen en Van Waarden (2004, pp. 144-152) tellen negen benaderingen in de governanceliteratuur, waaronder economic governance en new public management, waarbij netwerken een belangrijke rol spelen en hiërarchische relaties minder belangrijk of afwezig zijn. Treib, Bähr en Falkner (2007, p. 11 e.v.) constateren eveneens een grote verscheidenheid aan opvattingen van het begrip governance en bepleiten de context te verhelderen waarin auteurs werken. Ze ontwikkelden daartoe een typologie voor het classificeren van (veranderingen in) governance, waarbij de focus ligt bij de politieke, de institutionele dan wel de beleidsmatige dimensie. Klijn noemt governance "zo ongeveer de nieuwe consensus in de bestuurskunde" en wijst op "een explosie in wetenschappelijke artikelen" (2008a, pp. 11-12).

58. Van Kersbergen en Van Waarden (2004, pp. 152-155) constateren verschuivingen van governance in verticale en horizontale richting. Centraliseren en decentraliseren noemen zij verticale veranderingen. Horizontaal noemen zij veranderingen van de uitvoerende en wetgevende naar de rechterlijke macht, van publieke naar semipublieke (toezicht)organisaties, van markt naar hiërarchieën en interorganisatiele netwerken, van competitieve markten naar monopolies, van aandeelhouder naar management control.

contradictio in terminis lijkt, wordt hiervoor de term horizontale sturing gebruikt (Klijn, 2008a, p. 10; Blom & Schillemans, 2010). Ter onderscheiding van verticale (hiërarchische) sturing worden als onderscheidende kenmerken voor horizontale sturing genoemd dat sprake is van (1) gelijkwaardigheid en wederkerigheid, (2) nevenschikte in plaats van ondergeschikte actoren, en (3) onderlinge gedragsbeïnvloeding via onderhandeling (Blom & Schillemans, 2010, p. 343). De netwerkbenadering (NWB) wordt vaak voorgesteld als een alternatief voor hiërarchische overheidssturing (Torenvlied, 2012, p. 19), zie verder paragraaf 2.4.

Ook Torenvlied gaat in zijn oratie (2012) in op de rol van de netwerkmanager, maar noemt daarnaast andere bestuurskundige netwerkbenaderingen die zich, deels onder aan governance gelinkte labels,⁵⁹ richten op mengvormen van markt- en overheidssturing. In deze verschillende netwerkbenaderingen zijn de afstemming, coördinatie en samenwerking tussen organisaties in de publieke sector onderwerp van studie. Daarbij wordt het verband onderzocht tussen enerzijds ofwel (de structuur van) het interorganisationale netwerk ofwel (de activiteit van) de netwerkmanager en de prestaties van dat netwerk anderzijds. Een derde netwerkbenadering richt zich op het *proces*, waarbij de aandacht uitgaat naar de strategieën van publieke managers en het vertrouwen dat zij hebben in andere participanten (Torenvlied, 2012, p. 6). Torenvlied constateert een zeker optimisme over netwerken in de publieke sector. Toekomstig netwerkonderzoek moet zich volgens hem niet alleen op de mogelijke verbetering van publieke dienstverlening richten, maar ook de risico's van eventuele verslechtering daarvan onderkennen. Daarnaast is volgens hem weinig systematisch onderzoek beschikbaar naar de condities waaronder "perverse" en "paradoxe" effecten optreden van coördinatie en samenwerking tussen publieke organisaties, die (theoretisch) samenhangen met belangentegenstellingen tussen organisaties, opportunistisch gedrag van actoren en kosten van samenwerking (Torenvlied, 2012, p. 12).

De WRR, tot slot, vraagt aandacht voor "het proces waarin markten vorm krijgen en publieke belangen gesignaleerd, gearticuleerd, afgewogen en uiteindelijk daadwerkelijk behartigd dan wel afgewezen worden" (2012, p. 13, oorspronkelijke nadruk) en constateert tegelijkertijd dat "maatschappelijke ordening onmiskenbaar een politiek proces [is]. Er dienen zich normatieve vragen aan: welke publieke belangen behoren behartigd te worden en welke verantwoordelijkheidsverdeling tussen markt, overheid en samenleving is wenselijk?" (WRR, 2012, p. 161). Tussen de vragen wat als publiek belang dient te worden aangemerkt en hoe dit te realiseren, tussen beleidsvorming en -uitvoering, bestaat in de praktijk volgens de WRR meer wisselwerking dan vaak vooraf wordt gedacht (2012, pp. 161-163).

De overkoepelende verantwoordelijkheid van de overheid richt zich op het scheppen van voorwaarden voor het goed verloop van het proces, dat wil zeggen het bevorderen en zo nodig afdwingen dat de daarvoor benodigde competenties en legitimiteit aanwezig zijn. Daarnaast kan zij ook tal van andere rollen vervullen. Soms zal zij de regie voeren, in andere gevallen zal zij ook een van de spelers zijn. (WRR, 2012, pp. 13, 164).

59. "Conceptuele labels voor de NWB zijn 'network governance', 'governance networks', 'public networks', 'collaborative networks', 'network collaboration', 'network management', 'managerial networking' en 'networking'" (Torenvlied, 2012, p. 19).

Concluderend kan worden vastgesteld dat de bestuurskundige literatuur over netwerken en de daarmee samenhangende wijze van sturing, voldoende aanleiding en aanknopingspunten biedt om de stelselwijziging fz te onderzoeken. Een belangrijke aanleiding voor de overheveling was te voorzien in de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen. De reguliere zorg en fz bestaan uit een groot aantal actoren, met diverse belangen en afhankelijkheden, die allen (tenminste) op kwaliteit door het ministerie van VWS worden aangestuurd en sommigen (wat betreft de fz) ook door het ministerie van Justitie. De al dan niet hiërarchische afstemming, coördinatie en samenwerking tussen organisaties in de publieke sector is onderwerp van studie van de NWB, evenals de relatie tussen het netwerkmanagement en de activiteit van de netwerkmanager enerzijds en de prestaties van dat netwerk anderzijds (Klijn, 2008a; Torenvlied, 2012).⁶⁰ Nagegaan zou kunnen worden of de eerder geconstateerde verschillen in sturing tussen de ministeries van VWS en Justitie (zie paragraaf 1.1) zijn te relateren aan inzichten uit de NWB. De invulling van fz als publiek belang, ofwel de formulering van de 'wat'-vraag (Klijn, 2008a; WRR, 2012), kan bovendien een relevante aanvullende invalshoek vormen naast de economisch georiënteerde 'hoe'-vraag: hoe dit publiek belang doelmatig te realiseren (Wolfson, 2001).⁶¹ Gelet op de aangehaalde literatuur is aandacht gewenst voor de wijze waarop conflicten binnen een netwerk kunnen worden opgelost en voor 'perverse' en 'paradoxe effecten' van samenwerking (Van Kersbergen & Van Waarden, 2004; Fabbricotti, 2007; Klijn, 2008a; Torenvlied, 2012; WRR, 2012). Door hieraan aandacht te besteden zou onderzoek naar de effecten van de (veranderde) sturing op het terrein van fz ook vanuit bestuurskundige invalshoek wetenschappelijk relevant kunnen zijn.

1.2.4 Samenhang en weging

In het voorgaande is gebleken dat de verschillen in sturing vanuit economische, staatsrechtelijke en bestuurskundige invalshoek zijn te benaderen. Hoe verhouden deze verschillende invalshoeken zich tot elkaar? In verband met verdere positionering wordt een uitstapje gemaakt naar de Nederlandse (beleids)praktijk.

In de Nederlandse parlementaire democratie bepaalt uiteindelijk de politieke

60. Hoewel het begrip NWB tot dusverre evenmin nauwkeurig is afgebakend, wordt deze term in het vervolg van deze studie gehanteerd in plaats van het ruimere begrip governance, ter onderscheiding van de economische invalshoek die zoals eerder aangegeven (deels) tot de governanceliteratuur wordt gerekend.

61. "Economie gaat over middelen, niet over doelen" . . . "Spelregels uit de theorie van de economische politiek zijn dat de econoom (1) de doelen van anderen respecteert en zich richt op onderzoek naar mogelijke instrumentaties daarvan [vanuit het uitgangspunt dat de maatschappij greep moet hebben op het bestuur] . . . (2) in zijn onderzoeksprogramma de onvermijdelijke subjectieve elementen expliciteert en ter discussie stelt in het wetenschappelijk forum (3) empirisch toetsbare, weerlegbare en nagenoeg geobjectiveerde inzichten te verschaffen in de doelmatigheid van de maatschappelijke ordening, teneinde de afweging van dat criterium met andere criteria van goed bestuur mogelijk te maken" (Wolfson, 2001, pp. 11, 85-87).

volksvertegenwoordiging, of preciezer gezegd de Staten-Generaal als wetgever, wat overheidstaken zijn.⁶² Of een bepaalde activiteit als taak van de overheid wordt gezien – waarvoor een budget en dus belastinggeld wordt vrijgemaakt – wordt uitgemaakt in een aan de rijksbegroting gekoppeld en onder meer in de Comptabiliteitswet 2001 (Cw 2001, Stb. 2002, 413) vastgesteld besluitvormingsproces, waarbij de meerderheid van de stemmen van volksvertegenwoordigers doorslaggevend is. In dit in artikel 105 van de Grondwet verankerde besluitvormingsproces spelen inhoudelijke en financiële argumenten een rol naast ideologische, partijpolitieke en strategische overwegingen. Welke argumenten geven echter de doorslag?

In het begin 2013 uitgebrachte kabinetsstandpunt inzake de marktordening zegt de regering de verhouding tussen de markt en de overheid op de resultaten te beoordelen en noemt daarbij twee direct belanghebbenden (EK, 2012-2013b, p. 8): "Het uitgangspunt van het kabinet is om de rolverdeling tussen markt en overheid resultaatgericht te bezien. Hierbij staat voorop welke wijze van ordening van een sector het meeste oplevert voor burgers en bedrijven". Aanleiding waren het eerdergenoemde advies van de WRR over de vraag hoe publieke belangen in een verander(en)de omgeving geborgd kunnen worden (WRR, 2012) alsmede het onder auspiciën van de Eerste Kamer uitgevoerde parlementaire onderzoek naar privatisering en verzelfstandiging van overheidsdiensten (EK, 2012-2013c). Hoewel dit uitgangspunt dus niet gold ten tijde van de overheveling of met terugwerkende kracht van toepassing verklaard kan worden op de beslissing daartoe, draagt het voor toekomstige (politieke) afwegingen wel een helder richtinggevend criterium in zich en laat het zien welke actoren daarbij (tenminste) in het oog moeten worden gehouden: burgers en bedrijven. Dit beleidsuitgangspunt wordt hier gebruikt als maatschappelijk criterium om de verhouding van de theoretische invalshoeken te bepalen en (daarmee) de verdere uitwerking van de onderzoeksopzet.

De economische invalshoek vormt daarmee de basis voor dit onderzoek, omdat deze zich bij uitstek leent voor een vergelijking van de ordening van de fz voor en na de overheveling in termen van 'harde' resultaten, zoals (verschillen in) hiermee gemoeide collectieve uitgaven en de doelmatigheid daarvan. Een dergelijke analyse sluit aan op belangrijke thema's in de economische literatuur en ligt ook praktisch gesproken voor de hand in tijden van financiële krapte en, meer specifiek, van sterk gestegen zorguitgaven (Dertiende Studiegroep Begrotingsruimte, 2010). De vraag waarom verschillende publieke organisatievormen bestaan en welke effecten deze hebben, is relevant en analoog aan de vraag waarom (verschillende typen) bedrijven bestaan (Coase, 1937; Williamson, 1979). 'De publieke sector' bestaat immers niet en een vergelijking tussen publieke en private organisatievormen is in die zin een niet te verantwoorden vereenvoudiging van het debat (Boorsma & Künneke, 1989, pp. 325, 335). Waarom vindt (anders) in de praktijk een overheveling plaats van de fz van de ene naar

62. Dit betreft de formele vaststelling, waarbij wordt onderkend dat dit een vereenvoudigde weergave is van de werkelijkheid. De weg waarlangs (feitelijk en idealiter) helderheid ontstaat over wat als publiek belang moet worden aangemerkt en welke rollen de overheid daarbij toekomt, is onderwerp van studie en debat (WRR, 2012, pp. 11-16), zie ook subparagraaf 1.2.3.

een andere minister? Zijn eerdergenoemde verschillen in sturing tussen VWS en Justitie en daarmee samenhangende bevoegdheden (AWBZ versus rijksbegroting) uit te drukken in termen van property rights? En wat valt daar op grond van de PRT van te verwachten? Daarnaast is het theoretisch interessant om te onderzoeken of zich bij een 'teggestelde verzelfstandiging' in de praktijk ook tegengestelde effecten voordoen, bijvoorbeeld doordat sprake is van hogere transactiekosten en daarmee van minder efficiëntie.

Een puur economische analyse gericht op 'hoe het publiek doelmatig te dienen', is echter beperkt omdat de 'wat'-vraag hierbij buiten beschouwing blijft (zie ook Wolfson, 2001). Om die reden lijkt het zinvol op basis van de NWB na te gaan hoe en welke publieke waarden (doelen)⁶³ worden geformuleerd en (idealiter en feitelijk) gerealiseerd. De mate waarin via horizontale versus verticale sturing ruimte wordt geboden aan actoren, hoe eventuele conflicten (kunnen) worden opgelost en onder welke condities verbetering of verslechtering van de publieke dienstverlening of andere effecten optreden, zijn relevante en actuele onderwerpen van netwerkonderzoek. Op het terrein van de fz biedt de NWB een potentieel waardevolle aanvullende invalshoek vergeleken met (enkel) een economische benadering, gelet op de eerdergenoemde culturele verschillen, verschillen in sturing tussen VWS, Justitie en het veld, en op de omstandigheid dat op dit terrein belangenbehartigende brancheorganisaties – zoals GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) – actief zijn en mogelijk een gelegenheid hebben om voor of achter de schermen invloed uit te oefenen op de formulering van publieke waarden of de uitvoering daarvan.

Een combinatie van beide invalshoeken lijkt derhalve aangewezen. De vernieuwing of nuancering die de combinatie van invalshoeken met zich mee kan brengen is van belang, omdat "waar discussies gevoerd werden op basis van (door economische of politieke theorieën geleide) normatieve ideaalbeelden van de verhoudingen tussen markten, overheid en samenleving, zij al snel tot herhalingen van zetten [leidden]" (WRR, 2012, p. 12). De juridisch-staatsrechtelijke invalshoek, tot slot, is minder prominent en heeft voornamelijk betrekking op (mogelijke) verschillen in ministeriële verantwoordelijkheid die via property rights aan de orde kunnen komen.

1.3 Probleemstelling en onderzoeksvragen

De overheveling per 1 januari 2007 van de ministeriële verantwoordelijkheid en het budget voor fz vanuit VWS (het AFBZ) naar (de begroting van) Justitie veranderde de verhouding tussen de overheid (ministeries van VWS en Justitie), de (private en publieke) zorgaanbieders, toezichthoudende organisaties en de direct belanghebbenden (justitiabelen die fz nodig hebben). Tabel 1.2 geeft een samenvattend overzicht van enkele bestuurlijke kenmerken in de fz voor en na de stelselwijziging.

63. (Mede) vanwege het equivalentiebeginsel is het bijvoorbeeld relevant na te gaan wat het doel van behandeling is en of dit na de stelselwijziging is veranderd.

Tabel 1.2 Bestuurlijke kenmerken fz-domein in de onderzoeksperiode

Kenmerk	Vóór stelselwijziging	Na stelselwijziging
(Eind-)verantwoordelijk	Minister van VWS	Minister van Justitie
Coördinerende organisatie	CVZ	DForZo van DJI
Beheersstructuur coördinerende organisatie	Zelfstandig bestuursorgaan	(Onderdeel van) agentschap DJI
Ministeriële verantwoordelijkheid	Beperkt	Volledig, op casusniveau
Bekostigingsgrondslag	AWBZ	Ibfz (in afwachting van Wfz)
Onderdeel van rijksbegroting (parlementair budgetrecht)?	Nee (sociaal fonds AFBZ/ Flz) ⁶⁴	Ja (justitiebegroting)
Omvang fz-budget herkenbaar?	Nee	Ja (justitiebegroting)
Sturing	Meer decentraal ⁶⁵	Meer centraal
Domein van sturing	Zorgketen	Strafrecht- en zorgketen

Tabel 1.2 maakt duidelijk dat dit (tenminste) leidde tot een verandering van de direct verantwoordelijke minister, tot een verruiming van de ministeriële verantwoordelijkheid en van het parlementair budgetrecht,⁶⁶ tot een minder zelfstandige positie van de intermediaire coördinerende uitvoeringsorganisatie (agentschap in plaats van zbo) en tot een meer centrale sturing vanuit de strafrechtketen met behoud van enige sturing vanuit de zorgketen. De minister van VWS behoudt namelijk zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de fz (zie paragraaf 1.1).

In paragraaf 1.1 komt naar voren dat de overheveling van de ministeriële verantwoordelijkheid in 2007 op het fz-terrein heeft geleid tot vele veranderingen die als stelselwijziging kunnen

64. Zie VWS-begroting: "Bij de begrotingsuitgaven zijn we zelf belast met de uitvoering en voeren we zelf het beheer over de bij de begroting beschikbaar gestelde middelen. . . . Bij de zorguitgaven is dat anders; hieraan liggen individuele beslissingen van de bij zorg betrokken partijen ten grondslag (patiënten/ consumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars" (TK, 2005-2006h, p. 3).

65. De sturing van fz kent voor de stelselwijziging centrale en decentrale kenmerken. Op centraal niveau vindt sturing op hoofdlijnen plaats van het aanbod ("de minister van VWS heeft een verantwoordelijkheid ten aanzien van het systeem van (markt)ordering, sturing en toezicht waarbinnen de partijen in de zorg zelf hun verantwoordelijkheid kunnen nemen". Voor de zorguitgaven is een plafond vastgesteld in het Budgettair Kader Zorg (TK, 2005-2006a, pp. 82, 166). De zorginkoop vindt regionaal plaats door zorgkantoren . . . of door particulieren (via persoonsgebonden budgetten) (TK, 2005-2006g, pp. 29-30). De afstemming van vraag en aanbod vindt daarmee decentraal plaats.

66. Een minister heeft conform artikel 1, lid a van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen bij het aansturen van een zbo geen hiërarchische bevoegdheden en daarmee minder bevoegdheden dan bij een agentschap. In het verlengde daarvan geldt voor het parlement hetzelfde, zie subparagraaf 1.2.2 voor een beschouwing van de reikwijdte van de ministeriële verantwoordelijkheid.

worden betiteld, maar dat tot dusverre niet is onderzocht welke veranderingen zich sindsdien hebben voorgedaan in de sturingsrelaties op dit terrein tussen de ministeries van VWS en Justitie enerzijds en het veld anderzijds. Evenmin is onderzocht in hoeverre de bij de stelselwijziging beoogde effecten (meer samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen, beter te dragen verantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor de uitvoering van een vonnis, vermindering van capaciteitsproblematiek en kostenbeheersing) inmiddels zijn gerealiseerd.⁶⁷ Hierdoor is bijvoorbeeld ook niet duidelijk of bepaalde effecten voor de ene actor (zoals de minister van Justitie of de belastingbetalende burger) gunstig zijn, maar voor de andere actor (zoals de zorgbehoevende justitiabele) ongunstig.

Gelet op het nationaal en internationaal aanvaarde equivalentiebeginsel, dat inhoudt dat zorg aan justitiabelen gelijkwaardig dient te zijn aan zorg in de vrije samenleving, dienen voor de fz dezelfde waarborgen te gelden als in de reguliere zorg. Vanwege dit beginsel wordt in deze studie aangesloten bij de gebruikelijke prestatiecriteria (publieke waarden) in de zorg (bijvoorbeeld TK, 2005-2006g, pp. 18-20; Schut & Rutten, 2009, p. 307; NZa, 2012a; Van den Berg et al., 2014, p. 16; TK, 2015-2016a, p. 143), namelijk kwaliteit, toegankelijkheid, kosten (ook wel aangeduid als betaalbaarheid)⁶⁸, en doelmatigheid van fz als te beschrijven en te verklaren prestaties. Doelmatigheid betreft een samengestelde variabele en wordt opgevat als de verhouding tussen de kosten, het volume en de kwaliteit van fz, de sturing van het systeem daarbij inbegrepen. Toegankelijkheid en equivalentie worden als afzonderlijke systeemprestaties beschouwd (zie verder paragraaf 4.4). De met de stelselwijziging beoogde effecten komen in de context van deze prestatiecriteria aan de orde.⁶⁹ Vanwege het equivalentiebeginsel is het zinvol de ontwikkelingen bij de fz niet alleen voor en na de stelselwijziging (intertemporeel) te onderzoeken, maar voor zover haalbaar ook (cross-sectie) te vergelijken met een (deels) vergelijkbaar deelterrein in de reguliere zorg, namelijk de ggz.⁷⁰ Gelet op het voorgaande, is het doel van deze studie derhalve zowel de effecten na de stelselwijziging vast te stellen als na te gaan of en hoe deze zijn te relateren aan deze verandering van sturing. De eerder geformuleerde voorlopige probleemstelling (paragraaf 1.1) wordt als volgt aangescherpt.

67. In de Wfz, artikel 8.1, is een evaluatiebepaling opgenomen (Stb. 2018, 38).

68. Betaalbaarheid van zorg betreft uitgaven op macroniveau (de relatieve omvang van zorg in de overheidsuitgaven). Aan betaalbaarheid op microniveau wordt in het kader van toegankelijkheid van zorg (via de eigen bijdragen van patiënten) aandacht besteed (bijvoorbeeld NZa, 2012a, 2013a, 2014a, 2016a).

69. Bij kwaliteit kan worden gedacht aan de samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen en aan het tijdig en volledig uitvoeren van vonnissen, bij toegankelijkheid aan schaarsteproblematiek (wachlijsten) en bij kosten (betaalbaarheid) aan kostenbeheersing.

70. In verband met de haalbaarheid van het onderzoek wordt voornamelijk op één van de met de fz vergelijkbare reguliere deelterreinen (ggz, vz, vgz) ingezoomd, namelijk de ggz. De met de reguliere ggz vergelijkbare fz (FPC, FPK, FPA) betreft het overgrote deel van de fz (zie figuur B.5 in bijlage 2). Voor een beschrijving van de overeenkomsten en verschillen in regulering, financiering, handhaving en toezicht van fz in vergelijking met die van de reguliere ggz, zie Bouman et al. (2012, pp. 16-21).

Probleemstelling

(Hoe) leidt de verandering van sturing van forensische zorg na de stelselwijziging in 2007 tot veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van deze zorg en hoe verhouden deze veranderingen zich tot het equivalentiebeginsel?

Uit de literatuurverkenning eerder in dit hoofdstuk valt op te maken vanuit welke theoretische stromingen in de economische en bestuurskundige literatuur naar veranderingen in sturing kan worden gekeken. Subparagraaf 1.2.1 laat zien dat vanuit de economische literatuur redenen worden aangevoerd voor overheidsingrijpen wanneer 'de markt faalt', zoals bij de zorg sinds Arrows (1963) wordt onderkend, maar dat geen standaardoplossingen bestaan voor de manier waarop dit ingrijpen idealiter plaatsvindt. De overheveling van de fz van VWS – de AWBZ – naar (de begroting van) Justitie kan worden opgevat als een bewuste (visible hand) verandering van instituties om het gedrag van actoren zoals zorgverleners te beïnvloeden. In deze studie wordt, vrij naar Wolfson (2001, p. 78), deze bewuste verandering van instituties om het gedrag van actoren te beïnvloeden opgevat als sturing.⁷¹

De nieuwe institutionele economie kent verschillende theorieën, waarvan met name de PRT en de PAT bruikbaar lijken om de effecten van de veranderingen in sturing (governance) op het terrein van de fz te onderzoeken.⁷² De eindverantwoordelijke minister (van VWS vóór de stelselwijziging en van Justitie erna) wordt daarbij beschouwd als een actor met bepaalde property rights die verondersteld worden invloed te hebben op diens economische activiteit en als principaal waarvan de sturingsrelaties met de actoren in het zorgveld (agenten) voor en na de stelselwijziging kunnen worden onderzocht. In de nieuwe institutionele economie staan bij de vergelijking van verschillende arrangementen met name de verschillen in transactiekosten centraal, maar bepalen de gezamenlijke effecten op de productie- en transactiekosten de keuze voor een arrangement (Ter Bogt, 1997, pp. 75-76; Hazeu, 2000, p. 26). Dit betekent dat zowel (veranderingen in) de kosten van sturing van een systeem (transactiekosten) als de productiekosten ervan dienen te worden vergeleken. Transactiekosten kunnen daarnaast worden opgevat als aanduiding voor marktfalen (Arrow, 1977, pp. 68-69).⁷³ Aangezien

71. Wolfson (2001, p. 78) beschrijft sturing als "het bewust beïnvloeden van situaties en ontwikkelingen". In deze studie wordt de (verandering van) sturing beperkt tot het systeem (van de fz) als zodanig en blijft de sturing van ontwikkelingen of situaties buiten dat systeem buiten beschouwing.

72. Een derde belangrijke theoretische stroming in de nieuwe institutionele economie is eerdergenoemde TKT (bijvoorbeeld Williamson, 1979, 1981, 1991). Toepassing daarvan zou het vizier richten op de vraag of het doelmatiger is als de minister fz laat inkopen dan wel deze binnen de eigen organisatie laat uitvoeren. In de praktijk hebben zich wat betreft verzelfstandigen of inkopen van zorg de afgelopen jaren echter nauwelijks (verzelfstandiging van een enkele FPC) veranderingen voorgedaan, waardoor dergelijke effecten alleen theoretisch en niet empirisch kunnen worden onderzocht (de verzelfstandiging van fpc is geëvalueerd door Groenendijk, De Vries & Svensson, 2011). Om die reden en vanwege de haalbaarheid van het onderzoek waarin reeds drie theoretische benaderingen (PRT, PAT en NWB) zijn begrepen, valt de TKT buiten het bestek van deze studie. Buiten het kader van principaal-agentrelaties wordt evenmin afzonderlijke aandacht besteed aan de public-choicebenadering.

73. Arrow gebruikt het begrip transactiekosten in plaats van marktfalen omdat dat volgens hem een te absoluut begrip is: "Market failure is not absolute; it is better to consider a broader category, that of

economie over een doelmatige besteding van middelen gaat en niet over de na te streven doelen (Wolfson, 2001, p. 11), staat in de economische invalshoek het verschaffen van inzicht in de doelmatigheid van de veranderde maatschappelijke ordening voorop, ter afweging van andere criteria van goed bestuur (Wolfson, 2001, p. 87).⁷⁴

De bestuurskundige netwerkbenadering ofwel NWB biedt een aanvullende invalshoek om de stelselwijziging te bestuderen vanuit het perspectief van de kenmerkende (horizontale) wijze van sturing. Vergeleken met de traditionele hiërarchische (verticale) sturing wordt horizontale sturing gekenmerkt door (1) gelijkwaardigheid en wederkerigheid, (2) nevengeschikte in plaats van ondergeschikte actoren, en (3) onderlinge gedragsbeïnvloeding via onderhandeling (Blom & Schillemans, 2010, p. 343). De eindverantwoordelijke minister wordt daarbij opgevat als actor in een netwerk van actoren. In de literatuur over de NWB bestaat een zeker optimisme over de samenwerking in netwerken, maar wordt ook aandacht gevraagd voor de publieke waarden die met netwerken worden nagestreefd (Van Kersbergen & Van Waarden, 2004; Klijn, 2008a; WRR, 2012), ofwel de 'wat'-vraag, naast conflictmechanismen die (kunnen) worden gehanteerd (Van Kersbergen & Van Waarden, 2004; Fabbriotti, 2007; Klijn, 2008a; WRR, 2012).

De stelselwijziging fz in 2007 biedt daarmee voldoende aanleiding en mogelijkheden om, in het licht van de genoemde theoretische benaderingen, de verandering in overheidssturing te bestuderen. De bewuste verandering van instituties om het gedrag van actoren op het fz-terrein te beïnvloeden, wordt daarbij opgevat als sturing. Hierdoor kan sturing zowel het individueel (management)niveau als een hoger abstractie(systeem)niveau betreffen. De PRT wordt beschouwd als de theoretische achtergrond voor de motivatie van een actor om te sturen of te handelen. De PAT en de NWB worden beschouwd als alternatieve theoretische benaderingen om na te gaan hoe een actor effectief kan sturen en welke factoren daaraan bijdragen. Door inzichten uit de nieuwe institutionele economie over belangen en sturingsrelaties tussen actoren te combineren met de bestuurskundige NWB (Klijn, 2008a; Torenvlied, 2012), vindt de bepleite interdisciplinaire benadering plaats bij het noodzakelijk geachte vervolgonderzoek naar institutionele veranderingen (Dixit, 2009, p. 19; WRR, 2012, p. 12). Hoewel de doelmatigheid van de veranderde maatschappelijke ordening van fz in deze studie de primaire invalshoek vormt, komen vanwege het equivalentiebeginsel en door aandacht te besteden aan thema's uit de NWB (publieke waarden en conflictmechanismen) in

transaction costs, which in general impede and in particular cases completely block the formation of markets" (Arrow, 1977, pp. 68-69).

74. Naast doelmatigheid noemt Wolfson vier criteria waarvoor het openbaar bestuur politiek draagvlak moet vinden en behouden, te weten algemene rechtsbeginselen (rechtsgelijkheid, rechtszekerheid en rechtmatigheid), sociale rechtvaardigheid (verdeling van kennis, informatie en macht), doeltreffendheid (de goede dingen doen, die werken) en duurzaamheid (houdbaarheid op termijn). De toegankelijkheid en kwaliteit van de fz zijn in de context van zorg gebruikelijke prestatiecriteria. In combinatie met het equivalentiebeginsel zijn deze tevens te beschouwen als indicatoren voor (verschillen in) rechtsgelijkheid (één van de algemene rechtsbeginselen en daarmee onderdeel van een tweede criterium van goed bestuur).

bepaalde mate ook (aspecten van) andere criteria voor goed bestuur aan de orde, zoals rechtsgelijkheid, doeltreffendheid en sociale rechtvaardigheid.⁷⁵

Figuur 1.2 illustreert de theoretische uitwerking van de probleemstelling, waarbij de stelselwijziging leidt tot een verandering van property rights van actoren en tot een verandering van sturing. Dit laatste heeft betrekking op twee elementen, namelijk de centralisatie van sturing en de sturing vanuit Justitie en VWS ofwel vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen. Verondersteld wordt dat deze verandering van sturing leidt tot een verandering van gedrag van actoren, wat veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en daarmee in de doelmatigheid van fz (sturing daarvan inbegrepen) tot gevolg kan hebben. Uit de literatuur over de PRT, de PAT en de NWB kan worden afgeleid welke factoren daarbij een rol spelen ofwel, anders gezegd, hoe het gedrag van actoren verandert als gevolg van de verandering van property rights en van de wijze van sturing. De veranderingen in kwaliteit en toegankelijkheid van de fz worden (mede) gezien vanuit het principe van equivalentie met de reguliere zorg. Veranderingen in transactie- en productiekosten worden, in samenhang met kwaliteit en toegankelijkheid van fz, gezien als indicatoren voor (verandering van) de doelmatigheid van het stelsel van fz. Verschillen in de effectiviteit van fz, zoals veranderingen in strafrechtelijke recidive, vallen echter buiten het bestek van deze studie. Behalve de (te) lange termijn waarop recidive-effecten zichtbaar (kunnen) worden, is het problematisch om recidivecijfers enkel toe te rekenen aan fz aangezien recidive van meer factoren in de strafrechtketen (zoals screening, gedragsinterventies, nazorg, toezicht) afhankelijk is (Wartna, Bregman, Schapers, Blom & Boonmann, 2014, p. 5; Wartna, Tollenaar, Verweij, Alberda & Essers, 2016, p. 8).

75. Drie van de in de vorige noot aangehaalde criteria van goed bestuur komen (beperkt) aan de orde. De aandacht voor het equivalentiebeginsel hangt samen met aandacht voor rechtsgelijkheid. Aandacht voor verandering van doelen (publieke waarden) hangt samen met het doen van de goede dingen en daarmee met doeltreffendheid. Aandacht voor verandering van conflictmechanismen is gerelateerd aan de verdeling van macht en daarmee aan sociale rechtvaardigheid.

Figuur 1.2 Probleemstelling

Het maatschappelijke doel van deze studie is derhalve om inzicht te verschaffen in de doelmatigheid van de maatschappelijke ordening van de fz, om de prestaties daarvan te vergelijken met de reguliere zorg en op basis daarvan waar mogelijk de fz te verbeteren. Vanwege de gerichtheid op dit leereffect is aan deze focus op theoretische benaderingen de voorkeur gegeven boven een benadering, waarin de destijds gehanteerde beleidstheorie wordt gereconstrueerd en de mate van doelbereiking daarvan geëvalueerd. Laatstgenoemde zou naar verwachting minder inhoudelijke diepgang bieden en zich vooral beperken tot achteraf terugkijken.⁷⁶ Om dezelfde reden wordt bovendien niet teruggeblikt op alle mogelijke (in)formele motieven die destijds tot de stelselwijziging zouden (kunnen) hebben geleid.

76. Voor een beschrijving van diverse typen beleidsevaluatie, zie (Bressers, 1993, pp. 165-170; Kuindersma & Boonstra, 2005, pp. 13-24).

Theoretische onderzoeksvragen:

1. Wat wordt in de property-rightstheorie verstaan onder property rights en op welke wijze zijn deze van invloed op (de motivatie van) de principaal om te sturen en op (de motivatie van) de agent om te handelen?
2. Wat wordt in de principaal-agenttheorie verstaan onder effectieve sturing door een principaal van meerdere agenten en welke factoren dragen hieraan bij?
3. Wat wordt in de bestuurskundige netwerkbenadering verstaan onder effectieve sturing van actoren en welke factoren dragen hieraan bij?

Empirische onderzoeksvragen:

4. In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) forensische zorg, vergeleken met de situatie daarvoor?
5. In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in verklarende theoretische variabelen, vergeleken met de situatie daarvoor?
6. Welke alternatieve verklaringen zijn er voor de geconstateerde veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van forensische zorg?
7. In hoeverre zijn de na de stelselwijziging geconstateerde verschillen in kwaliteit, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) forensische zorg terug te voeren op deze theoretische en alternatieve verklaringen?

De beantwoording van vragen 1 tot en met 3 vormt het theoretisch kader van deze studie en levert een theoretisch conceptueel model op van de te onderzoeken verklarende variabelen, in relatie tot de te verklaren variabelen.⁷⁷ De beantwoording van onderzoeksvraag 4 leidt tot de empirische beschrijving van de te verklaren variabelen (veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie en doelmatigheid van fz). Onderzoeksvraag 5 heeft betrekking op de verandering van sturing en betreft de empirische beschrijving van de variabelen die volgens de theorie in dat verband relevant zijn en daarmee de bij onderzoeksvraag 4 geconstateerde ontwikkelingen verklaren. De beantwoording van onderzoeksvraag 6 leidt tot het (waar mogelijk) uitsluiten van alternatieve verklaringen hiervoor. Gelet op de mogelijke relevantie voor eventuele veranderingen in de aard, omvang, kosten en daarmee doelmatigheid van fz wordt daarbij (tenminste) gekeken naar veranderingen in de aard en omvang van de (potentiële) fz-populatie, registratie- en implementatie-effecten, loon- en prijsbijstellingen en ontwikkelingen in de reguliere zorg. Het uitsluiten van dergelijke *'plausible rival explanations'* (Yin, 2014, pp. 140-142) betreft een belangrijk onderdeel van casusonderzoek en wordt in de volgende paragraaf verder toegelicht. Onderzoeksvraag 7 combineert de inzichten wat betreft relaties tussen te verklaren en verklarende variabelen.

77. Verklarende en te verklaren variabelen worden ook aangeduid als onafhankelijk en afhankelijk, ter duiding van te onderzoeken oorzaken (verklaringen) en (te verklaren) effecten (Babbie, 2010, p. 18).

1.4 Aanpak in hoofdlijnen en opbouw rapport

De probleemstelling heeft betrekking op het vaststellen en verklaren (begrijpen) van veranderingen in de prestaties van fz (effecten) in de onderzoeksperiode, gerelateerd aan het verschijnsel dat daartoe aanleiding zou geven, namelijk de met de stelselwijziging gepaard gaande verandering van sturing. Gelet op de 'hoe'-vraag daarin leent een op verklaring gericht casusonderzoek (explanatory, single-case study) zich bij uitstek hiervoor (Yin, 2014, p. 9). Met casusonderzoek wordt bedoeld op (Yin, 2014, pp. 9, 16-17, 36, 118-120):

- empirisch onderzoek dat een hedendaags verschijnsel (de casus) in zijn context onderzoekt, waarbij de grenzen tussen het te onderzoeken verschijnsel en de context niet volledig duidelijk zijn en een groot aantal variabelen wordt onderzocht (veel meer dan de aantallen data),
- op basis van vooraf geformuleerde theoretische proposities,
- met inzet van meerdere bronnen (triangulatie van data),
- waarbij diverse onderzoekstechnieken kunnen worden gecombineerd, zoals (mondelinge of schriftelijke) interviews, (secundaire) analyse van beschikbare documentatie, crossectioneel onderzoek en tijdreeksanalyse.

Het vooraf op basis van theoretische inzichten formuleren van toetsbare stellingen, verder aangeduid als (theoretische) proposities, bevordert een inhoudelijk doordachte en gerichte dataverzameling, voorkomt ongebreidelde wildlopijheid die met beantwoording van 'hoe-vragen' gepaard kan gaan en bevordert de analytische generaliseerbaarheid van bevindingen (Yin, 2014, pp. 9, 30, zie hierna). In ieder geval wat de PAT betreft, is casusonderzoek een aanbevolen strategie om meervoudige principaal-agentrelaties te onderzoeken: "future theoretical work in this area [multiple dimensions and multiple principals] should focus on specific contexts and do justice to the richness of detail in particular cases" (Dixit, 2002, p. 723). Flyvberg (2006, p. 219) ziet het breder en stelt: "Social science may be strengthened by the execution of a greater number of good case studies".

De aanleiding en keuze van het onderwerp van studie (stelselwijziging fz) impliceert dat, anders dan bij wetenschappelijk onderzoek vaak het geval is, een 'gebeurtenis in de praktijk die vragen oproept' het vertrekpunt vormt en niet zozeer een theoretisch probleem. Gevolgen daarvan zijn dat:

- een keuze moet worden gemaakt in de te bestuderen theorie(ën), in plaats van dat de theorie aanleiding geeft om een bepaald verschijnsel te onderzoeken. In deze studie zijn op grond van een literatuurverkenning (paragraaf 1.2) daartoe de PRT, PAT en NWB geselecteerd (paragraaf 1.3);
- het onderzoeksterrein vastligt, met alle mogelijkheden en beperkingen die daarmee samenhangen. Het is dus niet de bedoeling om na het ontwikkelen van het theoretisch kader en daarvan af te leiden proposities, in de toetsende fase wat dataverzameling betreft, het meest geschikte onderzoeksterrein te zoeken.

Misverstanden over casusonderzoek zijn onder meer dat dit type onderzoek (enkel) in een explorerend fase zou zijn te gebruiken en zich niet zou lenen voor generalisering (Yin, 1981, p.

62; Flyvberg, 2006, pp. 224, 229; Yin, 2014, p. 7).⁷⁸ Flyvberg (2006, p. 228) wijst echter terecht op het falsificatieprincipe van Popper waarin één empirische beschrijving van (één zwarte zwaan) volstaat om een bewering ('alle zwanen zijn wit') te kunnen ontkrachten. Wanneer een theorie bijvoorbeeld zou voorspellen dat centralisatie van sturing tot minder doelmatigheid leidt, dan is één goed onderzocht empirisch voorbeeld dat het omgekeerde het geval is, voldoende om een dergelijke theorie te ontkrachten of op zijn minst te nuanceren. Constatierend dat theorieën in de sociale wetenschap contextafhankelijk zijn en casusonderzoek (onder meer) de gelegenheid biedt om deze context in de analyse te betrekken, geeft Flyvberg (2006, p. 223) verder voorbeelden waarin strategische selectie van atypische, extreme of kritieke casussen bijdraagt aan de generaliseerbaarheid van theorieën omdat deze nieuwe of meer genuanceerde informatie (kunnen) bieden over onderliggende mechanismen. Ook Yin (2014, p. 51) noemt een ongebruikelijke ontwikkeling een van de omstandigheden waarin casusonderzoek geschikt is: "The single-case study [is] an appropriate design under several circumstances . . . having a critical, unusual, common, revelatory or longitudinal case". Aangezien de verandering (waaronder centralisatie) van sturing in het Nederlandse zorgdomein ongebruikelijk is en de daarmee gepaard gaande verschuiving van verantwoordelijkheid van VWS naar Justitie afwijkt van de internationaal aanbevolen richting (zie paragraaf 1.1), kan de stelselwijziging fz gezien worden als een atypische ontwikkeling, waarvoor casusonderzoek een geschikte onderzoeksmethode is.

Het gebruik van theorie bij casusonderzoek is gericht op de *analytische generaliseerbaarheid* van bevindingen die – anders dan statistische generalisaties ofwel het op basis van een steekproef doen van uitspraken over een populatie – bestaat uit het op basis van een casus vergroten van inzicht in en verdere ontwikkeling van (relaties tussen) theoretische concepten (Yin, 2014, pp. 40-44, 68): "the analytical generalization may be based on either (a) corroborating, modifying, rejecting or otherwise advancing theoretical concepts that you referenced in designing case studies or (b) new concepts that arose upon the completion of your case study". De proposities vormen volgens Yin (2014) de basis voor de analytische generaliseerbaarheid van bevindingen in situaties buiten de casus:

Note that the aim of an analytic generalization is still to generalize to these other concrete situations and not just to contribute to abstract theory building. Also, note that the generalizations, principles, or lessons learned from a case study may potentially apply to a variety of situations, far beyond any strict definition of the hypothetical population of 'like-cases' represented by the original case. The theory or theoretical propositions that went

78. Flyvberg (2006, p. 221) noemt, en neemt stelling tegen, vijf misverstanden: niet te generaliseren, lastig samen te vatten, niet geschikt om hypothesen te toetsen maar enkel om deze te ontwikkelen, de idee dat theoretische, context-onafhankelijke kennis waardevoller zou zijn dan concrete, praktische, context-afhankelijke kennis, en casusonderzoek zou een bias hebben naar (bevestiging van) vooropgezette bedoelingen van de onderzoeker. Yin (2014, pp. 19-22) bespreekt behalve generaliseerbaarheid als 'traditionele' zorgen: onvoldoende systematisch opgezet, ten onrechte verward met (niet goed onderbouwde) casussen in het onderwijs, vereist onbeheersbaar inspanningsniveau in duur of onderzoeksverslag, een enkele casus heeft beperkte zeggingskracht over effectiviteit van een interventie, zie paragraaf 8.3 voor de bevindingen in onderhavig onderzoek.

into the initial design of your case study, as empirically enhanced by your case study findings, will have formed the groundwork for an analytic generalization. (p. 41)

Het bestuderen van de drie theoretische benaderingen (PRT, PAT en NWB) en het op basis daarvan formuleren van proposities vormen derhalve de eerste belangrijke stap in het uitvoeren van dit casusonderzoek.

Opbouw van het rapport (leeswijzer)

Behalve dit inleidend hoofdstuk kent dit proefschrift vier delen: een theoretisch, een onderzoek voorbereidend, een empirisch en een synthetiserend deel.

In het eerste deel, het theoretische kader (hoofdstuk 2) worden de drie theoretische benaderingen ieder afzonderlijk volgens dezelfde systematiek beschreven (paragrafen 2.2 tot en met 2.4). Paragraaf 2.5 biedt vervolgens een overzicht van de verschillen en overeenkomsten tussen de drie benaderingen (subparagraaf 2.5.1), het daarvan afgeleide integrale theoretische model (subparagraaf 2.5.2) en het op de casus betrekking hebbende theoretisch onderzoeksmodel (subparagraaf 2.5.3). Het integrale conceptueel theoretisch model (figuur 2.11) vat de belangrijkste theoretische factoren samen die volgens de drie benaderingen bijdragen aan effectieve sturing van een systeem. Deze algemene inzichten worden vervolgens vertaald naar de casus, dat wil zeggen in theoretische proposities en het theoretisch onderzoeksmodel (figuur 2.12).

De hoofdstukken 3 en 4 vormen gezamenlijk deel 2 en dienen als overgang van theorie naar empirie, ter voorbereiding van het empirisch onderzoek.

Hoofdstuk 3 beschrijft de ontwikkelingen in de fz en ggz in de onderzoeksperiode, wat betreft juridisch kader, praktijk en relevante actoren op beide zorgterreinen, voor zover nodig om het empirische onderzoek vorm te kunnen geven. De onderzoeksperiode beslaat de jaren 2006 tot en met 2015, oftewel de periode kort voor de stelselwijziging in 2007 tot zo lang mogelijk daarna, om zoveel mogelijk de structurele effecten van de stelselwijziging te kunnen bepalen (paragraaf 4.1).

In hoofdstuk 4 wordt de onderzoeksaanpak uitgewerkt, en wordt in achtereenvolgende paragrafen ingegaan op de onderzoeksmethode, afbakening van onderzoeksobjecten, operationalisering van begrippen en wijze van dataverzameling.

De hoofdstukken 5, 6 en 7 vormen het empirische, derde deel van dit proefschrift en zijn (voor de met name in de praktijk geïnteresseerde lezer) zelfstandig leesbaar.

Hoofdstuk 5 beschrijft de ontwikkelingen in de fz (de te verklaren variabelen) in de onderzoeksperiode en hoofdstuk 6 gaat in op de factoren die deze ontwikkelingen kunnen verklaren (de verklarende variabelen). Daarbij wordt ingegaan op zowel theoretische als rivaliserende, alternatieve verklaringen (Yin, 2014, pp. 140-142).

In hoofdstuk 7 wordt de mogelijke invloed van deze alternatieve verklaringen op de te verklaren variabelen geanalyseerd en samenvattend gepresenteerd (paragraaf 7.2).

Vervolgens worden deze in samenhang met de theoretische inzichten, per propositie, geanalyseerd (paragraaf 7.3). Paragraaf 7.4 vat de bevindingen in hoofdlijnen samen, met

onder meer een (op figuur 2.12 gebaseerd) samenvattend overzicht van overeenkomsten en verschillen tussen de theoretisch verwachte en empirisch gevonden relaties (figuur 7.5).

Hoofdstuk 8 vormt het vierde en laatste deel en bevat een synthese van inzichten. Hierin worden de onderzoeksvragen en probleemstelling beantwoord (paragraaf 8.2) en aanbevelingen geformuleerd voor wetenschappelijk vervolgonderzoek (paragraaf 8.3). Met een terugblik op de aanleiding tot de stelselwijziging en op ontwikkelingen in en na afloop van de onderzoeksperiode, wordt vervolgens ingegaan op de stand van zaken in de fz en worden aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd (paragraaf 8.4).

DEEL 1 THEORETISCH KADER

2 Theoretische perspectieven op sturing

2.1 Inleiding

Met het oog op de bestudering van de (verandering van) sturing in het kader van de stelselwijziging fz en de ontwikkeling in dat verband van een theoretisch kader en conceptueel onderzoeksmodel, staan in dit hoofdstuk de drie theoretische onderzoeksvragen centraal.

Theoretische onderzoeksvragen:

1. Wat wordt in de property-rightstheorie verstaan onder property rights en op welke wijze zijn deze van invloed op (de motivatie van) de principaal om te sturen en op (de motivatie van) de agent om te handelen?
2. Wat wordt in de principaal-agenttheorie verstaan onder effectieve sturing door een principaal van meerdere agenten en welke factoren dragen hieraan bij?
3. Wat wordt in de bestuurskundige netwerkbenadering verstaan onder effectieve sturing van actoren en welke factoren dragen hieraan bij?

Het doel is om na te gaan welke factoren (theoretische concepten) bijdragen aan effectieve sturing van een systeem wanneer een actor (zoals de Staten-Generaal of een minister) bepaalde doelen (zoals kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, betaalbaarheid en doelmatigheid van fz) wil bereiken. Sturing wordt daarbij, vrij naar Wolfson (2001, p. 78), opgevat als een bewuste verandering van instituties om het gedrag van actoren in een systeem te beïnvloeden.⁷⁹ Dit kan zowel sturing op individueel (management)niveau als sturing op een hoger abstractie(systeem)niveau inhouden.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de voor deze studie relevante kerninhoud van de PRT, de PAT en de NWB aan de hand van de belangrijkste begrippen, de daarbij gehanteerde uitgangspunten, de theoretische redeneringen (mechanismen) in hoofdlijnen en de in het kader van deze studie relevante toepassingsgebieden. Op basis daarvan wordt per benadering geconcludeerd welke factoren (theoretische concepten) op welke wijze bijdragen aan effectieve sturing. Hoewel hierbij sprake is van een systematische en relatief uitgebreide verkenning van theoretische inzichten en empirische bevindingen wordt, gelet op de omvang van (deelterreinen binnen) deze stromingen, in dit hoofdstuk geen uitputtend overzicht bedoeld te geven van de literatuur en de hierop betrekking hebbende kritieken.⁸⁰ De literatuurverkenning

79. Met sturing wordt daarmee, in navolging van Wolfson (2001, p. 78) "een zeker doelbewustzijn bij de sturende actor en een visie omtrent de weg naar dat doel (de instrumentatie) [veronderstelt] . . . Doelbewustzijn hoeft geen rationele doelgerichtheid te zijn, want daarvoor is de problematiek vaak te complex. . . [het gaat hier] om wat Simon 'appropriate deliberation' heeft genoemd: een benul van een gewenste situatie en een verwachting dat de gekozen oplossingsrichting, organisatievorm en instrumentatie die dichterbij brengen [Wolfson 1988; Dietz 1998]".

80. Voor een beschrijving van (kritieken op) de PRT wordt verwezen naar de proefschriften van Künneke (1991, pp. 45-99), Weijnen (2010, pp. 56-62, 70-72, 210-213) en De Kruijf (2011, pp. 178-185, 415-419), die een combinatie van invalshoeken van de nieuwe institutionele economie toepassen, waaronder de PRT en de PAT. Voor een beschrijving van (kritieken op) de PAT wordt verwezen naar de

is medio 2015 afgerond. De systematische beschrijving van de PRT, de PAT en de NWB is zowel gericht op verdieping van de verkennende inzichten zoals beschreven in paragraaf 1.2 en daarmee op beantwoording van de theoretische onderzoeksvragen in enge zin (paragrafen 2.2 tot en met 2.4) als op analyse van de samenhang, overlap en verschillen tussen deze benaderingen (subparagraaf 2.5.1). Op basis van overeenkomsten in achtergrond, doel, uitgangspunten en een enkel kenmerkend verschil worden het integrale theoretisch model (subparagraaf 2.5.2), de op de casus betrekking hebbende theoretische proposities en het theoretisch onderzoeksmodel geformuleerd (subparagraaf 2.5.3). Hierin worden de theoretische verbanden geschetst tussen de in de probleemstelling genoemde verklarende variabelen – theoretische concepten in verband met de wijze van sturing – en de te verklaren variabelen kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten, en doelmatigheid van fz. In hoofdstuk 4 worden de van dit conceptuele model afgeleide proposities geoperationaliseerd binnen de context van de casus van de stelselwijziging. De empirische toetsing met het oog op analytische generaliseerbaarheid daarvan (zie paragraaf 1.4) volgt in de hoofdstukken daarna.

2.2 Effectief sturen volgens de property-rightstheorie

Onderzoeksvraag 1:

Wat wordt in de property-rightstheorie verstaan onder property rights en op welke wijze zijn deze van invloed op (de motivatie van) de principaal om te sturen en op (de motivatie van) de agent om te handelen?

Begripsbepaling

In subparagraaf 1.2.1 is aangegeven dat het in de nieuwe institutionele economie gehanteerde (economische) begrip *property right* zich niet eenduidig laat vertalen met het (juridische) begrip eigendomsrecht, noch met een ander Nederlands (juridisch) begrip.⁸¹ In de Engelstalige literatuur is ook geen sprake van een eenduidige opvatting of definiëring van het begrip *property right* (Künneke, 1991, p. 402; Williamson, 1991, p. 288; Musole, 2009, p. 52). Demsetz (1967) vestigde als een van de eerste economen de aandacht op dit begrip in zijn artikel *Toward a theory of property rights*:

When a transaction is concluded in the marketplace, two bundles of property rights are exchanged. A bundle of rights often attaches to a physical commodity or service, but it is the value of the rights that determines the value of what is exchanged. . . . Property rights are an instrument of society and derive their significance from the fact that they help a man form those expectations which he can reasonably hold in his dealings with others. These expectations find expression in the laws, customs, and mores of a society. . . . Property rights convey the right to benefit or harm oneself or others . . . specify how

proefschriften van De Vries (1992, pp. 60-78, 209-221), Neelen (1994, pp. 61-84), Tijdink (1998, pp. 45-67, 198-199), De Vries (2001, pp. 28-47, 193-195) en Tuinstra (2006, pp. 174-181, 311-312). Waar relevant wordt in dit hoofdstuk op de bevindingen ingegaan, evenals op de (kritieken op de) NWB.

81. Eigendom is een *property right*, maar het omgekeerde is niet (altijd) het geval. Het begrip *property right* is dus ruimer dan het begrip eigendom (*ownership*), zie subparagraaf 1.2.1 en hierna.

persons may be benefited and harmed, and, therefore, who must pay whom to modify the actions taken by persons. (p.347)

Property rights zijn in Demsetz' aanzet tot een theorie⁸² dus te zien als de aan een goed of dienst verbonden verwachtingen die een rechthebbende actor (zoals een principaal of agent)⁸³ kan afleiden uit de wetten, gebruiken en opvattingen in een samenleving, waaronder het recht om derden (zoals een concurrent of omwonenden) te benadelen. Hoe ver dit recht reikt, is eveneens vastgelegd in wetten, gebruiken en opvattingen. Property rights scheppen volgens Demsetz duidelijkheid in de relaties tussen een rechthebbende en derden, doordat deze de basis bieden (in een anders onzekere wereld) om verdere transacties op te baseren.

Met het concept property right bouwde Demsetz voort op het werk van Coase die zich in *The problem of social cost* (1960) – naar aanleiding van tal van rechtszaken over conflicterende belangen in verband met effecten van economische activiteiten op derden – richtte op de vraag of en hoe vanuit economisch perspectief nadelige effecten (harmful effects)⁸⁴ van het handelen van actor A op actor B gecompenseerd moeten worden. Coase (1960) bepleit daarin het recht om een goed in ruime zin op bepaalde wijze aan te kunnen wenden, als productiefactor te beschouwen, in plaats van het goed als zodanig:

We may speak of a person owning land and using it as a factor of production, but what the landowner in fact possesses is the right to carry out a circumscribed list of actions. . . . If factors of production are thought of as rights, it becomes easier to understand that the right to do something which has a harmful effect (such as the creation of smoke, noise, smells etc.) is also a factor of production. . . . The cost of exercising a right (of using a factor of production) is always the loss which is suffered elsewhere in consequence of using

-
82. De Alessi stelt later overigens terecht dat van een aparte economische theorie geen sprake is, eerder van een nieuwe variabele die van belang is om in een economische analyse te betrekken: It follows that "property rights," like transaction costs, is not a theory (it is a variable that enters economic theory); it is not a motivational force (other than in the sense that it affects the opportunity set); it does not imply that individuals act to fully maximize wealth given the limits of their property rights (its most distinguishing feature is the insistence upon the universal applicability of the utility-maximization hypothesis); it deals with all individual choices subject to constraints (including those made within business and government organizations as well as those that entail exchange); and it refers to the whole range of man-made institutional constraints (i.e., legal relationships, customs, ethics, and all conventions) (De Alessi, 1983a, pp. 843-844).
83. Aangezien de generalized theory of choice (De Alessi, 1983b) niet standaard wordt toegepast en property rights in economische analyses worden betrokken, wordt in het vervolg toch van PRT gesproken, waarmee wordt bedoeld op een uitbreiding op en daarmee onderdeel van de algemene economische theorie. Er worden twee varianten van de PRT onderscheiden: de hier beschreven 'klassieke' PRT met aandacht voor de historische en institutionele context om de juiste prikkels te leveren ('getting the incentives right') en de 'moderne' variant waarin de 'incentive structures' wiskundig worden gemodelleerd (Kim & Mahoney, 2005, p. 224; zie ook Richter, 2005).
84. Coase sprak bewust van harmful effects in plaats van het eerder geïntroduceerde begrip externalities om duidelijk te maken dat hij een andere dan de gangbare economische benadering voorstond, namelijk om deze als productiefactor te beschouwen (Coase, 1988/1990, pp. 23, 27).

that right – the inability to cross land, to park a car, to build a house, to enjoy a view, to have peace and quiet, or to breathe clean air. (p.43)

Het belang van het vaststellen van (property) rights formuleerde Coase (1960) als volgt:

since without the establishment of this initial delimitation of rights there can be no market transactions to transfer and recombine them. But the ultimate result (which maximises the value of production) is independent of the legal position if the pricing system is assumed to work without cost. (p.8)

Het tweede deel van deze conclusie was voor Stigler aanleiding een theorema te formuleren en naar Coase te vernoemen: "under perfect competition private and social costs will be equal" (Coase, 1988/1990, p. 14). Coase maakte later overigens duidelijk dat hij met dit bekende theorema door de mainstream economen niet goed is begrepen en juist had willen benadrukken dat in de praktijk rekening moet worden gehouden met het bestaan van transactiekosten⁸⁵ (Coase, 1988/1990, pp. 13-15, 157-159; 1994, pp. 10-11).⁸⁶ Zoals later in deze paragraaf blijkt, wordt in de PRT uitgegaan van positieve transactiekosten.

Furubotn en Pejovich (1972) stellen dat property rights niet zozeer betrekking hebben op de relatie tussen goederen en personen, maar op de relaties tussen personen onderling, en leggen sterk de nadruk op het gedragsregulerende aspect van property rights:

A central point is noted that property rights don't refer to relations between men and things but, rather, *to the sanctioned behavioral relations among men that arise from the existence of things and pertain to their use*. Property rights assignments specify the norms of behavior with respect to things that each and every person must observe in his interactions with other persons, or bear the cost for nonobservance. The prevailing system of property rights in the community can be described, then, as the set of economic and social relations defining the position of each individual with respect to the utilization of scarce resources. (p. 1139)

85. In de literatuur bestaat geen consensus over het begrip transactiekosten (Hazeu, 2000, pp. 73-74; voor een recent overzicht zie Musole, 2009, pp. 46-48). Furubotn en Richter (geciteerd in Musole, 2009, p. 46) illustreren de reikwijdte van het begrip met voorbeelden van transactiekosten als: (1) kosten om op de markt te handelen, zoals het voorbereiden, sluiten, naleven en handhaven van contracten, (2) kosten om een bedrijf te managen, zoals het opzetten en voeren van de organisatie, (3) kosten van een staatsinrichting (polity) van het opzetten, onderhouden, veranderen en naleven van het formele en informele politieke systeem. Transactiekosten hangen samen met property rights, doordat (hoge) positieve transactiekosten de toedeling en naleving van property rights kunnen belemmeren (Musole, 2009, pp. 59-61). Eggertson (2013, p. 2) noemt transactiekosten "de keerzijde van" het begrip property rights.

86. "De werkelijke betekenis van het Coase-theorema is niet dat er in theorie een optimale situatie haalbaar is in een wereld zonder transactiekosten, maar dat het bestaan van tal van instituties verklaard kan worden omdat er juist wél transactiekosten zijn" (Hazeu, 2000, p. 43). Van Buitelaar (2007, geciteerd in Van der Krabben, 2009, p. 2872) formuleert het preciezer en stelt terecht dat Coase het omgekeerde wilde benadrukken van wat het Coase-theorema wordt genoemd, namelijk dat bij positieve transactiekosten "it does matter how we have defined and attributed our property rights".

Latere auteurs verwijzen naar property rights als "rights to the use of resources" (De Alessi, 1980/1995, p. 2/243); "rights to control activities and their effects, which are specified by the rules of society, be they norms, regulations, or legislation, implying a privilege, granted and sanctioned by society" (Reynolds 1983, geciteerd in Collin, 2007, p. 218); "formal economic constraints" (North, 1991, p. 98); "de juridisch toegestane aanwendingsmogelijkheden van goederen" (Künneke, 1991, p. 54); "the societally accepted rights of individuals or groups of individuals to exploit assets for their benefit, with at least a partial right to exclude others" (Grafton, Squires & Fox, 2000, p. 681); "rights people have or acquire over the use of resources" (Musole, 2009, p. 54); "include rights 'not covered by law but rather by conventions . . . or other nonlegal instruments such as self-enforcement" (Furubotn & Richter, 2000:76 geciteerd in Musole, 2009, p. 52); "the legal expression of the guarantee of access to a benefit stream in the context of a given legal, political and social order. They can only apply to a 'thing' i.e. a material object." (Gerber, Knoepfel, Nahrath & Varone, 2009, p. 803); "the actual degree of control that someone has over specific dimensions of an asset . . . includes illegal and immoral rights (control) that are neither supported by law nor common moral theory" (Eggertsson, 2013, p. 2).

Uit deze literatuurverkenning kunnen zowel overeenkomsten als verschillen van opvatting over het concept property rights worden gedestilleerd. Over de volgende kenmerken bestaat impliciet of expliciet overeenstemming:

- Property rights vormen een noodzakelijke basis voor een transactie en daarmee voor economische activiteit;⁸⁷
- Property rights reguleren het gedrag tussen personen;
- De focus van property rights is gericht op de aanwendingsmogelijkheden ofwel de exploitatie van goederen of hulpbronnen.

Daarnaast bestaan de volgende verschillen van inzicht:⁸⁸

- Property rights hebben betrekking op zowel fysieke goederen als diensten of activiteiten (Coase, 1960; Demsetz, 1967; Reynolds, geciteerd in Collin, 2007) versus property rights beperken zich tot fysieke ofwel tastbare goederen (Furubotn & Pejovich, 1972; Künneke, 1991; Gerber et al., 2009);
- Property rights zijn formeel-juridisch vastgelegd (Künneke, 1991; North, 1991; Gerber et al., 2009) versus property rights zijn mede gebaseerd op niet-juridische normen en gebruiken (Reynolds, geciteerd in Demsetz, 1967; Furubotn & Pejovich, 1972; Grafton et

87. Coase stelde zelfs dat property rights niet alleen noodzakelijk maar voldoende zijn als basis voor economische activiteit:

A widely held premise was that 'A private-enterprise system cannot function properly unless property rights are created in resources, and, when this is done, someone wishing to use a resource has to pay the owner to obtain it. Chaos disappears; and so does the government except that a legal system to define property rights and to arbitrate disputes is, of course, necessary.. (Coase, 1959, p. 12, geciteerd in Williamson, 1998a, p. 28)

88. Furubotn en Richter maken onderscheid tussen absolute en relatieve property rights: "Absolute rights (which include both tangibles and intangibles) are directed at all others. Relative rights, on the other hand, give the owner power that (s)he can exercise only against one or more determined persons (Merryman, 1985)." (Musole, 2009, p. 52).

al., 2000; Collin, 2007; Furubotn & Richter 2000:76, geciteerd in Musole, 2009, p. 52; Eggertsson, 2013). Musole constateert:

The literature draws a distinction between legal and economic rights. Legal rights are rights defined by the state and recognised by law. Economic rights, on the other hand, are the ability of individuals to exercise their rights over an asset (Zhu, 2002: 42; see also De Soto, 2000, 2001: 180–183; Webster & Lai, 2003) . . . Indeed, an analysis of the modern property rights perspective indicates that, in so far as ownership (and the exercise of the rights thereof) are concerned, legal frameworks, however important they may be, are not the only defining institutions. (Musole, 2009, p. 53)

Door het ontbreken van consensus in de literatuur over het begrip property rights is eigen positionering noodzakelijk. In deze studie wordt, in navolging van Demsetz (1967), Musole (2009) en Eggertsson (2013, en gelet op het onderwerp van onderzoek, een ruime opvatting van het begrip property rights gehanteerd. Property rights zijn daarbij niet alleen op formele wetten of juridische regels gebaseerd, maar kunnen ook worden afgeleid van en hebben betrekking op algemene in een gemeenschap geldende gebruiken en opvattingen (economische rechten). Een inperking tot juridische toepassingsmogelijkheden zou weliswaar het voordeel bieden van schriftelijke vastlegging en daarmee bijdragen aan de betrouwbaarheid van de meting van dit concept, maar dit zou ten koste gaan van (een deel van) de begripsvaliditeit aangezien deze opvatting niet goed aansluit op het gedachtegoed van de nieuwe institutionele economie, waarin nadrukkelijk naast formele ook informele instituties onderwerp van onderzoek zijn (North, 1991 #409, zie ook paragraaf 1.2.1). In de politieke en ambtelijke context van deze studie zijn informele (niet-juridische) instituties bovendien mogelijk relevante aspecten van het onderwerp van onderzoek. Het in subparagraaf 1.2.2 beschreven vertrouwensbeginsel kan als voorbeeld worden genoemd van een relevante informele institutie die niet in regelgeving is opgenomen.⁸⁹

Ook in ander opzicht wordt in deze studie een ruime opvatting van het begrip property rights gehanteerd, door dit namelijk niet te beperken tot fysieke goederen, maar ook de niet-tastbare activiteiten (diensten) hiertoe te rekenen. Deze keuze past zoals hiervoor aangegeven bij een belangrijke stroming in de PRT-literatuur en wordt sterk bepaald door het onderwerp van onderzoek. De overheveling van het fz-budget impliceert immers in essentie de overdracht van een complex van activiteiten en niet van goederen.

Property rights

Property rights worden op grond van het voorgaande, vrij naar Reynolds (1983, geciteerd in Collin, 2007, p. 218) opgevat als "in regelgeving of gewoonten maatschappelijk geaccepteerde rechten van een actor (zoals principaal en agent) om een fysiek goed of dienst te exploiteren, de rechten van derden (zoals justitiabelen of burgers) met betrekking tot dat goed of dienst te

89. Dergelijke informele instituties dienen overigens voldoende helder en onomstreden te zijn, om te kunnen voldoen aan het vereiste van het bieden van een basis bij het aangaan van transacties. Op de afbakening en betrouwbaarheid van (meting van andere) informele instituties wordt later teruggekomen.

reguleren en daarvan de effecten te ondervinden". In het empirische gedeelte van deze studie worden property rights aangeduid als economische rechten ofwel als zeggenschap en belang van een actor over de fz (dienst).

Uitgangspunten property-rightstheorie

De uitgangspunten van de PRT zijn af te leiden van de onder meer door Furubotn en Pejovich (1972, pp. 1137-1138) geconstateerde verschillen ten opzichte van de tot dan toe gangbare neoklassieke economie:⁹⁰

- De focus ligt niet op de organisatie als zodanig, maar op (interne verhoudingen tussen) individuen daarbinnen, die elk hun eigen belang maximaliseren (zie ook Jensen & Meckling, 1976, pp. 307-308);⁹¹
- Er zijn meerdere arrangementen van property rights mogelijk naast het tot dan toe veronderstelde particuliere eigendom, waardoor winst- (of welvaarts)maximalisatie binnen een bepaald property-rightsarrangement niet vanzelfsprekend is. De relatie tussen dit institutionele arrangement en het economische gedrag kan worden onderzocht door de effecten van toewijzing van verschillende property rights op het straf- en beloningssysteem te analyseren;
- De transactiekosten zijn vrijwel altijd positief;
- De uitbreiding van de hypothese van nutsmaximalisatie als fundamentele gedragsveronderstelling voor alle individuele keuzes "including those made by business managers and government employees".⁹² Dit opent mogelijkheden voor de studie van gedrag van managers in de publieke sector met bestaande analysetechnieken.

Opvallend is dat de neoklassieke veronderstelling van (perfecte) rationaliteit in de PRT ongemoeid bleef. In een andere stroming van de nieuwe institutionele economie, namelijk de TKT, is dat niet het geval (Williamson, 1981, p. 553; Musole, 2009, p. 73). Coase noemt later de (impliciete) veronderstelling in de PRT van perfecte rationaliteit zowel onnodig als misleidend (geciteerd in Richter, 2005, p. 173).

Eigen belang uitgangspunt voor gedrag (*homo economicus*)

Kader 7

Met het uitgangspunt van het individuele eigen belang wordt de veronderstelling bedoeld dat de mens een economisch wezen is, dat zijn gedrag in belangrijke mate richt op de bevrediging van zijn behoeften (Frank & Cartwright, 2013, p. 17). In *Wealth of Nations* zette Smith uiteen dat dit navolgen van het eigen belang het algemeen belang dient: "By pursuing his own

90. Voor een beschrijving van de verschillen tussen de (nieuwe) institutionele economie, waartoe onder meer de PRT wordt gerekend, en de (neo)klassieke economie wordt verwezen naar De Vries (1992, pp. 21-37) en Hazeu (2000, pp. 19-31).

91. In de (neo)klassieke economie is het methodologisch individualisme overigens reeds een belangrijk uitgangspunt, met aandacht voor de rationaliteit van gedrag van individuen die winst- (of nuts)maximalisatie nastreven (zie kader 2 en bijvoorbeeld Witztum, 2012).

92. Volgens De Alessi werd in de neoklassieke economie onder meer uitgegaan van nutsmaximaliserend gedrag door de consument en winstmaximaliserend gedrag van de producent (1983b, p. 66). Daarnaast wijst hij (1980/1995; 1983b, pp. 66-68; 1983a) op het ontbreken van aandacht voor transactiekosten en property rights in de neoklassieke economie.

interest, he frequently promotes that [end] of the society more effectually than when he really intends to promote it" (Smith (1776), geciteerd in Friedman, 1962/ 1982, p. 133).⁹³

In de literatuur is opgemerkt dat Smith het begrip eigen belang op verschillende wijzen invult in dit en ander belangrijk werk, *Moral Sentiments*, zonder hierbij tegenstrijdig te zijn.

Bijvoorbeeld Demsetz (2002) merkt op:

Wealth of Nations discusses people whose main concern is the pursuit of narrowly focused self-interest, especially as represented by wealth maximization. . . . In *Moral Sentiments*, Smith discusses the sympathetic feelings people have toward each other. The existence of sympathetic feelings is attributed to a universally felt desire for self-respect and for respect from others. (p. 659-662)

Het eigen belang is in *Wealth of Nations* met andere woorden gerelateerd aan financiële welvaart, terwijl dit in *Moral Sentiments* betrekking heeft op morele overwegingen van respect en eer. Ter verklaring van de verschillende opvattingen van eigen belang als begrip wijst Demsetz op de biologische, fysieke en sociale afstand tussen mensen in een (grotere) samenleving. In de door hem als 'compact' geduide gemeenschap uit *Moral Sentiments* kennen mensen elkaar (beter), zijn de onderlinge band en gevoelens van meeleven en sympathie sterk(er) dan in het op de vrije markt georiënteerde *Wealth of Nations*, waarin mensen weinig van elkaar weten en waar verder weinig interactie is. Coase (1994, pp. 81-83, 95-116) ziet het feit dat mensen niet in staat zijn met een groot aantal mensen warme, diepgaande relaties aan te gaan als een belangrijke versterking van het argument om de markt als economisch organisatieprincipe te hanteren.

Hoewel over de invulling van het begrip eigen belang dus verschillen van opvatting bestaan, onderkende Smith al in de achttiende eeuw dat dit meer dan financieel gewin kan inhouden.

De theorie: waarom doen property rights ertoe en welke property rights zijn er?

Het centrale terugkerende idee in de PRT is dat property rights specificeren welke consequenties een actor (zoals een principaal en agent) ondervindt van bepaald handelen en dat deze daarmee prikkels (incentives) vormen die het gedrag van deze actor voorspelbaar beïnvloeden (Demsetz, 1967, p. 356; Furubotn & Pejovich, 1972, p. 1137; Alchian & Demsetz, 1973, p. 22; De Alessi, 1980/1995, pp. 245, 283; North, 1991, p. 97; Grafton et al., 2000, p. 681; Musole, 2009, p. 45; Eggertsson, 2013, p. 1). Een actor stemt volgens de PRT zijn handelen af op de property rights waarover hij beschikt en wordt door dit belang gemotiveerd in zijn handelen. Demsetz had in navolging van Coase oorspronkelijk vooral de effecten op het oog die het handelen van een actor op derden heeft en stelde dat deze "specify how persons may be benefited and harmed and, therefore, who must pay whom to modify the actions taken by persons. . . A primary function of property rights is that of guiding incentives to achieve a greater internalization of externalities" (Demsetz, 1967, pp. 347-348). Jensen en Meckling (1976) wijzen op de consequenties voor het gedrag van actoren in een organisatie:

93. De invisible-handbenadering roept ethische discussies en kritiek op. Actueel bijvoorbeeld gerelateerd aan de financiële crisis van 2008 (bijvoorbeeld Reiss, 2013, pp. 4-6, 230-253; Vogl, 2013, pp. 29-48, 77-106).

What is important for the problems addressed here is that specification of individual rights determines how costs and rewards will be allocated among the participants in any organization. Since the specification of rights is generally effected through contracting (implicit as well as explicit), individual behavior in organizations, including the behavior of managers, will depend upon the nature of these contracts. (p. 307-308)

De consequenties die een actor ondervindt zijn groter naarmate deze over meer of ruimere property rights beschikt. Anders gezegd: het (eigen) belang van een actor bij een fysiek goed of dienst neemt toe naarmate deze over meer of ruimere (economische) rechten beschikt en deze rechten kan uitoefenen. Musole formuleert dit als volgt "although economic property-rights are enhanced by the law, they are ultimately use rights and the greater extent one can exercise these uses and bear the consequences the greater are the property rights, regardless of the law" (Musole, 2009, p. 53). Dit leidt tot de vraag welke typen property rights er zijn of, anders gezegd, hoe deze in soort of maat te beschrijven zijn.

Property rights zijn hiervoor geformuleerd als de (economische) rechten van een actor om een fysiek goed of dienst te exploiteren. Het aantal exploitatiemogelijkheden is groot en gelet op bijvoorbeeld nieuwe technologische ontwikkelingen onbegrensd. Een omvattende, eenduidige indeling van categorieën property rights is, voor zover kon worden nagegaan, niet voorhanden in de literatuur.⁹⁴ Een indeling die bij verschillende auteurs terugkomt (Furubotn & Pejovich, 1972, p. 1140; Künneke, 1991, p. 57; Williamson, 1991, p. 287; Pejovich, 1990, p. 27-28 in Musole, 2009, p. 54)⁹⁵ of impliciet ten grondslag ligt aan property-rightsliteratuur (Künneke, 1991, p. 57), is terug te voeren op het Romeins eigendomsrecht:

- (ius) usus (gebruiksrecht): het recht om een fysiek goed of dienst te gebruiken;
- (ius) usus fructus (vruchtgebruiksrecht): het recht om voordelen aan een fysiek goed of dienst te ontfangen. Het tegenovergestelde, namelijk het recht (ofwel de verplichting) om de nadelen ervan te ondervinden, wordt niet geëxpliciteerd maar is inbegrepen in het ondervinden van consequenties van property rights;

94. Künneke noemt de indelingen van property rights talrijk en stelt dat in de indeling van De Alessi (1980/1995) "geen duidelijke samenhang tussen de groepen [is] te herkennen" en in het geval van Furubotn en Pejovich "inconsistent" is (Künneke, 1991, pp. 52-53). Zijn indeling van de PRT in (1) eigendomsrechten, (2) rollenpatronen van actoren, en (3) transactiekosten als "verschillende stromingen in de property rights theorieën" heeft de nieuwe institutionele economie als reikwijdte (zie subparagraaf 1.2.1) en wijst daarmee op een in de literatuur ongebruikelijk ruime opvatting van de PRT. Door de inzichten van enkele decennia niet chronologisch maar statisch in te delen, blijft bovendien het voortschrijdend inzicht in de literatuur buiten beeld. Het niet uitwerken door Berle en Means van de consequenties van hun bevindingen over deling van eigendom en zeggenschap typeert hij bijvoorbeeld als een tekortkoming, terwijl dit zoals hij zelf verderop ook onderkent "aanleiding is geweest voor de ontwikkeling van een hele generatie theorieën" (Künneke, 1991, pp. 72-73).

95. Hetzelfde geldt voor de literatuur over het beheer van natuurlijke bronnen, waarin (deels verschillende) variaties voorkomen op het recht op toegang (access) en gebruik van een gebied (withdrawal), beide te zien als een vorm van gebruik (ius usus), en het recht op vervreemding (alienation) ofwel ius disponendi (bijvoorbeeld Schlager & Ostrom, 1992, p. 252; Grafton et al., 2000, p. 681; Ostrom, 2003, p. 250; Galik & Jagger, 2015, p. 5).

- (ius) abusus (verbruiksrecht): het recht om vorm en inhoud van een fysiek goed of dienst te veranderen;
- het recht om (een deel van) deze rechten aan een ander over te doen, tegen een wederzijds overeengekomen prijs (vervreemdingsrecht). De Latijnse term ontbreekt in het aangehaalde citaat, maar wordt door anderen aangeduid als *ius disponendi* (Grafton et al., 2000, p. 681).

In de publieke sector beschikken actoren (alleen) niet over het laatstgenoemde recht. Het eigendom van rechten is derhalve geen vereiste voor toepassing van deze benadering in de publieke sector.⁹⁶ De toepassingsmogelijkheden van een autobus als fysiek goed kunnen worden gebruikt om de verschillende categorieën property rights te verduidelijken. Afhankelijk van de aan de orde zijnde bundel van property rights kan een actor het recht hebben om een bus te gebruiken door er bijvoorbeeld in te mogen rijden (*ius usus*), derden uit te sluiten van gebruik (*ius usus*), deze te verhuren (*ius fructus*), deze in te zetten voor reclamedoelinden (*ius fructus*), het interieur te vernieuwen (*ius abusus*) of deze te verkopen (*ius disponendi*). In het geval van eigendom bezit een actor een andere combinatie (bundel) van property rights dan wanneer bijvoorbeeld sprake is van een leasecontract.⁹⁷ De mate waarin deze bundels verschillen, is afhankelijk van de bij de transactie overeengekomen voorwaarden. De omstandigheden bepalen vervolgens welke property rights voor een actor belangrijk zijn.⁹⁸ Het mogen rijden van een bus weegt voor sommige actoren (bijvoorbeeld een vervoersmaatschappij) zwaarder dan voor andere actoren voor wie juist het eigendom van belang is (bijvoorbeeld een leasemaatschappij). De waarde van de bij een transactie uitgewisselde bundel rechten ten opzichte van een fysiek goed of dienst bepalen de waarde van die transactie, niet de waarde van het goed of de dienst als zodanig (Demsetz, 1967; Furubotn & Pejovich, 1972, p. 1139; Musole, 2009, p. 54).

Property rights ontstaan zodra ze er economisch gezien toe doen, ofwel wanneer de verwachte baten voor een actor groter zijn dan de verwachte kosten om de property rights te definiëren en te handhaven (Demsetz, 1967, pp. 350, 354; Furubotn & Pejovich, 1972; Williamson, 1991,

96. Het concept eigendomsrecht (right of ownership) valt, zoals gezegd, niet samen met het concept property right maar betreft, zoals hierna blijkt, wel een belangrijk deel van deze literatuur.

97. Het eigendom is overigens niet voldoende is om van deze rechten daadwerkelijk gebruik te kunnen maken. Het beschikken over een groot rijbewijs bijvoorbeeld is een aanvullende voorwaarde om daadwerkelijk een bus te mogen rijden.

98. In onderzoekstechnische termen zijn property rights hiermee te karakteriseren als een kwalitatieve, nominale variabele waarbij een rangorde van waarden ontbreekt, in tegenstelling tot onder meer De Kruijf, die suggereert dat property rights van ordinaal niveau zijn (2011, p. 175). In navolging van Künneke zich beperkend tot de driedeling 'usus-usus fructus-abusus', stelt hij dat de controle van een actor over het object in deze volgorde toeneemt. Dit wordt echter bepaald door zijn omschrijving van deze begrippen: "the 'abusus' right . . . means that the owner is allowed to realise any transaction with respect to the specific asset ranging from use to changing or selling it. At the other end of the spectrum is the 'usus right'. The owner of a usus right is only allowed to use the asset and cannot claim any residual value. In the 'usus fructus' case, the owner of this right is allowed to use the asset and can also claim some residual value from the asset".

p. 288).⁹⁹ Onder meer als gevolg van nieuwe technieken, manieren van werken of nieuwe ambities ontstaan gunstige of juist ongunstige externe effecten ten opzichte van derden (externalities). Landbezit bijvoorbeeld wordt relevant(er) wanneer hier (nieuwe) bewerkingen op mogelijk worden of op het moment dat externe effecten optreden op aangrenzende percelen. Musole (2009, p. 54) wijst op de gevolgen van niet (voldoende) gespecificeerde property rights en concludeert "literature suggests when rights are not clearly defined, transaction costs rise (Barzel, 1989; North, 1990a; and others) and market failures result (Coase, 1937; Cole & Grossman, 2000, 2002)". Of, anders geformuleerd, "given the role property rights play in market exchange, the inability to restructure ill-defined property rights systems is deemed to be the primary source of market failure. (Musole, 2009, p. 63).

Toepassingen

In de literatuur is tot dusverre veel onderzoek gedaan naar (bundels van) property rights, gerelateerd aan eigendom (Demsetz, 1967; Alchian & Demsetz, 1973; Grossman & Hart, 1986; Hart & Moore, 1990; Künneke, 1991; Schlager & Ostrom, 1992; Vining & Boardman, 1992; Ostrom & Hess, 2007; Halonen-Akatwijuka, 2012) en (al dan niet in samenhang daarmee) het type organisatie (Alchian & Demsetz, 1972; Furubotn & Pejovich, 1972; Frech, 1976). Onder meer Demsetz (1967) onderscheidt drie ideaaltypen van eigendom met daaraan verbonden rechten om derden al dan niet van gebruik te kunnen uitsluiten, namelijk gemeenschappelijk eigendom (communal or common), particulier eigendom (private) en staatseigendom (state).¹⁰⁰ Particulier bezit levert door de concentratie van kosten en baten bij de eigenaar de meeste prikkels (incentives) om ergens in te investeren, omdat de positieve of negatieve gevolgen aan hem toekomen (Demsetz, 1967, pp. 354-357; Boorsma, 1981, pp. 10-15; Ter Bogt, 1997, p. 47). Dat is bij gemeenschappelijk eigendom en staatseigendom in mindere mate of niet het geval. "Economic theory suggests that the function of (private) property rights is to create incentives to use resources efficiently ... a stronger right to own property leads through incentives, to a higher level of economic efficiency" (Musole, 2009, p. 57). Daarnaast zijn bij particulier bezit de transactie- en onderhandelingskosten lager dan in het geval van gemeenschappelijk bezit of staatsbezit, omdat het aantal personen waarmee de onderhandelingen plaatsvinden, beperkter is. Demsetz (1967, pp. 350-) beargumenteert dat op grond van beide overwegingen in westerse, op efficiëntie gerichte gemeenschappen eigendom zich historisch heeft ontwikkeld van 'geen' of 'gezamenlijk' naar 'particulier' eigendom.¹⁰¹

99. Voor een modelmatige benadering van het ontstaan van property rights in een "state of nature", zie Muthoo (2004).

100. Demsetz (1967) licht de verschillen vormen als volgt toe:

Communal ownership means that the community denies to the state or to individual citizens the right to interfere with any person's exercise of communally-owned rights. Private ownership implies that the community recognizes the right of the owner to exclude others from exercising the owner's private rights. State ownership implies that the state may exclude anyone from the use of a right as long as the state follows accepted political procedures for determining who may not use state-owned property. (p.354)

101. In zijn latere uitbreiding op de PRT signaleert Demsetz vergelijkbare ontwikkelingen aan het einde van de 20^{ste} eeuw van collectief naar particulier bezit in Oost-Europa en Azië (Demsetz, 2002). Dit hangt

Toch zijn er uitzonderingen op particulier bezit als meest efficiënte eigendomsvorm. Demsetz bijvoorbeeld wijst in eerdergenoemd artikel op de naamloze vennootschap (publicly held corporation). De schaalgrootte van economische activiteit in een dergelijke organisatie gaat het hiervoor vereiste kapitaal een individu te boven, waardoor dit vermogen op de kapitaalmarkt verkregen moet worden. Om hoge onderhandelingskosten te voorkomen die gepaard zouden gaan met het hiermee samenhangend grote aantal aandeelhouders, delegeren de aandeelhouders de feitelijke controle over het eigendom en grote delen van de beslissingsbevoegdheid aan het management van die organisatie (Demsetz, 1967, p. 358).¹⁰² De aan deze organisatievorm verbonden voorwaarden¹⁰³ dragen eraan bij dat in bepaalde situaties een naamloze vennootschap lagere transactiekosten met zich mee kan brengen en daarmee een efficiëntere organisatievorm kan vormen dan particulier bezit. Demsetz betreft in zijn analyse (1967, p. 350) niet de variant van staatseigendom en stelt eenvoudigweg dat de keuze daarvoor samenhangt met specifieke voorkeuren over eigendom in een samenleving. In de context van onderhavige studie is het daarom interessant dat Furubotn en Pejovich (1972) wel particulier eigendom met staatseigendom vergelijken. Dit doen zij door ten eerste de aandacht te richten op nuts- in plaats van welvaartsmaximalisatie door managers:

The behavior of managers becomes the key for understanding the allocation and use of resources by corporations, government bureaus and other organizations. . . Managers can, at some cost, engage in discretionary behavior and divert a portion of the organization's resources to their own ends. . . . In the absence of a sensitive reward system, the productivity levels of cooperating inputs will tend to be less than those that are potentially possible. (p. 1147, zie ook Niskanen (1968, p. 304; 1975, p. 639))

Furubotn en Pejovich wijzen ten tweede op de analogie in de relatie tussen een 'socialistische manager' en de staat en die tussen een kapitalistische manager en zijn aandeelhouders (1972, p. 1154).¹⁰⁴ Toch stellen ook zij dat specifieke, met particulier eigendom samenhangende

volgens hem samen met (1) het aantal en de bekendheid van personen die zijn betrokken bij een kwestie van allocatie, (2) hun productiviteit, en met name (3) de voor een bepaald product vereiste specialisatie.

102. Op scheiding van eigendom en management wordt in paragraaf 2.3 dieper ingegaan.

103. Aandeelhouders in een private organisatie zijn niet persoonlijk aansprakelijk voor de door de onderneming gemaakte schulden en hebben het recht aandelen zonder voorafgaand overleg te verkopen. Doordat het management zich hiervan bewust is, hebben de aandeelhouders ex ante invloed op beslissingen van het management (Demsetz, 1967, p. 358).

104. Furubotn en Pejovich vergelijken naamloze vennootschappen met gereguleerde bedrijven, '*not-for-profit*' bedrijven en 'socialistische' bedrijven. Onder meer Grajzl (2007, p. 522) stelt de wetgevende macht van regulatoren gelijk aan de eigendomsrechten van bedrijven met onvolledige contracten: "The lawmaking powers of the regulator are analogous to the ownership rights of firms when contracts are incomplete". In de publieke sector is weliswaar sprake van een groot aantal 'aandeelhouders' (belanghebbenden), namelijk de stemgerechtigde dan wel belastingbetalende burgers, die de zeggenschap over een fysiek goed of dienst in handen leggen van publieke managers zoals politici en ambtenaren. De manier waarop de burgers controle uitoefenen op het publieke management is echter minder direct en in die zin niet vergelijkbaar met aandeelhouders van private organisaties. Kiezers en belastingbetalers kunnen zich immers niet onttrekken aan de door het publieke management veroorzaakte effecten, behalve door te verhuizen buiten de betreffende jurisdictie ('stemmen met de

property rights noodzakelijk zijn om de neiging tot ontduikgedrag (shirking) te beperken (Furubotn & Pejovich, 1972):¹⁰⁵

If shirking is to be checked, someone must have both the right to monitor the performance of team members and sufficient incentive not to shirk himself. To this end, he must possess specific property rights including: the right (i) to receive the residual after all other inputs have been paid contractual amounts, (ii) to terminate or revise the membership of the team . . . (iii) to sell those rights specified under (i) and (ii). (p. 1148)

Een belangrijk deel van de property-rights literatuur spitst zich toe op de vergelijking tussen private en publieke organisatievormen (Furubotn & Pejovich, 1972; Frech, 1976; Boorsma, 1981; Boorsma & Künneke, 1989; Vining & Boardman, 1992, p. 206; Williamson, 1999; Besley & Ghatak, 2001; Feng, 2010; Tichá, 2012). Alchian en Demsetz noemden dit in 1973 zelfs het belangrijkste onderscheid (Musole, 2009, p. 57). De PRT vormt hierdoor een belangrijke theoretische achtergrond van het debat de afgelopen decennia over – de al dan niet wenselijk geachte inperking van – de rol van de overheid en de trend tot privatisering, zowel in Nederland als in het buitenland.¹⁰⁶ De Alessi (1983b) wijst op de niet-overdraagbaarheid van publiek eigendom en het als gevolg daarvan niet (volledig) ondervinden van de consequenties van genomen beslissingen als belangrijk verschil tussen publieke en private organisaties:

The crucial difference between private and political (publicly owned) firms is that ownership in the latter effectively is nontransferable. This situation rules out specialization in their ownership, inhibiting the capitalization of future value consequences into current transfer prices and reducing the incentive of those who bear such consequences to monitor managerial behavior (see my 1969 article). As a result, managers of political firms typically have greater opportunity for discretionary behavior - as judged by market standards - than do managers of privately owned firms. This implies that private firms are more likely than comparable government-owned firms to introduce cost-reducing innovations, to adopt cost-minimizing input combinations, to incur lower operating costs, to produce a greater variety of output, to use less capital-intensive production techniques, and to incur lower production costs. (p. 68)

Boorsma (1981, p. 14) wijst op verschillen in overwegingen tussen particuliere bedrijven en overheidsinstellingen om de bedrijfsomvang aan te passen (een overheidsbedrijf kiest niet op grond van primair bedrijfseconomische overwegingen), op de prijsdrukkende werking van (vrees voor) concurrentie en op verschillen in motivatie van de betreffende managers. Een

voeten' genoemd). De stemgerechtigde burger is bovendien, gelet op het eerdergenoemd vertrouwensbeginsel, afhankelijk van de volksvertegenwoordigers in de Staten-Generaal voor het wegsturen van een politicus.

105. Zie ook Alchian en Demsetz (1972, p. 782): "To discipline team members and reduce shirking, the residual claimant must have power to revise the contract terms and incentives of individual members without having to terminate or alter every other input's contract".

106. Dit overigens ondanks waarschuwingen van auteurs dat private ondernemingen niet onder alle omstandigheden beter presteren dan publieke (Boorsma, 1986, p. 87; Axelsson, Mallory & Wilson, 1987, p. 192; Künneke, 1993, p. 49; Neelen, 1994; Ter Bogt, 1997; Hazeu, 2000, p. 93; Tichá, 2012, pp. 141-142).

hogere winst betekent volgens hem voor een manager van een marktbedrijf een hoger inkomen (winsttaandeel) en fondsen om te investeren, terwijl winstdaling of verlies niet alleen zijn inkomen verlaagt, maar zelfs zijn positie op het spel zet:

Fungeert de winst in het particuliere bedrijf én als wortel én als stok voor de manager om de efficiency te verhogen, in overheidsinstellingen ontbreken de wortel én de stok. De manager in de overheid wordt niet gemotiveerd tot kostenbesparingen, welke hem persoonlijk immers geen financieel voordeel opleveren. Zolang voorts het welslagen van beleid wordt afgemeten aan het voor een bepaald doel uitgegeven bedrag is er geen rem op de uitgaven, maar de besteding van gelden eerder gepremieerd. Een verhoging van uitgaven past ook in de eigen doelstellingen van de manager in de overheid: meer geld betekent meer ondergeschikten in de eigen afdeling, meer ondergeschikten betekent meer aanzien en prestige en een hogere rang en dus een hoger salaris. (p. 14-15).¹⁰⁷

Bij vrije verhandeling van property rights komen deze volgens Coase daar terecht waar ze het meest waardevol zijn (Coase, 1988/1990, p. 12). Op basis van het voorgaande zou kunnen worden afgeleid dat volgens de property-rights literatuur in de publieke sector in de regel sprake is van minder (sterke) property rights en daarmee van minder prikkels tot efficiënt handelen in vergelijking met de private sector. De Alessi concludeert onder meer ten aanzien van gezondheidszorg dat "The evidence regarding the consequences of government ownership is rich and varied" (De Alessi, 1980/1995, p. 282).¹⁰⁸ Toch zou dit een te sterk vereenvoudigde weergave van de inzichten inhouden. De Alessi stelt namelijk ook vast dat "Differences in the property rights which characterize alternative regulatory institutions affect regulators' incentives to engage in various regulatory activities. . . the consequences of government regulation depend partially upon the institutions used" (De Alessi, 1980/1995, pp. 260, 282). Andere auteurs (Coase, 1994; Williamson, 1999) wijzen erop dat onder specifieke omstandigheden een overheidsorganisatie de meest geëigende organisatievorm kan zijn en bepleiten om die reden maatwerk. Coase (1960) bijvoorbeeld constateerde dat er gronden zijn voor overheidsorganisaties, maar waarschuwde tevens voor de risico's ervan:

It is clear that the government has powers which might enable it to get things done at a lower cost than could a private organisation (or at any rate one without special governmental powers). But the governmental administrative machine is not itself costless...

107. Zie ook (Boorsma & Mol, 1983, pp. 36-38). Ter Bogt (1997, p. 47) concludeert, onder verwijzing naar onder meer Demsetz (1967, p. 39), in andere bewoordingen vergelijkbaar: "Het feit dat bestuurders en werknemers van overheidsorganisaties zich de 'winst' van hun inspanning mogen toe-eigenen, zou dus kunnen leiden tot een minder grote werkingspanning en minder efficiënt werken".

108. Met betrekking tot bijvoorbeeld de organisatie van de gezondheidszorg in de VS concludeert hij: "Moreover, evidence from the US hospital industry suggests that they [government owned relative to unregulated and regulated privately owned firms] have more binding and explicit internal monitoring rules, make less use of market information, are more likely to give across-the-board than selective wage increases, are less likely to use cost-minimizing input combinations, are more likely to respond to an increase in occupancy by increasing the proportion of administrative personnel at the expense of medical and other services, are less efficient, and emphasize the production of those services more easily monitored by trustees and legislators." (De Alessi, 1980/1995).

the problem is one of choosing the appropriate social arrangement for dealing with the harmful effects. (Coase, 1960, pp. 17-18) . . . There is a real danger that extensive government intervention in the economic system may lead to the protection of those responsible for harmful effects being carried too far. (p. 28)

Het voorgaande maakt duidelijk dat al sinds enige decennia aandacht is voor property rights in de publieke sector. Dit betreft echter vooral vergelijkingen met de private sector. Boorsma en Künneke (1989, pp. 325-326) constateerden eerder dat "no systematic research has been done on the different factors that might influence the relative efficiency of various types of organization within the public sector or within the private sector". Deze constatering lijkt thans nog onverminderd te gelden. Künneke (1991) heeft in zijn dissertatie pionierswerk verricht naar efficiëntieverschillen in de Nederlandse publieke sector die samenhangen met de mate van verzelfstandiging van openbare nutsbedrijven. Hij ontwikkelde daarvoor een aangepast theoretisch kader en week daarin af van het binnen de PRT gebruikelijke methodologisch individualisme.¹⁰⁹ Andere toepassingen van de PRT in de Nederlandse publieke sector betreffen onderzoek naar (verklaringen voor) interne en externe verzelfstandiging van overheidsorganisaties (Ter Bogt, 1997) en naar (de adequaatheid van het juridisch sturingsinstrumentarium van) meer en minder zelfstandige zbo's (De Kruijf, 2011). Ook dit betreft vergelijkingen van property rights die samenhangen met verschillen tussen private en publieke organisatievormen zoals naamloze vennootschappen en takken van dienst. Een vergelijking van property rights tussen verschillende publieke organisatievormen en onderzoek naar de effecten van een ontwikkeling in "omgekeerde" beweging, naar minder zelfstandigheid in de taakuitoefening (zoals in de casus van de stelselwijziging het geval is) is, voor zover bekend, niet eerder uitgevoerd. Toepassing van de PRT in de context van de (forensische) zorg is dat evenmin.

Toepassing van de PRT op macroniveau vindt plaats door internationale vergelijking van nationale economieën (North, 1991; Yasar, Paul & Ward, 2010; Tichá, 2012; Knyazeva, Knyazeva & Stiglitz, 2013). Musole (2009, p. 63) vat de bevindingen kernachtig samen: "property rights arrangements affect the allocation of resources and, thus, economic growth".

Conclusie

De PRT betreft een uitbreiding van de standaard economische theorie, waarin rekening wordt gehouden met de volgens culturele, wettelijke en andere gedragsregels (formele en informele instituties) aan een fysiek goed of dienst verbonden rechten en plichten. De aan een fysiek goed of dienst verbonden property rights zijn op te vatten als (de operationalisering van) het belang daarvan voor een actor (zoals principaal en agent), wat volgens de PRT op

109. Künneke wijkt in het door hem geconstrueerde theoretisch kader af van de in de PRT, en ruimer in de nieuwe institutionele economie gangbare veronderstelling (Witztum, 2012), door het methodologisch individualisme los te laten, organisaties te beschouwen als holistische eenheden en te veronderstellen dat organisaties doelstellingen hebben (Künneke, 1991, pp. 103-113). In deze studie wordt, in navolging van Furubotn (1972, pp. 1147-1148) en De Alessi (1969, p. 16), een andere weg gevolgd (zie paragraaf 2.5).

voorspelbare wijze samenhangt met en prikkelt tot diens economisch gedrag en keuzes. De focus is gericht op het economische gedrag van een individu binnen de organisatie (in plaats van op de organisatie als geheel) alsmede op het effect hiervan op de kosten en efficiëntie van het systeem. De verdeling van property rights beïnvloedt de motivatie van een actor (zoals een principaal en agent) en diens mogelijkheden de effecten op derden (zoals justitiabelen en burgers) te reguleren. Verwacht wordt dat naarmate een actor een sterkere bundel property rights heeft, en dus meer de consequenties van zijn handelen ondervindt, deze meer gemotiveerd is onnodige kosten (transactiekosten, onduidelijk gedrag, opportunisme) te vermijden en daardoor efficiënter te handelen. Figuur 2.1 geeft de samenhang tussen de belangrijkste variabelen weer.

Figuur 2.1 Effecten van veranderde instituties volgens de PRT

Op basis van het voorgaande kan de eerste onderzoeksvraag worden beantwoord:

"Wat wordt in de property-rightstheorie verstaan onder property rights en op welke wijze zijn deze van invloed op (de motivatie van) de principaal om te sturen en op (de motivatie van) de agent om te handelen?"

De volgende constatering leiden gezamenlijk tot beantwoording:

1. Property rights worden in deze studie, vrij naar Wolfson (2001, p. 78), opgevat als 'in regelgeving of gewoonten maatschappelijk geaccepteerde rechten van een actor (zoals principaal en agent) om een fysiek goed of dienst (zoals fz) te exploiteren, de rechten van derden (zoals justitiabelen of burgers) ten aanzien van dat fysieke goed of deze dienst te reguleren en daarvan de effecten te ondervinden'. In het empirische gedeelte van deze studie worden property rights aangeduid als economische rechten, gelet op de zeggenschap en het belang van een actor over een fysiek goed of dienst;
2. Een verandering van property rights beïnvloedt de allocatie van een fysiek goed of dienst. Vanuit het perspectief van de PRT heeft een stelselwijziging zonder verandering van property rights geen effect;
3. Het vastleggen van property rights ten aanzien van een fysiek goed of dienst specificeert de aanspraken van een actor ten aanzien daarvan. Dit biedt een basis voor transacties en vermindert de onzekerheid over claims met betrekking tot het goed of dienst en daarmee de transactiekosten;
4. Een actor stemt volgens de PRT zijn gedrag af op de property rights waarover hij beschikt en wordt door dit belang gemotiveerd in zijn handelen. Een actor handelt volgens de PRT meer (kosten)bewust ofwel efficiënter naarmate hij meer de consequenties ondervindt van dit handelen, en vermindert hierdoor de transactie- en productiekosten. Naarmate een

- actor een sterkere bundel property rights heeft, en dus meer de consequenties van zijn handelen ondervindt, is hij meer gemotiveerd om onnodige kosten (ontduikgedrag) te vermijden en daardoor efficiënter te handelen;
5. De consequenties die een actor ondervindt zijn sterker naarmate hij over meer of ruimere property rights beschikt en deze kan uitoefenen ofwel, anders gezegd, naarmate de zeggenschap en het belang van een actor bij een fysiek goed of dienst toeneemt. Property rights kunnen (onder meer) worden beschreven in termen van gebruiksrechten die zijn terug te voeren op het Romeinse eigendomsrecht. Eigendom is echter geen vereiste, waardoor de PRT ook in de publieke sector wordt toegepast;
 6. Het belang van een actor kan worden uitgedrukt in financieel voordeel, maar kan ook ander materieel of immaterieel nut betreffen (zoals kennis, macht, weldoen, status, carrièremogelijkheden, vrije tijd), hetgeen toepassing van de PRT in de publieke sector mogelijk maakt (De Alessi, 1969, p. 16; Furubotn & Pejovich, 1972, pp. 1147-1148);
 7. Een principaal en een agent zijn actoren met verschillende property rights ten aanzien van een fysiek goed of dienst en ondervinden daardoor verschillende prikkels en (positieve en negatieve) consequenties bij de aanwending daarvan. De principaal dient hiermee rekening te houden bij de sturing van de agent en omgekeerd (paragraaf 2.3 gaat hier verder op in);
 8. Verschillen in property rights tussen principalen leiden tot verschillen in prikkels om de activiteiten van een agent te reguleren;
 9. Verschillen in property rights tussen agenten leiden tot verschillen in prikkels voor een agent om te handelen;
 10. De overheveling van fz van VWS naar Justitie impliceert de overheveling van property rights van de ene principaal (minister van VWS) naar een andere (minister van Justitie) en van de ene agent (CVZ) naar een andere (DJI/ DForZo);
 11. De tussen VWS en Justitie voorkomende verschillen in formele en informele instituties (zoals wetten en cultuurverschillen) zijn op te vatten als verschillen in property rights.

Gelet op het voorgaande is volgens de PRT een relatie te verwachten tussen de stelselwijziging fz, voor zover deze leidt tot een verandering van property rights van actoren ten aanzien van deze zorg, en de motivatie tot doelmatig gedrag van deze actoren. In subparagraaf 2.5.3 worden, in combinatie met de andere theoretische benaderingen, de theoretische proposities geformuleerd (zie paragraaf 1.4), die na operationalisering van de begrippen in hoofdstuk 4 in het empirische gedeelte van de studie worden onderzocht.

2.3 Effectief sturen volgens de principaal-agenttheorie

Onderzoeksvraag 2:

Wat wordt in de principaal-agenttheorie verstaan onder effectieve sturing door een principaal van meerdere agenten en welke factoren dragen hieraan bij?

Begripsbepaling

Sinds het onderzoek van Berle en Means (1932/2010) in de jaren dertig van de vorige eeuw naar de tweehonderd grootste bedrijven in de VS, is een uitgebreide literatuur ontstaan over

de sturing van bedrijven en organisaties. Berle en Means constateerden dat met de groei van deze bedrijven het eigendom ervan verdeeld raakte over een toenemend aantal eigenaren, waardoor de positie en de rol van de eigenaren, tot dan toe tevens manager, veranderden:¹¹⁰

the "owner" of industrial wealth is left with a mere symbol of ownership while the power, the responsibility and the substance which have been an integral part of ownership in the past are being transferred to a separate group in whose hands lies control. (p.65)
it is therefore evident that we are dealing not only with distinct but often with opposing groups, ownership on the one side, control on the other – a control which tends to move further and further away from ownership and ultimately to lie in the hands of the management itself, a management capable of perpetuating its own position. (p. 116)

Hoewel dit reeds door Smith werd onderkend (Jensen & Meckling, 1976, p. 305), kreeg onderzoek een nieuwe en belangrijke impuls door de constatering dat door deze scheiding van eigendom en beheer "there is no longer any certainty that a corporation will in fact be run primarily in the interests of the stockholders" (Berle & Means, 1932/2010, p. 293). In de hierop volgende literatuur werd de aandacht voor de relatie tussen eigenaar en manager verbreed tot die tussen *principaal* en *agent*. In een vaak geciteerd artikel geven Jensen en Meckling (1976, p. 308) een omschrijving van deze begrippen, die in de literatuur tot relatief weinig discussie heeft geleid:¹¹¹ "We define an agency relationship as a contract under which one or more persons (the principal(s)) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision-making authority to the agent". Een principaal-agentrelatie heeft volgens deze definitie betrekking op het leveren van een dienst (service) door de agent ten behoeve van de principaal. De agent beschikt hierbij over enige discretionaire ruimte, waardoor de gelegenheid bestaat dat hij afwijkend gedrag vertoont ten opzichte van de principaal.¹¹²

In beperkte kring is discussie ontstaan over de vraag of delegatie van beslissingsbevoegdheid en een hiërarchisch karakter van de relatie vereist zijn, en daarmee (mede) over de vraag op

110. Overigens relateert Demsetz (1983, pp. 388-390) dit later en plaatst hij een kanttekening bij deze en vergelijkbare studies wanneer hij erop wijst dat in de praktijk de inkomens van managers zijn gerelateerd aan de waarde van de aandelen. Volgens hem zou het economisch gezien niet logisch zijn te veronderstellen dat eigenaren systematisch hun eigen belang opzij zouden zetten door de controle over te laten aan managers.

111. Dat dit niet alleen positief kan worden opgevat, blijkt bijvoorbeeld als Waterman de constatering van Mitnick in 1986 onderschrijft wanneer deze constateert dat "in principal-agent studies in the accounting, finance and economics literatures there has been "a tendency to ignore the need for precise definitions" (Waterman & Meier, 1998, p. 183).

112. Sommige auteurs leggen het accent op het verschil in informatiepositie, waarbij de relatief slecht geïnformeerde partij wordt aangeduid als de principaal en de relatief goed geïnformeerde partij als de agent (Schut & Rutten, 2009, p. 253). Een dergelijke omschrijving is echter algemeen en als basis voor analyse van verschillen in informatiepositie van principaal en agent in termen van oorzaak en gevolg niet geschikt.

welke terreinen deze benadering kan worden toegepast.¹¹³ In dit verband constateren Neelen (1994, pp. 65-67) en Groenendijk (1997, p. 214) in navolging van Spremann terecht dat noch delegatie noch een hiërarchische verhouding noodzakelijke voorwaarden zijn voor een principaal-agentrelatie. In de (vaak) aangehaalde definitie van Jensen en Meckling ontbreekt immers het hiërarchische karakter als vereiste. De toepassing op onder meer het verzekeringsterrein, dat in oorsprong een inspiratiebron vormde voor de principaal-agentliteratuur (zie bijvoorbeeld Arrow, 1970, pp. 10-11; Neelen, 1994, p. 66; Breton, 1995, p. 418), vormt hiervoor een aanvullend argument. Het door Spremann, Neelen, Tijdink (1998, p. 47) en De Vries (2001, p. 30) genoemde (basis)vereiste voor een principaal-agentrelatie, namelijk dat de agent over enige discretionaire ruimte moet beschikken, vormt een noodzakelijk en voldoende (volwaardig) vereiste hiervoor. Een aanvullend vereiste, dat deze het gevolg is van (formele) delegatie zou onnodig beperkend zijn, omdat deze andere (formele of informele) instituties die tot discretionaire ruimte leiden ten onrechte uitsluiten. Voldoende is dat door de eigen beslissingsruimte, zoals gezegd, de agent de gelegenheid heeft om ten opzichte van de principaal afwijkend (voor de principaal ongunstig) gedrag te vertonen, hetgeen de kern van studie vormt binnen de PAT. Dit cruciale verklarende element ontbreekt derhalve ten onrechte in de pragmatische uitweg die Tuinstra (2006, p. 174) kiest in deze discussie, door van een principaal-agentrelatie te spreken, zodra de kenmerkende principaal-agentproblemen (conflicterende doelen en informatieasymmetrie, hierover later meer) zich voordoen in een relatie tussen twee actoren. Een dergelijke pragmatische keuze is niet nodig om, zoals Tuinstra be(t)oogt, de toepassing in lijn te brengen met "the general notion that principal-agent relationships as such exist in both market relationships and hierarchical

113. Bijvoorbeeld P. de Vries (1992, pp. 61-62) stelt dat sprake is van een te ruime interpretatie van de PAT: "bij verschijnselen waaraan niet een of andere contractering of hiërarchische verhouding ten grondslag ligt", waarmee hij doelt op toepassing van de PAT door Moe, Spiller en anderen in politiek-ambtelijke situaties van beïnvloeding en uitvoering. Volgens hem is deze benadering dan "niet meer in het neo-institutionele denken inpasbaar" en ontnemt een dergelijke "[ruime] interpretatie de benadering haar theoretische zeggingskracht". Boorsma en Halachmi (in Halachmi & Boorsma, 1998, p. XXIV) vinden de typering van bepaalde marktrelaties, zoals die tussen arts en patiënt, als een principaal-agentrelatie eveneens te ver gaan en menen dat dit weinig toevoegt. Bijvoorbeeld Groenendijk (1997, p. 215) daarentegen beschouwt de eigenaar die met een auto naar de garage gaat als principaal en de garagehouder als agent.

Allereerst kan naar aanleiding van deze discussie worden geconstateerd dat het enkele feit dat de PAT wel of niet wordt toegepast op bepaalde terreinen, op zichzelf slechts betekent dat dit meer of minder gebruikelijk is, maar dat hieruit niet valt af te leiden of deze toepassing al dan niet 'terecht' is. Positionering en verduidelijking van de achtergronden zijn in een dergelijk geval echter wel noodzaak. Ten tweede kan, principiëler, worden opgemerkt dat het in de wetenschap (volgens het principe van *Ockham's razor*) de bedoeling is om met een zo eenvoudig mogelijke theorie (dat wil zeggen met zo min mogelijk aannames en verklaringen) een bepaald empirisch verschijnsel te verklaren. De vraag in deze is daarmee of dit het geval is wanneer in voorkomende gevallen een relatie als een 'marktrelatie met aan principaal-agentrelaties gerelateerde problemen (zoals informatieasymmetrie, moreel risico, averechtse selectie)' wordt beschouwd, dan wel als een principaal-agentrelatie. Een dergelijke analyse is, voor zover bekend, niet uitgevoerd waardoor niet eenduidig is bepaald of in het ene of andere geval sprake is van een te ruime opvatting van bepaald gedachtegoed. Een dergelijke (academische) discussie valt buiten het bestek van deze studie. Zoals eerder aangegeven, wordt in deze studie van een ruime opvatting en toepassing van principaal-agentrelaties uitgegaan.

relationships" (Tuinstra, 2006, p. 174). Een belangrijk element in een principaal-agentrelatie is dat onzekerheid bestaat over de te leveren dienst, omdat de agent per definitie (op enige wijze verkregen) eigen beslissingsruimte heeft. Wanneer onzekerheid als gevolg van discretionaire ruimte van een agent onderdeel vormt van (bijvoorbeeld complexe, langdurige) reguliere marktrelaties, dan kunnen deze zinvol vanuit de invalshoek van principaal en agent worden bestudeerd.¹¹⁴

Concluderend: hoewel een hiërarchische relatie en delegatie van beslissingsbevoegdheid naar de agent een principaal-agentrelatie kunnen kenmerken (Hamman, Loewenstein & Weber, 2010), worden deze in deze studie in navolging van onder meer Spremann (Neelen, 1994) niet als noodzakelijke voorwaarden van dergelijke relaties beschouwd. Het verschil tussen het hebben van beslissingsruimte op grond van (formele) delegatie van beslissingsbevoegdheid, dan wel op een andere (formele of informele) grond is niet doorslaggevend om laatstgenoemde situaties buiten beschouwing van de PAT te laten. Deze ruime opvatting van principaal-agentrelaties – waarbij de feitelijke (formele en informele) beslissingsruimte van een agent bepalend is en niet alleen de op basis van delegatie ontstane beslissingsruimte – is consistent met de aandacht voor formele en informele instituties binnen de nieuwe institutionele economie (North, 1991) en de in dat verband ruime opvatting van het begrip property rights eerder in deze studie (zie subparagraaf 1.2.2).

Een principaal wordt in deze studie, in navolging van Jensen en Meckling (1976, p. 308), opgevat als een persoon die met een ander persoon, de agent, een contract sluit om namens de principaal een dienst te verrichten, waarbij deze agent enige beslissingsruimte heeft.

Er zijn legio voorbeelden van relaties die als een relatie tussen principaal en agent worden opgevat.¹¹⁵ Voor deze studie is het relevant dat de relatie tussen een politicus, zoals een minister en zijn ambtenaren (Tirole, 1994; Breton, 1995, p. 419; Waterman & Meier, 1998), tussen kiezers en politici (Arrow, 1977, p. 79; Breton, 1995, p. 419; Groenendijk, 1997, p. 222; Enthoven, 2011), tussen regering en parlement (Enthoven, 2011), maar bijvoorbeeld ook die tussen een patiënt en zijn arts kunnen worden gezien als een relatie tussen principaal en agent (Waterman & Meier, 1998, p. 174; Hazeu, 2000, p. 80; Schut & Rutten, 2009, pp. 100, 252; Ludwig, Van Merode & Groot, 2010; Blank, Van Hulst & Dumay, 2013, p. 35; Douven, Zoutenbier & Remmerswaal, 2015).¹¹⁶ In de literatuur zijn voor zover bekend geen

114. Zie bijvoorbeeld Hart en Moore (1990, pp. 1121-1125), die een relatie leggen tussen het gedrag van agenten (managers) en eigenaren en onzekerheden verbonden aan incomplete contracten.

115. Het kan gaan om een relatie tussen een eigenaar van een bedrijf en de manager aan wie taken zijn gedelegeerd (Jensen & Meckling, 1976, p. 309 e.v.; Fama, 1980; Fama & Jensen, 1983b), maar bijvoorbeeld ook die tussen opdrachtgever en opdrachtnemer (Teulings, Bovenberg & Van Dalen, 2005), werkgever en werknemer (Ross, 1973, p. 134; Breton, 1995, p. 412), de staat en zijn burgers (Ross, 1973, p. 134; Breton, 1995, p. 412; Müller & Strom, 2004), politiek bestuurder en ambtenaar (Neelen, 1994; Breton, 1995, p. 412) of kiezer en parlement (Breton, 1995, p. 412; Müller & Strom, 2004).

116. Een vaak gebruikt voorbeeld is dat een patiënt (in de rol van principaal, dat wil zeggen als opdrachtgever) een zo goed mogelijke behandeling wil tegen zo laag mogelijke betaling en hiervoor

voorbeelden van diensten die expliciet worden uitgesloten als onderdeel van een principaal-agentrelatie. De PAT wordt bijvoorbeeld zelfs toegepast bij 'illegale diensten' zoals corruptie (Groenendijk, 1997).

In de praktijk kan sprake zijn van rolverwisseling. Een persoon kan de rol van agent hebben in relatie tot een of meer principalen en tevens de rol van principaal ten opzichte van andere agenten, zoals bijvoorbeeld Sappington (1991, p. 63) stelt: "for example, elected officials may serve both as the agents of their constituents and as principals to their appointees". Ook verdergaande en complete rolverwisselingen zijn denkbaar. P. de Vries beschrijft de theoretische implicaties van een keten van uitbestedingsrelaties tussen twee departementen, een organisatie voor internationale samenwerking in het hoger onderwijs (Stichting Nuffic) en Nederlandse onderwijsinstellingen (De Vries, 1992, pp. 184-186). Stichting Nuffic voert als agent niet alleen opdrachten uit van de departementen (principalen), maar heeft als principaal een opdrachtgevende rol richting onderwijsinstellingen. Wie welke (opdrachtgevende of -nemende) rol inneemt, wordt daarmee bepaald door het object van de relatie, namelijk de te leveren dienst. P. de Vries (1992, pp. 185-186, 195-197) merkt op dat het in een keten van principaal-agentrelaties denkbaar is dat de agent met meer dan één principaal te maken heeft, indien in de keten onduidelijkheden bestaan wat betreft de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden en constateert dat een dergelijke situatie extra kosten oplevert vanwege dubbel werk, tegenstrijdige besluitvormingsprocedures en ad hoc afbakening van bevoegdheden. Legrain en Auwers stellen "It is very clear that the individualistic vision of [principal-agent] relations between the State and the agents cannot encompass the complex nature of inter-organization relations in the public sector. Indeed, it refers to a single principal, when in fact the agencies receive information and different, sometimes contradictory, instructions from several principals." (Legrain & Auwers, 2006, p. 30).

Figuur 2.2 geeft het principe van rolverwisseling in een keten van principaal-agentrelaties weer. Binnen elk van de organisaties is sprake van interne principaal-agentrelaties (De Vries, 1992, p. 185). Omwille van de eenvoud wordt in de volgende figu(u)r(en) van deze interne problematiek afgezien.

afhankelijk is van de arts die in dit verband wordt gezien als agent, dat wil zeggen uitvoerend producent die zijn eigen behoefte (inkomen, onderzoek, status, vrije tijd) wil maximaliseren. Door de ontwikkeling van de (sociale en commerciële) zorgverzekeringen lopen de financiële relaties echter voor een belangrijk deel via de zorgverzekeraar. Ook de relaties tussen arts, patiënt en zorgverzekeraar zijn te beschouwen als principaal-agentrelaties (Schut & Rutten, 2009, pp. 252-255), al stellen sommigen dit ter discussie (zie enkele noten hiervoor).

Figuur 2.2 Rolverwisseling principaal en agent in keten van principaal-agentrelaties

De relatie tussen principaal en agent betreft in zijn meest eenvoudige vorm een een-op-eenrelatie. Zoals uit de eerdere beschrijving van Jensen en Meckling (1976) al naar voren kwam, kan ook sprake zijn van meerdere principalen die een agent aansturen (multiple principals, zie figuur 2.3). Deze situatie, ook wel aangeduid als common agency (Dixit, 2002, p. 710; Mallard, 2012, p. 17), komt in de publieke sector veel voor: "municipal, state, and federal officials all have some control over the activities of individual citizens" (Sappington, 1991, p. 63); "public enterprises are often subject to two masters with substantially different goals: A 'spending ministry' . . . a more rigorous ministry of finance" (Tirole, 1994, p. 2); "An agency may be formally answerable only to the executive (say), but in practice congress, courts, media, and organized lobbies, all have a say" (Dixit, 1997, p. 378); "government agencies are common agencies with several principals who are engaged in a noncooperative game to influence their actions" (Dixit, 2002, p. 710).

Figuur 2.3 Situatie met meerdere principalen en één agent (common agency)

Kenmerkend voor common agencies is dat de principalen verschillende doelen nastreven en daarmee elk een andere invloed uitoefenen op de verrichtingen van de agent (Tirole, 1994, p. 2; Dixit, 1997, p. 378; 2002, pp. 697, 702). Diverse auteurs wijzen op het nut van een dergelijke situatie in het licht van bij de overheid noodzakelijke checks en balances (Tirole, 1994, p. 24; Dixit, 1997, p. 381). Daarnaast wijzen zij en anderen (bijvoorbeeld Hazeu, 2000, p. 99) op het risico dat de aanwezigheid van meerdere principalen de prestatieprikkels in een

systeem kan ondermijnen. De Vries onderzocht de aansturing van de politie door het OM, een situatie met twee principalen, maar vond geen verbetering in de afstemming tussen beide organisaties noch een hogere productiviteit van de politie (2001, p. 204). Volgens Tijdink (1998, p. 65) leert de empirische literatuur dat in situaties met meerdere principalen deze (principalen) minder tijd en energie steken in een agent, omdat de opbrengsten daarvan ook aan anderen ten goede komen. Boorsma en Tijdink (2008, pp. 221-224) formuleren hypothesen voor situaties van (samenwerking van) een of meerdere principalen en agenten (hier wordt later op teruggekomen).

Een principaal kan ook meerdere agenten aansturen (multiple agents): "a principal (e.g., a government agency in the market for say copying, or security services, in various parts of the country or even in the same area) may have contracts with multiple agents (which may or may not have inconsistent interests among themselves)" (Halachmi, 2008a, p. 184). In een situatie van meerdere agenten met homogene activiteiten kan concurrentie tussen hen ontstaan, hetgeen de principaal de gelegenheid biedt om de prestaties van deze agenten te vergelijken en de efficiëntie ten goede komt (Tijdink, 1998, p. 66) of de agenten de kans biedt om te concurreren in de aanspraken op het budget van de principaal (Breton, 1995, pp. 412-413). Behalve concurrentie, bestaat in een situatie met meerdere agenten ook de mogelijkheid dat zij samenwerken. Samenhangend met de wijze van beloning bestaat het risico dat agenten met dezelfde taken (homogene activiteiten) minder efficiënt (meelift- of ontduik)gedrag vertonen: "If the team as a whole is rewarded, then each member of it has the temptation to ride free on others' efforts" (Dixit, 2002, pp. 707-708); "From the general principal-agent perspective . . . teamwork gives way to shirking" (Groenendijk, 1997, p. 226).¹¹⁷ Tijdink constateert in een bepaald deel van de principaal-agentliteratuur ook voordelen van samenwerking tussen agenten, namelijk wanneer zij door het delen van informatie tot betere beslissingen komen of wanneer prikkels in groepsbeloning worden gebruikt, waardoor de ene agent de andere gaat monitoren (Tijdink, 1998, pp. 66-67). Figuur 2.4 geeft de situatie van één principaal met meerdere agenten schematisch weer.

117. Deze mogelijkheid werd eerder (overigens in ander kader dan de PAT) uitgebreid beschreven door Alchian en Demsetz. Zij beschreven het risico dat, onder andere in non-profitorganisaties, leden van een team minder hard werken en profiteren van het werk van andere teamleden, omdat ieders individuele bijdrage niet goed meetbaar is en kosten moeten worden gemaakt om deze te monitoren (Alchian & Demsetz, 1972, pp. 780, 789).

Figuur 2.4 Situatie met een principaal en meerdere agenten

De combinatie van beide situaties waarbij meerdere principalen meerdere agenten aansturen, is de logische volgende variant. Boorsma en Tijdink in (2008, pp. 221-224) formuleren hypothesen voor situaties van een of meerdere principalen en agenten, waarbij agenten al dan niet kunnen samenwerken:

- Arrangementen met één principaal en één agent zijn het efficiëntst/ effectiefst;
- Arrangementen waarin agenten samenwerken zijn efficiënter/ effectiever dan wanneer deze agenten niet samenwerken;
- Arrangementen waarin alle agenten door één principaal worden aangestuurd zijn efficiënter/ effectiever dan arrangementen die door meerdere principalen worden aangestuurd, waarvan enkele meer dan één agent aansturen;
- Arrangementen waarin niet alle agenten door meer dan één principaal worden aangestuurd, zijn efficiënter/effectiever dan situaties waarin iedere agent meerdere principalen heeft.

De hypothesen zijn volgens hen lastig empirisch te toetsen, vanwege het vereiste onderscheiden van (kenmerken en gevolgen) van een dergelijk groot aantal relaties. Om die reden stellen zij voor de analyse toe te spitsen op enkele relaties.

De situatie waarbij meerdere principalen meerdere agenten aansturen doet zich voor op het in deze studie beschreven fz-terrein. In het (vereenvoudigde) voorbeeld van figuur 2.5 stuurt principaal x (de minister van VWS) een zorgaanbieder aan, principaal y (de minister van Justitie) twee zorgaanbieders, en principaal z (de minister van Financiën) de drie organisaties. Het is voorstelbaar dat de figuur complexer wordt wanneer rekening wordt gehouden met alle relevante actoren op dit terrein.

Figuur 2.5 Situatie met meerdere principalen en agenten

In de principaal-agentliteratuur wordt met name bij meerdere agenten de mogelijkheid besproken dat zij kunnen concurreren of samenwerken, met respectievelijke kansen op

vergroten van efficiëntie en risico's van ontduik- en liftersgedrag van dien (Breton, 1995, pp. 429,431; Waterman & Meier, 1998; Dixit, 2002, pp. 707-708; Boorsma & Tijdink, 2008, p. 222; Mallard, 2012). In de situatie van meerdere principalen wordt in de principaal-agentliteratuur in principe verondersteld dat iedere principaal zijn eigen doelen nastreeft, hetgeen nadelig is voor efficiënte uitkomsten. Samenwerking tussen principalen is in principe echter ook mogelijk. Hazeu (2000, pp. 98-101) beschrijft de sociale zekerheid als interessante casus met meerdere principalen en agenten. De analyse van de WRR uit 1994 samenvattend, stelt hij dat de aanwezigheid van meerdere principalen eerst decennialang goed heeft gewerkt, "zo lang werkgevers en werknemers betrokken waren bij en geëngageerd aan het nationaal economisch beleid" (te duiden als samenwerking, door hem aangeduid als een situatie van "georganiseerd vertrouwen"). Vanwege een als gevolg van een verslechtering van de wereldeconomie oplopende werkloosheid en een toenemende maatschappelijke en politieke polarisatie, sloeg dit om in "georganiseerd wantrouwen". Doordat men niet meer aan dezelfde doelen werkte, leidde dit tot toenemende transactiekosten en het in toenemende mate gebruiken van de (op collectieve lasten af te wentelen) Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering als afvloeiingsmechanisme bij de sanering van bedrijven. Tuinstra (2006, p. 341) analyseert de veranderingen in het uitvoeringsproces in relatie tot veranderingen in de uitkeringsstructuur en concludeert dat de effecten daarvan vier tot vijf keer groter in omvang zijn dan een 5% reductie in uitkeringen. Indien de overheid, vakbonden en werkgeversorganisaties voortvarender waren geweest in het oppakken van een dwingend rol voor de uitvoeringsinstanties, dan had volgens hem veel leed in de zin van versobering van het stelsel voorkomen kunnen worden.

Zowel agenten als principalen kunnen ervoor kiezen een contract minimalistisch (perfunctory) of ruimhartig (consummate) na te leven (Brown, Potoski & Van Slyke, 2010, p. i45). In figuur 2.6 worden de samenwerkende actoren in een gezamenlijk kader geplaatst.

Figuur 2.6 Situatie met (al dan niet samenwerkende) principalen en agenten

Uitgangspunten theorie

Zoals in het eerste hoofdstuk werd beschreven, maakt de PAT onderdeel uit van de nieuwe institutionele economie. Bepaalde uitgangspunten in de principaal-agentliteratuur hangen

samen met deze achtergrond. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kenmerken die volgens Moe ((1984), geciteerd in Halachmi, 2008b, p. 175) ten grondslag liggen aan de PAT, namelijk:¹¹⁸

- focus op het individu als basis voor analyse;
- veronderstelling van rationeel, nutsmaximaliserend gedrag;
- gerichtheid op efficiëntie, optimalisatie en evenwicht.

Neelen (1994, pp. 64-65) wijst in dit verband (verder) op:

- het contract als basis voor de relatie tussen principaal en agent;
- positieve transactiekosten.

Met betrekking tot de principaal-agentrelatie worden in de literatuur specifiek de volgende uitgangspunten genoemd, waarvan met name de eerste twee als kenmerkend gelden (Breton, 1995, p. 412; Waterman & Meier, 1998, p. 177):

- Tussen principaal en agent bestaat informatieasymmetrie, wat wil zeggen informatieongelijkheid dan wel onzekerheid en onvolledige informatie (Breton, 1995, p. 419). "De informatieasymmetrie komt voort uit de moeilijk waarneembare kwaliteit van de resultaten van de activiteiten, terwijl ook de activiteiten moeilijk waarneembaar zijn, en bovendien de resultaten daarvan niet 'alleen door de activiteiten van de bekostigde worden bepaald'" (De Vries, 1992, p. 71). Meestal wordt verondersteld dat de agent beter is geïnformeerd dan de principaal (Neelen, 1994, p. 64; Groenendijk, 1997, p. 208; Schut & Rutten, 2009, p. 253). Ross (1973, p. 135) suggereert dat de principaal juist ook over meer of betere informatie kan beschikken dan de agent: "The raison d'être for an agency relationship is that the agent (or the principal) may possess different (better or finer) information about the states of the world than the principal (agent)"¹¹⁹;
- De principaal en de agent streven verschillende doelen na (Breton, 1995, p. 419; Groenendijk, 1997, p. 208);
- Er is sprake van belangentegenstelling (conflict of interests) tussen principaal en agent (Tuinstra, 2006, p. 174);
- De principaal bepaalt de contractrelatie (Groenendijk, 1997, p. 208), is schijnbaar de dominante partij (Van der Zaal, 1997, p. 167) of wordt verondersteld de agent aan te sturen (Waterman & Meier, 1998, p. 180);
- Door samenwerking tussen principaal en agent is voordeel te behalen: "the principal is willing to pay more for the execution of a task than it will cost the agent" (Hendrikse 2003, geciteerd in Tuinstra, 2006, p. 174);
- Beslissingen worden beschouwd als afweging van typen kosten, zoals monitorings-, bindings- en welvaartsverlieskosten¹²⁰ (Groenendijk, 1997, p. 208).

118. Daarnaast noemt Moe "a preference for mathematical modeling" als vierde kenmerk van de principaal-agentliteratuur, dat echter geen onderscheidend, algemeen kenmerk is van de PAT en zeker ook niet gezegd kan worden van de nieuwe institutionele economie als geheel.

119. In de modelmatige literatuur veronderstellen sommige auteurs complete, symmetrische informatie; sommige auteurs incomplete, symmetrische informatie en weer anderen asymmetrische informatie (Mallard, 2012, pp. 29-30).

120. De concepten *residual loss*, en de hierna te noemen *monitoring* en *bonding costs* zijn afkomstig van Jensen en Mecklin (1976, p. 308). Het betreft enerzijds kosten voor de principaal om de agent te

Bij deze uitgangspunten passen twee kanttekeningen. De eerste kanttekening is dat, goed beschouwd, de meeste uitgangspunten niet uniek zijn voor de PAT en zelfs niet voor de nieuwe institutionele economie. Veronderstellingen over (1) rationeel en nutsmaximaliserend gedrag, (2) gerichtheid op efficiëntie, optimalisatie en evenwicht, (3) verschillen in preferenties (nutsfuncties) tussen economische actoren en beslissingen als resultaat beschouwen van kostenafwegingen, zijn in de neoklassieke economie immers gebruikelijk. Kenmerkend voor de PAT lijkt dat de relatie tussen principaal en agent plaatsvindt binnen de aanbodzijde van de economie en betrekking heeft op producentengedrag, waarbij de principaal te zien is als opdrachtgevend en de agent als uitvoerend producent, en waarbij de relatie tussen principaal en agent in verband met de beslissingsruimte van laatstgenoemde gepaard gaat met informatieongelijkheid en onzekerheid.¹²¹ De met de beslissingsruimte van de agent gepaard gaande onzekerheid en informatieasymmetrie tussen principaal en agent vormen een problematisch aspect van hun relatie. In de kern (en tenminste) de analyse onderscheiden principaal-agentrelaties zich hiermee van de in de reguliere economie gebruikelijke ruilrelaties (markttransacties) tussen vrager en aanbieder.¹²²

Een tweede kanttekening is dat enkele genoemde uitgangspunten onnodig beperkend lijken, waardoor de PAT aan realiteitsgehalte inboet. Het verdient voorkeur deze veronderstellingen (empirisch) te onderzoeken in plaats van deze als uitgangspunt te nemen. Waterman en Meier bepleiten ten behoeve van de toepassing van de PAT op overheidsterrein om de informatieasymmetrie en tegengestelde doelen niet als onveranderlijke factoren (uitgangspunten) te beschouwen, maar beide als een continuüm te zien (Waterman & Meier, 1998, p. 199). Door te veronderstellen dat de principaal en de agent ieder hun eigen (verschillende) doelen *hebben*, wordt de situatie uitgesloten dat de doelstellingen van principaal en agent overeen kunnen komen. Voor de bespreking van principaal-agentrelaties is het in principe voldoende om te veronderstellen dat deze doelstellingen *kunnen* verschillen en vervolgens met de theoretische risico's daarvan rekening te houden. Dit doet recht aan en biedt alternatieve mogelijkheden om deze risico's te verminderen door de doelen van de agent

monitoren (monitoring costs) en voor de agent om de principaal aan zich te binden (bonding costs) en anderzijds het welvaartsverlies (residual loss) dat de principaal lijdt, omdat de agent vanuit het perspectief van de principaal suboptimaal gedrag vertoont.

121. De onzekerheid van een transactie speelt overigens in de TKT van Williamson (zie subparagraaf 1.2.1) eveneens een belangrijke rol in verband met de hiermee gepaard gaande (hogere) transactiekosten en daaraan volgens deze benadering samenhangende governancestructuren (Williamson, 1979, 1981).
122. Zoals eerder gezegd wordt in deze studie beargumenteerd dat bepaalde (complexe, ondoorzichtige) ruilrelaties in de markt (mede) vanuit de invalshoek van principaal en agent kunnen worden geanalyseerd. Anders dan bijvoorbeeld Boorsma en Halachmi (in Halachmi & Boorsma, 1998, pp. XXIV-XXV) menen, kan het beschouwen van de relatie tussen arts en patiënt en (andere) marktrelaties vanuit de invalshoek van de PAT toegevoegde waarde opleveren vanwege het inzicht dat dit biedt in risico's bij dergelijke relaties. Een verschijnsel in de werkelijkheid (een complexe ruilrelatie) kan immers vanuit de ene vraagstelling zinvol geanalyseerd worden in termen van vraag en aanbod en vanuit een andere vraagstelling in termen van risico's die samenhangen met principaal-agentrelaties.

meer overeen te laten komen met die van de principaal.¹²³ Het aan een principaal-agentrelatie inherente vertegenwoordigingsprobleem (hierover later meer) blijft overigens dan nog wel aan de orde omdat, wanneer de doelstellingen tussen principaal en agent overeenkomen, verschillen in property rights ten aanzien van een fysiek goed of dienst resteren en daarmee verschillen in belang (zie paragraaf 2.2).¹²⁴ Hierdoor zijn (typerende) verschillen in gedrag te verwachten, analoog aan de gangbare veronderstelling in de economische literatuur dat consumenten en producenten verschillend (stereotiep) gedrag vertonen. Door de verschillen in property rights (belang) hechten principaal en agent elk een ander gewicht aan doelen die voor beiden belangrijk zijn (zoals verkrijgen van inkomen, status, vrije tijd) en vertonen zij verschillend gedrag.

Een ander onnodig beperkend uitgangspunt betreft de veronderstelling dat de principaal de contractrelatie en (daarmee) de agent stuurt. Deze eenzijdige top-down gedachte veronderstelling sluit ten onrechte en onnodig de mogelijkheid uit dat een contractrelatie door een agent kan worden gestuurd. Veranderende omstandigheden en dito krachtverhoudingen kunnen zich voordoen, zodanig dat een actieve(re) en zelfbewuste agent invloed heeft op de principaal. Zo wijst Van der Zaal (1997, pp. 165-169) op de tweezijdigheid van bilaterale samenwerkingsrelaties tussen agent en principaal en wijst Moe (2006, p. 27) op de noodzaak om rekening te houden met een politiek-strategische rol van de agent bij (het kiezen van) de principaal. Bovendien kunnen agenten zich organiseren in een collectief (samenwerken) waarmee zij hun onderhandelingspositie ten opzichte van de principaal (zoals de vakminister) versterken en de voorwaarden beïnvloeden.

In plaats van te veronderstellen dat de doelen tussen agent en principaal verschillen, lijkt kortom de nuancering op zijn plaats dat deze *kunnen* verschillen. Daarnaast lijkt het, met verwijzing naar de PRT, nuttig te onderkennen dat sprake is van verschillen in belang, ofwel property rights (zie bijvoorbeeld Tuinstra, 2006, p. 174), en dat de agent met het oog op dit belang in een principaal-agentrelatie ruimte heeft en in die zin meer sturend kan optreden, anders dan in de literatuur vaak wordt verondersteld.

De theorie: hoe vindt sturing plaats volgens de PAT?

Uit het voorgaande komt als kenmerkend element van een principaal-agentrelatie naar voren dat de door de agent namens de principaal te leveren dienst gepaard gaat met onzekerheid. Deze onzekerheid bestaat voor de principaal uit het gedrag van de agent (doet deze wat hij vanuit oogpunt van de principaal moet doen?), de randvoorwaarden (zijn deze niet te gunstig

123. Een aanzet is afkomstig van Waterman en Meijer (1998, pp. 185,190-199), die vanuit bestuurskundig perspectief een uitbreiding van de PAT voorstellen en hypothesen formuleren voor situaties waarin (beleidsinhoudelijke) doelen tussen principaal en agent al dan niet overeenkomen. Zij bepleiten hiermee aandacht voor een breder palet aan principaal-agentrelaties, die bovendien in de loop van de tijd kunnen veranderen en die lagere kosten van monitoring tot gevolg hebben in het geval de doelen van principaal en agent overeenkomen.

124. "De theorie van de eigendomsrechten kan in belangrijke mate worden gezien als een theorie die ingaat op de vraag, welke invloed de positie van eigenaar of niet-eigenaar heeft op het gedrag dat ten aanzien van een bepaald goed aan de dag wordt gelegd. Wat dit aspect betreft is de theorie van de eigendomsrechten verwant aan de agentschapstheorie" (Ter Bogt, 1997, p. 48).

voor de agent?) en de uitkomst (is de uitkomst aan het gedrag van de agent toe te schrijven of ergens anders aan?). De onzekerheid van de agent betreft de randvoorwaarden (zijn deze voor hem voldoende gunstig?) en de vraag of deze met de geleverde dienst de principaal voldoende aan zich weet te binden om te voorkomen dat deze een andere agent inschakelt (onderneemt de agent niet te veel of te weinig?). In de literatuur worden deze onzekerheden geschaard onder de noemers verborgen actie (*hidden action*) en verborgen informatie (*hidden information*) en worden ze gerelateerd aan bepaalde risico's, namelijk het morele risico (*moral hazard*) en het risico van averechtse selectie (*adverse selection*) (Neelen, 1994, pp. 67-70; Breton, 1995, p. 419). Het probleem van verborgen actie wordt in het algemeen toegeschreven aan de agent en betreft het morele risico dat deze in een een-op-eenrelatie met de principaal zowel de prikkel als de mogelijkheid heeft om kosten op de principaal af te wentelen (Neelen, 1994, p. 68). Algemener geformuleerd doet de agent niet zijn uiterste best voor de principaal (Braun & Guston, 2003, p. 304). De agent heeft (per definitie) eigen beslissingsruimte bij de uitvoering van zijn activiteiten, wat het risico met zich meebrengt dat hij vanuit het perspectief van de principaal niet optimaal gedrag vertoont (ontduikgedrag, een term die vergelijkbaar in het kader van de PRT wordt gebezigd, zie paragraaf 2.2) en dit voor de principaal verhuult. De principaal moet, om zicht te krijgen op deze verborgen actie, kosten maken om de activiteiten van de agent in beeld te krijgen (monitoring costs). Dit levert hem welvaartsverlies (residual loss) op ten opzichte van de situatie dat hij deze kosten niet hoeft te maken en in het geval dat, ondanks deze monitoring, opportunistisch gedrag bij de agent overblijft.

Tweezijdig moreel risico (verborgen actie)

In de PAT wordt het risico van verborgen actie in het algemeen aan de agent toegeschreven, in lijn met het (hiervoor bekritiseerde) uitgangspunt dat de principaal de agent stuurt en dat daarbij sprake is van een top-downrelatie. Dit beperkt ten onrechte het zicht op de mogelijkheid van dergelijk handelen aan de zijde van de principaal. Ook bij de principaal bestaat immers de mogelijkheid van verborgen actie en is moreel risico niet uitgesloten (Van Slyke, 2006, p. 163). De principaal kan bijvoorbeeld terugkomen op de met de agent afgesproken voorwaarden, deze ruimhartig of minimaal naleven (Brown et al., 2010, p. i45) of doorschieten in zijn pogingen om de activiteiten van de agent te monitoren. In deze situaties ontstaat een welvaartsverlies voor de agent. Het lijkt derhalve realistisch om met een tweezijdig moreel risico rekening te houden, dat wil zeggen dat in een principaal-agentrelatie beide actoren zowel de prikkel als de mogelijkheid kunnen hebben om (in ruime zin) de kosten van hun handelen op de ander af te wentelen.

Het morele risico doet zich voor *nadat* het contract tussen principaal en agent is afgesloten, in tegenstelling tot het risico van averechtse selectie dat optreedt *voordat* het contract wordt afgesloten (Jegers, 2009, p. 145). Dit risico wordt verondersteld bij de principaal te liggen, in het geval deze niet voldoende informatie heeft over de kwaliteit van de door de agent verleende dienst (Neelen, 1994, p. 68), over 'goede' of 'slechte' risico's (Hazeu, 2000, p. 55), om die agent te vinden die het meest geschikt is om de dienst te verlenen (Braun & Guston, 2003, p. 304). Het klassieke, in 1970 door Akerlof beschreven, voorbeeld van het probleem van de verborgen informatie en het risico op averechtse selectie heeft betrekking op de markt

voor tweedehandsauto's (lemons) (Neelen, 1994, p. 68). Voordat het contract wordt afgesloten weet de principaal (koper) niet of de agent (verkoper) een 'goed' of 'slecht' risico met zich meebrengt (Hazeu, 2000, pp. 54-55). Vanwege de informatieasymmetrie tussen koper en verkoper over de kwaliteit en risico's van een tweedehandsauto, zijn kopers slechts bereid een relatief lage prijs te betalen om zich in te dekken tegen dit risico. Bezitters van goede auto's hebben hierdoor geen prikkel om hun auto te koop aan te bieden. "Een aanhoudend neerwaartse druk op de prijzen en een afnemend aanbod kan zelfs leiden tot het verdwijnen van de markt in zijn geheel" (Hazeu, 2000, p. 55). De verzekeringsmarkt wordt als "extreem gevoelig voor dit mechanisme van averechtse selectie" gezien, waardoor deze uiteindelijk zou kunnen verdwijnen (Hazeu, 2000, p. 55). Bij een uniforme prijs loopt de verzekeraar (principaal) immers het risico dat alleen de verzekeringnemers (agenten) met slechte risico's zich willen verzekeren. Om toekomstig verlies te vermijden, verhoogt de verzekeraar de premie, waardoor potentiële klanten met goede risico's zich niet verzekeren.

Tweezijdig risico van averechtse selectie (verborgen informatie)

In de PAT wordt het risico van averechtse selectie in het algemeen aan de principaal toegeschreven. Wanneer rekening wordt gehouden met de mogelijkheid dat de principaal-agentrelatie niet alleen top-down van aard is, ontstaat ruimte voor de mogelijkheid dat, in een situatie met meerdere principalen, een agent het risico loopt de verkeerde principaal te selecteren (voor de verkeerde opdrachtgever of werkgever te werken). Een uitvoeringsorganisatie (agent) met een sterke positie kan er bijvoorbeeld voor kiezen het accent meer te leggen op bepaalde taken (producten) ten gunste van de ene en ten koste van de andere principaal (vakminister) en sommige taken minder goed of helemaal niet meer uit te voeren (verlaten van de markt), terwijl de principaal ten behoeve van wie hij werkt ervoor kan kiezen het contract minimalistisch uit te voeren of niet te verlengen (Brown et al., 2010, p. i45). Het lijkt derhalve realistisch om rekening te houden met een tweezijdig risico van averechtse selectie, zelfs in een situatie dat de principaal formeel gesproken de agent selecteert en niet andersom.

Na de constatering dat onzekerheid en informatieongelijkheid kenmerkende elementen zijn in een principaal-agentrelatie en dat hieraan bepaalde risico's (moreel risico en averechtse selectie) zijn verbonden, kan het centrale probleem in de PAT worden beschreven. Jensen en Meckling (1976, p. 309) omschrijven het *agency problem*, dat meestal niet in het Nederlands wordt vertaald, maar naar de kern van een principaal-agentrelatie is aan te duiden als een vertegenwoordigingsprobleem: "the problem of inducing an 'agent' to behave as if he were maximizing the "principal's" welfare". Hun oogmerk is de bepaling van het optimale coördinatiemechanisme, zoals de optimale schaal of organisatievorm van een bedrijf of van een (ander) contractueel arrangement (Jensen & Meckling, 1976, p. 330). Deze vraagstelling vertoont parallellen met de in subparagraaf 1.2.1 besproken transactiekostenbenadering van Williamson (1979, 1981, 1998a). De principaal-agentliteratuur richt zich echter in hoofdlijnen op de vraag hoe de agent te verleiden is meer in het belang van de principaal te handelen: "the fundamental problem in agent-principal relationships of insuring agent behavior desired by the principal (Mitnick, 1980, p. XXIV); "Commonly, the principal-agent problem boils down to this: Given a highly incomplete set of performance measures and a highly complex set of potential responses from the agent, how can the agent be motivated to act in the social

interest?" (Holmstrom & Milgrom, 1991, p. 50); "In principaal-agentrelaties staat het probleem centraal hoe het contract tussen beide partijen kan worden gespecificeerd op een manier dat de agent optimaal wordt gemotiveerd in het belang van de principaal te handelen" (Hazeu, 2000, p. 81); "The challenge is to ensure that the self-interested individuals do not act against the principal's well being in an organizational setting" (Kilfoyle & Richardson, 2011, p. 185). De agent wordt daarbij in een passieve rol gezien en is gericht op pogingen om de principaal aan zich te binden (hierover later meer). De principaal-agentrelatie is echter, zoals eerder beargumenteerd, mogelijk minder top-down dan vaak wordt verondersteld. Zowel principaal als agent kunnen onzekerheden en risico's (moreel risico en averechtse selectie) ondervinden, waardoor sprake kan zijn van een wederzijds belang om de ander te verleiden in elkaars belang te handelen. Het lijkt in dit kader zinvol de probleemstelling in de pa-benadering te herformuleren als de vraag hoe de principaal en de agent in elkaars belang kunnen handelen om zich aan elkaar te binden. Een dergelijke verbreding van de vraagstelling, met oog voor risico's van mogelijke gemakzucht die in langdurige relaties kan ontstaan, lijkt met name van belang met het oog op het ontwikkelen van duurzame principaal-agentrelaties.¹²⁵

Het laatste onderdeel in de redenering van de PAT betreft de oplossingsstrategieën die de actoren ter beschikking staan om, gegeven de onzekerheden en risico's in een principaal-agentrelatie, het centrale vertegenwoordigingsprobleem op te lossen. Jensen en Meckling (1976, p. 330) formuleren dit als het minimaliseren van de kosten die het onvermijdelijke gevolg zijn van een principaal-agentrelatie (*agency costs*, hier aangeduid als vertegenwoordigingskosten). Deze aan een principaal-agentrelatie verbonden kosten omschrijven zij als de som van:¹²⁶

- (al dan niet financiële) kosten van de principaal om de activiteiten van de agent te monitoren (monitoring costs);
 - (al dan niet financiële) kosten van de agent om de principaal aan zich te binden (bonding costs);
 - het welvaartsverlies dat de principaal lijdt, omdat de agent een andere beslissing neemt dan het maximaliseren van de welvaart van de principaal (residual loss).
- (Jensen & Meckling, 1976, p. 308)

Hier zij opgemerkt dat (tenminste) de eerste twee categorieën vertegenwoordigingskosten (monitorings- en bindingskosten) gedeeltelijk samenvallen met het eerdergenoemde en vaker gebruikte begrip transactiekosten (Ter Bogt, 1997, p. 74). Hoewel een eenduidige definitie van het begrip transactiekosten in de literatuur ontbreekt (zie ook paragraaf 2.2), betreft dit in grote lijnen de kosten die nodig zijn om een bepaalde transactie, organisatie of bepaald systeem tot stand te brengen. De met een principaal-agentrelatie samenhangende bindings- en monitoringskosten zijn in zekere zin te beschouwen als (specificaties van) kosten die nodig zijn om transacties binnen die relatie tot stand te brengen en kunnen dus ook als

125. Een alternatief is de suggestie om het begrip "agency-opbrengsten" te introduceren als tegenhanger van de hierna te bespreken "agency-kosten", en daarmee aandacht te genereren voor de positieve aspecten in een principaal-agentrelatie (Van der Zaal, 1997, pp. 159-160).

126. Groenendijk merkt overigens terecht op dat dit een abstracte benadering is, omdat dit vereist dat de kosten van de principaal en van de agent bij elkaar kunnen worden opgeteld.

transactiekosten worden gezien. Of welvaartsverliezen eveneens als (een vorm van) transactiekosten kunnen worden beschouwd, hangt af van hoe ruim het begrip transactiekosten wordt gedefinieerd (paragraaf 4.4). In een ruime opvatting van dit begrip kan het welvaartsverlies van de principaal als transactiekosten worden beschouwd, omdat dit kosten betreft die de principaal 'op de koop toeneemt' bij de transactie met de agent. Als begrip is dit dan echter weinig onderscheidend of aanvullend ten opzichte van de monitoring en bonding costs. Het welvaartsverlies in een principaal-agentrelatie kan echter ook worden geïnterpreteerd als het risico dat de agent een te hoge prijs of productievolume bij de principaal in rekening brengt (of omgekeerd, dat een principaal een te lage vergoeding hiervoor geeft) en is in die zin te relateren aan (te hoge of te lage) productiekosten. Het begrip vertegenwoordigingsprobleem komt volgens deze terminologie neer op het minimaliseren van de transactie- en productiekosten in een principaal-agentrelatie. Dit sluit aan bij de eerdere argumentatie dat in een situatie met meerdere agenten en meerdere principalen rekening moet worden gehouden met tweezijdige risico's voor beide partijen, en dat het realistisch is om (anders dan Jensen en Meckling doen) rekening te houden met monitoringskosten, bindingskosten en welvaartsverliezen van zowel de agent als de principaal.

Voor de vraag hoe deze vertegenwoordigingskosten geminimaliseerd kunnen worden, anders dan door een ander contractueel arrangement te kiezen, biedt het door Jensen en Meckling genoemde onderscheid in typen kosten geen houvast. In de literatuur worden, in navolging van onder meer Lindblom, basismechanismen onderscheiden om het gedrag van een actor beïnvloeden, namelijk via prikkels (incentives), regelgeving of richtlijnen (directives) en overreding (persuasion) (Mitnick, 1980, p. 321 e.v.; Van der Doelen, 1989, pp. 63-76; Neelen, 1994, pp. 70-72; Groenendijk, 1997, pp. 211-213).¹²⁷ De drie genoemde beïnvloedingsmechanismen kunnen worden ingezet als manieren om de vertegenwoordigingskosten te verminderen, door (positieve) financiële en andere consequenties te koppelen aan gewenste gedragsalternatieven of door (on)gewenste gedragsalternatieven via informatieoverdracht aantrekkelijker te maken. Groenendijk (1997) formuleert dit als volgt:

More in general, the use of directives is aimed at reducing the set of alternative actions for A [agent], whereas the use of incentives can be seen as changing the characteristics of the alternatives, and the use of persuasion as changing the criteria by which the alternatives are assessed. (p. 212)

Een klassieke benadering in de principaal-agentliteratuur betreft het ontwerpen van een uitgekiend beloningssysteem, zodanig dat het belang van de agent meer in lijn komt (*aligns*) met dat van de principaal: "in agency literature, the *principal's problem* is mainly confined to the design of an efficient incentive structure in order to achieve a situation of incentive compatibility between principal and agent" (Neelen, 1994, p. 70); "The prime concern of

127. Mitnick beperkt zich tot hiërarchische principaal-agentrelaties en stelde dat een principaal prikkels en richtlijnen kan gebruiken om de keuzemogelijkheden ("means of control") van de agent te beperken (Mitnick, 1980, pp. 9, 321 e.v.) en laat overreding als beïnvloedingsmechanisme buiten beschouwing.

scholars working in this tradition [the principal-agent model of organizations] is the analysis of contracts which embody payment or fee schedules that are optimal from the point of view of principals" (Breton, 1995, p. 418); "A well-designed contract, i.e. budget and budget-based compensation scheme, would serve the purpose of aligning the interest of the agent with that of the principal" (Kilfoyle & Richardson, 2011, p. 185). Daarnaast zijn, zoals eerder aangegeven, in situaties waarin sprake is van meerdere principalen en agenten strategieën mogelijk, waarin actoren er al dan niet voor (kunnen) kiezen samen te werken of te concurreren (Breton, 1995, pp. 429,431; Waterman & Meier, 1998; Dixit, 2002, pp. 707-708; Boorsma & Tijdink, 2008, p. 222; Mallard, 2012). Beiden kunnen er bovendien voor kiezen een contract minimalistisch of ruimhartig na te leven (Brown et al., 2010, p. i45).

Toepassingen

De principaal-agentliteratuur is zeer uitgebreid en om die reden is het in dit kader ondoenlijk anders dan in hoofdlijnen een beeld te geven van de toepassingen en de bevindingen daarvan. Jensen en Meckling (1976, pp. 309-310) stellen tegenover de op dat moment bestaande door hen als 'normatief' aangeduide literatuur, hun eigen 'positieve' benadering.¹²⁸ In een later artikel spreekt Jensen van de 'principal-agentliterature' in het geval van mathematische en niet-empirische literatuur en van 'positive theory of agency' in het geval van empirische en niet-mathematische literatuur, al is dit onderscheid volgens hem niet volledig: "neither literature is entirely so" (Jensen, 1983, p. 334).¹²⁹ De (voornamelijk) mathematische benadering concentreert zich op de preferenties van de contractanten, de aard van onzekerheid en de informatiestructuur in de omgeving. De aandacht is gericht op het delen van risico's, op de optimale contractvorm en op de in afwezigheid van informatiekosten te realiseren welvaartswinst. De (voornamelijk) empirische benadering richt zich op factoren in de context van het contract (zoals vermogensopbouw, specialisatie van bezittingen, informatiekosten en interne en externe arbeidsmarkt) die samenhangen met kosten in verband met monitoring en binding en de contractvorm.

Inmiddels zijn de verschillende benaderingen (nog) minder strikt te onderscheiden en wordt in deelstudies ingegaan op complexere situaties, waarbij aandacht wordt besteed aan principaal-

128. De normatieve benadering betreft volgens hen de vraag "how to structure the contractual relation (including compensation incentives) between the principal and agent to provide appropriate incentives for the agent to make choices which will maximize the principal's welfare given that uncertainty and imperfect monitoring exist" (Jensen & Meckling, 1976, p. 309). In hun (empirische) benadering analyseren ze de (agency)kosten die volgens hen het onvermijdelijke gevolg zijn van een principaal-agentrelatie (1976, pp. 328, 330) om op grond daarvan de meest gunstige organisatievorm of schaalgrootte te bepalen. Neelen (1994, p. 62) stelt overigens dat beide benaderingen normatieve elementen bevatten, omdat zij uitgaan van het perspectief van de principaal (eerder in deze paragraaf is deze eenzijdige invalshoek ter discussie gesteld).

129. Volgens Neelen (1994, p. 62) is het enige consistente verschil tussen de door Jensen genoemde benaderingen de werkwijze die in zijn ogen ofwel analytisch ofwel empirisch is. Neelen onderscheidt, en in navolging van hem Tijdink (1998, p. 64) en M. de Vries (2001, p. 28), om die reden de analytische en empirische agencytheorie. Tabel 2.1 laat echter zien dat er voorbeelden zijn waarin beide benaderingen worden gecombineerd.

agentrelaties die meerdere periodes, meerdere of complexe taken en meerdere principalen en/of agenten betreffen. Daarbij wordt een (veelal) mathematische of conceptuele benadering gecombineerd met een theoretische (dat wil zeggen een op veronderstellingen gebaseerde) of empirische invalshoek. Zonder hiermee volledigheid te willen suggereren laat tabel 2.1 voorbeelden zien van de verschillende benaderingen en invalshoeken. In de daarin als conceptueel aangeduide literatuur ligt het accent op de empirische invalshoek (vermoedelijk doelde Jensen op deze categorie met positive theory of agency). In de mathematische principaal-agentliteratuur ligt de nadruk op een theoretische, op veronderstellingen gebaseerde invalshoek (vermoedelijk de categorie die Jensen aanduidde als principal-

Tabel 2.1 Enkele toepassingen van de PAT naar type benadering

Benadering	Theoretisch	Empirisch
Conceptueel	(Fama & Jensen, 1983b, 1983a; Jensen, 1983; Sappington, 1991; Breton, 1995; Waterman & Meier, 1998; Huber & Shipan, 2000; Donaldson, 2012)	(Berle & Means, 1932/2010; De Vries, 1992; Neelen, 1994; Ter Bogt, 1997; Van der Zaal, 1997; Halachmi & Boorsma, 1998; Tijdink, 1998; De Vries, 2001; Braun & Guston, 2003; Burgess & Ratto, 2003; Müller & Strom, 2004; Laugesen, 2005; Collin, 2007; Boorsma & Tijdink, 2008; Halachmi, 2008b, 2008a; Jegers, 2009; Brown et al., 2010; Heinrich & Marschke, 2010; Damro, 2011; De Kruijff, 2011; Enthoven, 2011; Kilfoyle & Richardson, 2011; Gailmard & Patty, 2012; Mallard, 2012; Enders, De Boer & Weyer, 2013)
Mathematisch/ modelmatig	(Ross, 1973; Jensen & Meckling, 1976; Shavell, 1979; Fama, 1980; Bernheim & Whinston, 1986; Laffont & Tirole, 1990; Holmstrom & Milgrom, 1991; Tirole, 1994; Dixit, 1997; Groenendijk, 1997; Dewatripont, Jewitt & Tirole, 1999; Bergemann & Välimäki, 2003; Boyer, 2003; Roland & Tirole, 2003; Besanko, Regibeau & Rockett, 2005; Genicot & Ray, 2006; Han, 2006; Stracca, 2006; Attar, Piasser & Porteiro, 2007; Tommasi & Weinschelbaum, 2007; Acemoglu, Kremer & Mian, 2008; Bond & Gomes, 2009; Pavan & Calzolari, 2009; Attar, Campioni, Piasser & Rajan, 2010)	(Gron, 1998; Anderhub, Gachter & Königstein, 2002; Dixit, 2002; Vera-Hernandez, 2003; Fehr & Schmidt, 2004; Dupouët & Yıldızoğlu, 2006; Moe, 2006; Tuinstra, 2006; Cole & Fredriksson, 2009; Hamman et al., 2010; Ludwig et al., 2010; Burgess, Propper, Ratto & Tominey, 2012; Dikolli et al., 2013)

agentliterature). Hoewel dit geen systematische literatuurverkenning betreft en generaliserende uitspraken dus niet mogelijk zijn, illustreert de tabel dat de mathematische benadering in de principaal-agentliteratuur sterk vertegenwoordigd is, en dat hierbij alsook in de conceptuele benadering na de beginjaren vaak een empirische invalshoek wordt gekozen. Aan het gebruik van één of beide methode(n) zijn voor- en nadelen verbonden die samenhangen met de stand van onderzoek op een bepaald terrein en die toepassing ervan meer of minder geschikt maken (Dikolli et al., 2013). Voor reviews van bevindingen in de conceptueel-theoretische benadering wordt verwezen naar Huber en Shipan (2000), voor de mathematisch-theoretische benadering naar Stracca (2006), voor de conceptueel-empirische benadering naar Burgess en Ratto (2003), Jegers (2009), Heinrich en Marschke (2010), Gailmard en Patty (2012), en Mallard (2012), en voor de mathematisch-empirische benadering naar Dixit (2002).

De principaal-agentliteratuur vindt, zoals gezegd, haar oorsprong in de relatie tussen de eigenaar van een bedrijf en de manager aan wie taken zijn gedelegeerd. De toepassing binnen de private sector is daarmee een belangrijk domein in de principaal-agentliteratuur (Jensen & Meckling, 1976, p. 309 e.v.; Fama, 1980; Fama & Jensen, 1983b). Inmiddels zijn echter ook vele studies naar principaal-agentrelaties binnen de publieke sector verricht (bijvoorbeeld Sappington, 1991; De Vries, 1992; Neelen, 1994; Tirole, 1994; Breton, 1995; Dixit, 1997; Groenendijk, 1997; Ter Bogt, 1997; Halachmi & Boorsma, 1998; Waterman & Meier, 1998; Dewatripont et al., 1999; De Vries, 2001; Dixit, 2002; Braun & Guston, 2003; Burgess & Ratto, 2003; Moe, 2006; Tommasi & Weinschelbaum, 2007; Acemoglu et al., 2008; Boorsma & Tijdink, 2008; Halachmi, 2008b, 2008a; Jegers, 2009; Heinrich & Marschke, 2010; Enthoven, 2011; Burgess et al., 2012; Gailmard & Patty, 2012; Mallard, 2012). Belangrijk onderwerp van aandacht betreft de prikkels in de beloningsstructuur binnen de publieke sector als gevolg van de specifieke kenmerken daarvan (Tirole, 1994, pp. 3-6):

- het nastreven van meerdere doelen, die lastig te meten en te prioriteren zijn;
- de mede als gevolg daarvan gebrekkige vergelijkbaarheid;
- heterogeniteit en in de tijd inconsistente preferenties van de principalen (kiezers);
- gedeeld eigendom. Voor zover er vertegenwoordigende organen zijn, zoals politieke partijen en belangengroepen, kunnen deze (iets) andere belangen hebben dan degenen die ze vertegenwoordigen.

Als gevolg van deze kenmerken zijn er zwakke financiële prikkels in de beloningsstructuur en spelen carrièreperspectieven (de opgebouwde reputatie en daarmee de toekomstige carrière) van zowel principaal als agent en monitoring een rol. Het toepassen en naleven van regels beschermen tegen ongewenste beïnvloeding door belanghebbenden van de agent (Tirole, 1994, pp. 6-16). Dixit (2002, pp. 711-715) wijst op de aanwezigheid van meerdere principalen die al dan niet dezelfde doelen nastreven en daarin al dan niet samenwerken, die daarbij meerdere taken op het oog hebben en het gebrek aan competitie als problematische kenmerken van de publieke sector zien die leiden tot zwakke beloningsprikkels, naast de intrinsieke motivatie van agenten om daarin te werken als een gunstig(er) kenmerk

daarvan.¹³⁰ In een eerdere studie constateerde Dixit (1997) reeds dat suboptimale oplossingen soms te verkiezen zijn:

We have multiprincipal politics for a reason, namely, to provide checks and balances against biased or arbitrary exercise of power. . . . But one should recognize that this benefit comes with an attendant cost, namely, weak incentives, which can lead to indecision or gridlock. In politics, as in economics, the first-best is elusive, and we must accept many unsatisfactory compromises. (p. 381)

Om concentratie op deelresultaten en disfunctionele effecten van een beloningssysteem ("game the system to their advantage") te voorkomen, moet een dergelijk systeem op organisatieniveau worden doordacht en imperfecte, zwakke prikkels worden geaccepteerd (Dixit, 2002, p. 723). Op basis van een recente overzichtsstudie stellen Heinrich en Marschke (2010) voor om, waar mogelijk, de taken zodanig te verdelen dat de intrinsiek gemotiveerde agenten de lastig meetbare taken krijgen en de andere agenten de meetbare taken met een daarop afgestemde beloningsstructuur. Daarnaast is volgens hen aandacht nodig voor het misbruik (*gaming*) van de prestatiemetingen, bijvoorbeeld door telkens wijzigingen aan te brengen in de beloningsstructuren. Er is overigens nog maar weinig empirisch onderzoek gedaan naar het effect van prestatiebeloningen op de productiviteit in organisaties binnen de publieke sector (Burgess et al., 2012, pp. 3, 24). Hun studie in dit kader naar Jobcentre Plus, een programma om werklozen aan een baan of uitkering te helpen, laat voor de organisatie als geheel geen productiviteitsverschillen zien, maar in kleine teams en regio's wel. De onderzoekers schrijven dit toe aan de sterkere onderlinge controle en informatie-uitwisseling in kleine teams, waar in tegenstelling tot grotere teams, minder gelegenheid is tot meeliftgedrag (freeriding). Eerder wezen Burgess en Ratto (2003, pp. 289-293) eveneens op het belang van de teamgrootte.

Er is, voor zover bekend, relatief weinig empirisch onderzoek gedaan naar situaties in de publieke sector met meerdere principalen en meerdere agenten (Halachmi & Boorsma, 1998, p. xxvi; Dixit, 2002, p. 723; Braun & Guston, 2003, p. 304).¹³¹ In een (vrij actueel) literatuuroverzicht over common agencies (zie figuur 2.3) wijst Mallard (2012, pp. 22, 25-27) op de invloed van belangengroepen en plaatst kanttekeningen bij veronderstellingen in de gehanteerde modellen: wanneer vormen actoren om welke reden een belangengroep en maximaliseren zij daarbij alleen hun eigen belang of zijn zij bereid om compromissen te sluiten?¹³² Een voor deze studie relevante toepassing van de PAT betreft de beschrijving van

130. Een op hoofdlijnen vergelijkbare overzichtsstudie is afkomstig van (Burgess & Ratto, 2003).

131. Uitzonderingen vormen Dixit (2002) en Cole en Fredriksson (2009). Laatstgenoemden onderzochten de invloed (lobby) van buitenlandse investeringen door belanghebbenden op milieuregelgeving.

132. Mallard onderscheidt statische, sequentiële en dynamische modellen en stelt vast dat de eerstgenoemde het meest voorkomen. Hij deelt toepassingen daarvan in naar de aandachtsgebieden van politieke invloed (political influence), industriële organisatie (industrial organization) en de voorziening van goederen en diensten (public goods provision) (Mallard, 2012, pp. 17-18). Voor deze studie zijn met name zijn kanttekeningen over het politieke systeem en de rol van belangengroepen interessant: wanneer vormen actoren om welke reden een belangengroep; maximaliseren zij daarbij alleen hun eigen belang of zijn zij bereid om compromissen te sluiten? (Mallard, 2012, pp. 22, 25-27).

principaal-agentproblemen in de (reguliere) gezondheidszorg (Schut & Varkevisser in: Schut & Rutten, 2009, pp. 253- 255), waaronder het morele risico dat de kosten van de behandeling op derden worden afgewenteld:¹³³

Doordat het prijsmechanisme grotendeels is uitgeschakeld [vanwege betaling door derden, waaronder particuliere en sociale verzekeringen en de overheid], speelt geld voor de burgers vaak geen rol op het moment dat zij zorg nodig hebben. Ook zorgaanbieders weten dat geld voor patiënten een ondergeschikte rol speelt. Dit kan ertoe leiden dat vragers en aanbieders daar bewust of onbewust rekening mee gaan houden en bijvoorbeeld onnodig veel of onnodig dure zorg consumeren of voorschrijven. (Schut & Rutten, 2009, p. 21)¹³⁴

Een interessante empirische toepassing van de PAT op het terrein van de gezondheidszorg betreft onderzoek naar gedragsreacties op financiële prikkels van zorgaanbieders, dat door Douven, Remmerswaal en Zoutenbier (2015, p. 1) kernachtig samengevat is als "Imperfect agent models describe two important motivations for providers (Ellis and McGuire 1986, 1990); providers care for the well-being of their patients and for the compensation they receive for their services". Zij onderzoeken de gedragsreacties van zorgaanbieders in de curatieve ggz op het (trapsgewijze)¹³⁵ bekostigingssysteem van de Zvw, waarmee zij te maken kregen nadat de curatieve ggz werd overgeheveld vanuit de AWBZ (Dhoven et al., 2015, 2016). Ze typeren zorgaanbieders die relatief veel Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) afsluiten net na tariefgrenzen als extrinsiek gemotiveerd¹³⁶ en onderzoeken, constaterend dat zij met vergelijkbare patiëntgroepen te maken hebben als minder extrinsiek

133. Eerder is beschreven dat sommige auteurs een relatie tussen verzekeraar en verzekerde niet als principaal-agentrelatie zien, maar als een (reguliere) relatie tussen marktpartijen met specifieke problemen (moral hazard en adverse selection) en bijbehorend marktfalen. In onderhavige studie wordt, zoals toegelicht, een ander standpunt ingenomen.

134. Zie bijvoorbeeld Laugesen (2005), die het draagvlak voor hervormingen van de gezondheidszorg onderzocht in vijf landen met een nationale gezondheidszorg (Italië, Nieuw-Zeeland, Spanje, Zweden en het Verenigd Koninkrijk). Nieuw-Zeeland kende de meest vergaande aanpassing aan het marktmodel, maar moest dit terugdraaien. Hij concludeert "There is evidence to suggest that the adoption of market competition is less likely when a majority of people see health care as different from other parts of the economy".

135. De beloning voor een DBC is afhankelijk van het type diagnose en de behandelduur, gerekend vanaf het eerste contact tot de laatste administratieve handeling (Dhoven, Zoutenbier & Remmerswaal, 2016, p. 135): "Het tarief voor een DBC stijgt met de behandelduur via een trapsgewijze functie op de tijdsgrenzen van 250, 800, 1800, 3000 en 6000 minuten. . . . Net voor de tijdsgrenzen is er een prikkel voor aanbieders om langer door te behandelen dan nodig."

136. Deze bevindingen zijn in lijn met de NZa (2014b, p. 52) die constateerde dat de stijging in aantal DBC's na een tijdsgrens zich voordoet bij vrijgevestigde zorgaanbieders (bekostigd via DBC's) en niet bij gebudgetteerde zorgaanbieders (in 2011 nog niet bekostigd via DBC's). De NZa typeert dit fenomeen als *upcoding* en concludeert dat "in de Zvw indicaties [zijn] dat niet-gebudgetteerde aanbieders de duur van een behandeling af laten hangen van de vergoedingen van de tijdsklassen".

gemotiveerde zorgaanbieders, de verschillen in behandeling tussen beide.¹³⁷ Douven et al (2015) concluderen:

We find that the majority of the providers are, to some degree, extrinsically motivated and strategically set treatment duration to exploit the discontinuities in the compensation scheme. In addition, non-extrinsically motivated providers treat mental health patients shorter, receive less compensation and report better treatment outcomes, as measured by the improvement in Global Assessment of Functioning. (n.p.)

Andere voorbeelden van empirisch onderzoek van principaal-agentrelaties in de gezondheidszorg in Nederland hebben betrekking op verschillen in efficiency en kwaliteit van (afdelingen in) ziekenhuizen, waarbij de patiënt als principaal wordt gezien die ten opzichte van medisch specialisten in ziekenhuizen (de agenten) een informatieachterstand heeft met betrekking tot de kosten en kwaliteit van de behandeling (Ludwig et al., 2010, p. 292), en verschillen in doelmatigheid van interne sturing, waarbij de raad van toezicht (principaal) informatieachterstand heeft ten opzichte van de raad van bestuur (agent) (Blank et al., 2013, pp. 34-36). Ludwig et al. constateren in lijn met eerder onderzoek dat een toename van efficiëntie niet ten koste gaat van de kwaliteit van behandeling, dat de efficiëntie op het niveau van het ziekenhuis als geheel verschilt van dat op afdelingsniveau en dat kwaliteitsproblemen vanwege de informatieasymmetrie tussen ziekenhuizen en hun patiënten minder schadelijk zijn dan vaak wordt gedacht. Blank et al. onderzochten 26 variabelen voor interne sturing, waarvan er vier enige samenhang vertonen met de kostendoelmatigheid (omvang van de raad van toezicht, omvang van de raad van bestuur, aanwezigheid bonussysteem voor de raad van bestuur en aandeel specialisten in loondienst). Zij concluderen dat deze slechts 9% tot 14% van de totale variantie verklaren, waardoor volgens Blank et al. (2013, pp. 12-14) "de veronderstelde relatie tussen interne sturing en kostendoelmatigheid maar zeer beperkt aantoonbaar is".

Conclusie

De PAT betreft een uitbreiding van de aanbodkant van de standaard economische theorie, waarbij de principaal te zien is als opdrachtgevend en de agent als opdrachtnemend producent. De relatie tussen beiden heeft betrekking op een in het kader van een contract te leveren dienst en gaat per definitie gepaard met beslissingsruimte van de agent. Als gevolg hiervan ontstaat onzekerheid, omdat onduidelijk is of het resultaat is toe te schrijven aan de inspanningen van de agent of ergens anders door is veroorzaakt.

Kenmerkend voor een principaal-agentrelatie is de informatieongelijkheid tussen de principaal en de agent en het feit dat beider doelen kunnen verschillen. Volgens de principaal-agentliteratuur brengt onzekerheid hierover de mogelijkheid van 'verborgen actie' door de agent en van 'verborgen informatie' voor de principaal met zich mee. Verborgene actie leidt volgens de principaal-agentliteratuur tot het morele risico van afwenteling van de kosten door

137. De ontwikkeling van de behandeling is gemeten door het verschil in *Global Assessment of Functioning* (GAF), een indicator die volgens de onderzoekers al jaren routinematig door zorgaanbieders wordt bijgehouden en vooral betrouwbaar is wanneer (zoals in betreffend onderzoek gebeurt) grote groepen patiënten worden vergeleken (Douven et al., 2016, p. 136).

de agent op de principaal. Verborgen informatie leidt tot het risico van averechtse selectie van een agent door de principaal.

De principaal-agentliteratuur richt zich in hoofdlijn op de vraag hoe de agent te verleiden is meer in het belang van de principaal te handelen, of abstracter geformuleerd, hoe de vertegenwoordigingskosten geminimaliseerd kunnen worden. Deze zijn door Jensen en Meckling (1976) omschreven als de som van:

- (al dan niet financiële) kosten van de principaal om de activiteiten van de agent te monitoren;
- (al dan niet financiële) kosten van de agent om de principaal aan zich te binden;
- het welvaartsverlies dat de principaal lijdt, omdat de agent een andere beslissing neemt dan het maximaliseren van de welvaart van de principaal.

De monitorings- en bindingskosten kunnen als (vormen van) transactiekosten worden opgevat (Ter Bogt, 1997, p. 75) en het welvaartsverlies is gerelateerd aan de productiekosten.

Bij deze gangbare 'klassieke' pa-benadering zijn in deze paragraaf diverse kanttekeningen geplaatst. Ten eerste lijkt het, onder verwijzing naar de property-rights literatuur, zinvol te onderkennen dat niet alleen de doelen maar ook, scherper geformuleerd, de belangen (de property rights) van de principaal en agent kunnen verschillen. Ten tweede sluit de veronderstelling dat de principaal de contractrelatie en (daarmee) de agent stuurt ten onrechte en onnodig de mogelijkheid uit dat een contractrelatie door een agent kan worden gestuurd en tweerichtingsverkeer betreft. Zowel principaal als agent kunnen ervoor kiezen een contract minimalistisch (perfunctory) of ruimhartig (consummate) na te leven (Brown et al., 2010, p. i45). Hiervoor is betoogd dat ook de agent een moreel risico op ongewenst gedrag door de principaal en, in een situatie met meerdere principalen, een risico op averechtse selectie loopt. De agent kan hierdoor, net als de principaal, te maken krijgen met monitoringskosten en de principaal met bindingskosten. Of dit zich daadwerkelijk voordoet, zou op basis van empirisch onderzoek moeten worden vastgesteld. Te verwachten is dat meer aandacht voor de mogelijkheden van de agent om de principaal (mede) in zijn belang te laten handelen, kan bijdragen aan de duurzaamheid van een dergelijke relatie.

Volgens de literatuur staan de principaal en agent diverse strategieën ter beschikking om het vertegenwoordigingsprobleem in een principaal-agentrelatie op te lossen, bijvoorbeeld door in belonings- of vergoedingssystemen dusdanige prikkels in te bouwen dat het belang van de agent (meer) in overeenstemming is met dat van de principaal, door richtlijnen te hanteren die het aantal gedragsalternatieven van de ander beïnvloeden, of door overreding bepaalde gedragsalternatieven meer of minder aantrekkelijk te maken. In een situatie met meerdere principalen (agenten) kunnen deze ervoor kiezen onderling samen te werken of te concurreren, waardoor de verhoudingen ten opzichte van de agent(en) (principalen) anders komen te liggen. Samenhangend met de mate waarin activiteiten van agenten meetbaar en homogeen dan wel heterogeen zijn, agenten daarbij onderling concurreren of samenwerken (of juist niet, bijvoorbeeld omdat ze niet in een zelfde regio werkzaam zijn), biedt een situatie van meerdere agenten voor de principaal meer of minder mogelijkheden om efficiënt diensten te (laten) leveren.

De PAT is van oorsprong toegepast in de private sector en gerelateerd aan de scheiding van de rollen van eigenaar en manager. Inmiddels wordt deze benadering ook toegepast in de publieke sector en worden problemen op het terrein van de gezondheidszorg vanuit een pa-invalshoek geanalyseerd. Kenmerkend voor de publieke sector zijn het gedeelde eigendom, de aanwezigheid van meerdere principalen die onderling verschillende doelen nastreven, die in het algemeen slecht meetbaar zijn en onduidelijk wat betreft relatief belang en die (kunnen) variëren in de tijd vanwege bijvoorbeeld verkiezingen (Tirole, 1994; Dixit, 2002; Burgess & Ratto, 2003). Om negatieve gevolgen te voorkomen suggereert de principaal-agentliteratuur het via regelgeving inperken van de discretionaire bevoegdheid van de agent om zo ongewenste beïnvloeding door derden te voorkomen (Tirole, 1994, pp. 6-16), het onderkennen dat zwakke financiële prikkels in de beloningsstructuur van de publieke sector een functie hebben en moeten worden geaccepteerd (Tirole, 1994, p. 24; Dixit, 1997, p. 381; 2002, p. 723), het rekening houden met carrièreperspectieven (reputatie) en de intrinsieke motivatie van personen die in de publieke sector werken (Roland & Tirole, 2003; Heinrich & Marschke, 2010). Heinrich en Marschke stellen voor om lastig meetbare taken naar intrinsiek gemotiveerde agenten toe te delen en de (beter) meetbare taken naar agenten die minder intrinsieke motivatie kennen en daarbij telkens wijzigingen aan te brengen in de beloningsstructuur. Anderen suggereren dat agenten in verband met de betere informatiemogelijkheden en sterkere onderlinge controle bij voorkeur in kleine teams opereren (Burgess et al., 2012). In het kader van de casus in dit proefschrift is (ook) de studie van Douven et al. (2015, 2016) interessant. Daaruit blijkt dat zorgaanbieders in de curatieve ggz deels extrinsiek (dat wil zeggen door de structuur van het beloningssysteem) gemotiveerd zijn. De meer intrinsiek gemotiveerde behandelaren behandelen hun patiënten korter, ontvangen hiervoor minder vergoeding en rapporteren betere behandelresultaten.

Er is, voor zover bekend, weinig empirisch onderzoek verricht naar situaties met meerdere principalen en meerdere agenten in de publieke sector. In de principaal-agentliteratuur wordt verondersteld dat een situatie met meer(dere) principalen tot minder efficiënte uitkomsten leidt dan een situatie met een of weinig principalen (De Vries, 1992, pp. 185-186, 195-197; Tirole, 1994, p. 24; Dixit, 1997, p. 381; Tijdink, 1998, p. 65; De Vries, 2001, p. 204; Dixit, 2002, p. 723; Boorsma & Tijdink, 2008, p. 224). Samenwerking, het al dan niet inrichten van een belangengroep en de invloed daarvan zijn genoemd als onderwerpen die nadere aandacht vergen. In een situatie met meerdere agenten wordt in het geval van samenwerken gewezen op het risico van ontdoekgedrag ten nadele van de principaal (Groenendijk, 1997, p. 226; Tijdink, 1998, pp. 66-67; Dixit, 2002, pp. 707-708) en in het geval van concurrentie op de gunstige effecten voor de principaal (Breton, 1995, pp. 412-413; Tijdink, 1998, p. 66).

Figuur 2.7 geeft de belangrijkste relaties in de (klassieke) PAT weer, inclusief de basismechanismen voor de principaal om het gedrag van de agent te beïnvloeden (via regelgeving, overreding of prikkels). In de hier als 'aangepast' aangeduide benadering van de PAT (figuur 2.8) wordt, naar aanleiding van de genoemde kanttekeningen, het blikveld verruimd en wordt zowel met (verschillen in) belangen van actoren rekening gehouden als met risico's (van acties en daaraan verbonden kosten) voor principaal én agent.

Figuur 2.7 Effecten van veranderende instituties volgens de (klassieke) PAT, in de situatie met een principaal en een agent

Figuur 2.8 Effecten van veranderende instituties volgens de (aangepaste) PAT, in de situatie met een principaal en een agent

Uitgaande van de aangepaste PAT wordt in figuur 2.9 tot slot ingegaan op de in deze studie aan de orde zijnde situatie, waarin sprake is van meerdere principalen en meerdere agenten. Hierbij wordt ingegaan op een situatie waarin het verschil in doelen tussen actoren afneemt, hetgeen leidt tot meer samenwerking, minder beslissingsruimte, minder risico's en lagere vertegenwoordigingskosten. Bij een toename van het verschil in doelen is sprake van meer concurrentie tussen actoren en treden tegengestelde effecten op. Omwille van de leesbaarheid wordt in de figuur alleen het effect van een verschil in doelen weergegeven. Voor (toe- of afname van) een verschil in belangen tussen actoren geldt mutatis mutandis hetzelfde.

Figuur 2.9 Effecten van veranderde instituties volgens de (aangepaste) PAT, in de situatie met meerdere principalen en agenten

Op basis van het voorgaande kan de tweede onderzoeksvraag beantwoord worden:

"Wat wordt in de principaal-agenttheorie verstaan onder effectieve sturing door een principaal van meerdere agenten en welke factoren dragen hieraan bij?"

De volgende constatering leidt samen tot beantwoording van deze vraag:

1. Een principaal wordt in deze studie, in navolging van Jensen en Meckling (1976, p. 308), opgevat als een persoon die met een andere persoon, de agent, een contract sluit om namens hem een dienst te verrichten, waarbij deze agent enige beslissingsruimte heeft;
2. Een principaal en een agent streven ieder hun eigen doelen en – samenhangend met verschillen in property rights ten aanzien van een fysiek goed of dienst – hun eigen belangen na. De informatie waarover zij beschikken verschilt. Wanneer de verschillen in de doelen (belangen) tussen principaal en agent toenemen, zijn hogere monitoringskosten, bindingskosten en welvaartsverliezen van principaal en agent en daarmee van de vertegenwoordigingskosten van de principaal-agentrelatie te verwachten. De monitorings- en bindingskosten van de principaal zijn op te vatten als (specificaties van) transactiekosten ofwel de kosten van de sturing van een systeem. Het welvaartsverlies is gerelateerd aan de productiekosten;
3. Het streven in de PAT is erop gericht de vertegenwoordigingskosten te minimaliseren. De kernvraag is hoe de principaal de agent kan verleiden meer in het belang van de principaal te handelen en de risico's op verborgen actie (hidden action) en verborgen informatie (hidden information) te verminderen, gelet op de daaraan verbonden morele

risico's en onzekerheden (moral hazard, adverse selection). In deze paragraaf is dit (in de aangepaste PAT) breder geformuleerd als de vraag hoe de principaal en de agent meer in elkaars belang kunnen handelen om zich aan elkaar te binden;

4. Een principaal beschikt over diverse strategieën om het gedrag van de agent te beïnvloeden, namelijk door (belonings)prikkels, richtlijnen en informatieoverdracht en zodoende de verschillen in informatiepositie, doelen en belangen te verminderen. Om disfunctionele effecten van beloningssystemen te beperken, moet rekening worden gehouden met de intrinsieke en extrinsieke motivatie van agenten, bijvoorbeeld door (telkens) wijzigingen aan te brengen in de beloningsstructuur, met name de intrinsiek gemotiveerde agenten de lastig meetbare taken te geven en de beloningsstructuur daarop aan te passen en verantwoordelijkheden toe te delen aan kleine teams;
5. Een situatie waarin meerdere principalen ieder met hun eigen doel een of meerdere agenten aansturen, vermindert naar verwachting de prikkels voor deze agenten om elk van deze doelen uit te voeren, maar kent ook voordelen (checks en balances). In een keten van principaal-agentrelaties is denkbaar dat de agent met meer dan één principaal te maken heeft, indien er onduidelijkheden zijn in de verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden (De Vries, 1992, pp. 185-186, 195-197);
6. In het geval van meerdere principalen of meerdere agenten maakt onderlinge samenwerking (vorming van belangengroepen) hun positie sterker. Onderlinge concurrentie van principalen biedt agenten de mogelijkheid om alternatieven te selecteren (en omgekeerd);
7. Op het fz-terrein is een groot aantal principaal-agentrelaties te onderscheiden. De overheveling van verantwoordelijkheid en budget voor fz van VWS naar Justitie impliceert een verandering van (het aantal) principalen. Vóór de stelselwijziging was de minister van VWS verantwoordelijk voor de fz.¹³⁸ Daarna is de minister van Justitie verantwoordelijk, maar blijft de minister van VWS verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg (zie paragrafen 1.1 en 3.3).

Gelet op het voorgaande is, volgens de PAT, een relatie te verwachten tussen de stelselwijziging fz en de doelmatigheid van sturing door principalen (ministers) van agenten (zorginstellingen). In paragraaf 2.5 worden in samenhang met de andere theoretische benaderingen een integraal conceptueel kader (subparagraaf 2.5.2) en de theoretische proposities (subparagraaf 2.5.3) geformuleerd. In hoofdstuk 4 wordt op de onderzoeksaanpak voor het empirische gedeelte van de studie ingegaan.

2.4 Effectief sturen volgens de (bestuurskundige) netwerkbenadering

Onderzoeksvraag 3:

Wat wordt in de bestuurskundige netwerkbenadering verstaan onder effectieve sturing van (publieke) organisaties en welke factoren dragen hieraan bij?

138. De minister van Justitie was verantwoordelijk voor de beveiliging van tbs-klinieken (paragraaf 3.3).

Begripsbepaling

De aandacht voor netwerken heeft in de bestuurskundige¹³⁹ literatuur diverse achtergronden. In het algemeen wordt gewezen op de veranderende rol van de overheid (Peters & Pierre, 1998, p. 225; Klijn, 2008b, p. 506) en in het bijzonder op het terugtrekken van de overheid vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw door de regeringen Reagan (Gage & Mandell, 1990, p. vii) en Thatcher (Rhodes, 1996; Isett, Mergel, Leroux, Mischen & Rethemeyer, 2011:58a-i59).¹⁴⁰ Dit had, behalve onder meer privatisering en verzakelijking van het overheidsbestuur (aangeduid als New Public Management), ook het stimuleren en daarmee de opkomst van publiek-private samenwerkingsverbanden tot gevolg. Deze samenwerkingsverbanden worden als netwerken gezien die andere vormen van sturing vragen of inhouden. Rhodes (1996) spreekt, gelet op het volgens hem dreigende te grote zelfsturende vermogen van dergelijke netwerken, in dit verband zelfs van "The new governance: governing without government". Anderen spreken van "een overgang van government to governance" (Klijn, 2008a, p. 10).¹⁴¹ Agronoff en McGuire (2001, pp. 319-321) noemen andere sociaal-maatschappelijke veranderingen – zoals de toegenomen individuele vrijheden en de opkomst van de informatietechnologie (social change), de toegenomen complexiteit van de (wicked) problematiek (problem change), het veranderend maatschappelijk draagvlak voor overheidsbemoeienis en de effectievere besluitvorming in netwerken – als redenen voor de opkomst hiervan. Anderen beperken zich tot een van deze factoren. Bijvoorbeeld Koppenjan en Klijn (2004) en Weber en Kademian (2008) verklaren de toegenomen (aandacht voor) netwerken door de toegenomen complexiteit van vele hedendaagse maatschappelijke problemen en hiermee samenhangende onzekerheden, waardoor conventioneel overheidsingrijpen (dat zij als hiërarchisch en doelgericht typeren) volgens hen niet meer volstaat.

Bij de genoemde ontwikkelingen die de toegenomen (aandacht voor) netwerken verklaren, worden evenzovele kritische kanttekeningen geplaatst, namelijk dat de empirische onderbouwing van de opkomst en achtergronden van nieuwe vormen van overheidssturing

139. Vanuit verschillende vakgebieden wordt over de (achtergronden van) netwerken geschreven, waaronder vanuit de organisatie-theorie (Powell, 1990), politicologie (Scharpf, 1994), economie (Williamson, 1998a, 2005) en bestuurskunde (Gage & Mandell, 1990; Börzel, 1998b; Koppenjan & Klijn, 2004; Torenvlied, 2012). Hoewel een scherpe grens met andere vakgebieden niet te trekken is, vanwege het multidisciplinaire karakter van bestuurskunde en omdat regelmatig naar inzichten of begrippen buiten het vakgebied wordt verwezen (in de niet-economische literatuur wordt bijvoorbeeld verwezen naar het economische begrip transactiekosten (Börzel, 1998b, p. 262; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 77, 80, 84, 86) en de gametheoretische benadering van Scharpf (1994) valt – eveneens – als een economisch begrip aan te duiden), is de focus van deze paragraaf gericht op het bestuurskundige perspectief van de organisatie van het openbaar bestuur. Waar relevant vanuit dit perspectief, wordt expliciet verwezen naar inzichten uit andere disciplines.

140. Voor een vergelijking van de situatie in Europa en de Verenigde Staten, zie Peters (1998).

141. Koppenjan en Klijn stellen elders dat hiërarchische relaties in een netwerksamenleving hun relevantie verliezen, omdat gezag, kennis en middelen zijn verdeeld over een groot aantal actoren (2004, p. 14). Anderen benadrukken dat het ene (interorganisationale) systeem niet zonder het andere (intra-organisationale) kan (Börzel, 1998b, p. 262): "Networks can provide additional, informal linkage between the inter- and intra-organizational decision-making arenas."

veelal ontbreekt (Agranoff & McGuire, 2001, pp. 321-322; Heinrich, Lynn & Milward, 2010, p. i12), dat het onderscheid in oude of nieuwe bestuursvormen in analytisch opzicht weinig toevoegt (Treib et al., 2007), dat 'wicked problems' niet zozeer de uitzondering maar de norm zijn voor een overheid om mee om te gaan (Coyne, 2005), en dat de nadruk op samenwerkingsverbanden in dat geval niet als enige of de beste oplossing hoeft te gelden (Head & Alford, 2008, p. 15).

Alleen al in de bestuurskundige literatuur bestaat nauwelijks overeenstemming over wat precies onder netwerken wordt verstaan en waardoor deze worden begrensd. Isett et al. (2011) maken de balans op van twee decennia bestuurskundige netwerk-literatuur en noemen de verschillende definities misschien wel de meest fundamentele uitdaging voor auteurs over netwerken:

The word "network" is used loosely throughout the literature and can refer to many different things, including (but not limited to) a gathering of actors with (a) different levels of coupling who may or may not be cognizant of their "corporateness" which are (b) operationalized at various levels of analysis (individuals, organizations, etc.) using (c) multiple conceptual approaches and agendas (metaphor/ organizing concept, method, utilitarianist) and (d) an array of static versus dynamic and agency-based notions. . . . Importantly, scholars to date have not self-consciously placed their studies in a subsection of the literature, so there are few opportunities to determine whether findings are commensurate with one another and thus cumulative in their effect on the literature. (p. 160-i161)

Ook anderen wijzen op ongelijksoortige terminologieën en typologieën in netwerken (bijvoorbeeld Lewis, 2011, p. 1221; Torenvlied, 2012, pp. 19, 20; Kapucu, Hu & Khosa, 2014, p. 4). In navolging van Pollitt en Hupe spreekt Torenvlied (2012, p. 5) over het netwerkbegrip als "magisch concept", omdat de NWB "soms waanzinnig abstract [is], sterk normatief geladen, een oplossing voor alle problemen en toepasbaar op van alles en nog wat".

Het valt buiten de reikwijdte van deze studie om de verschillende benaderingen hier op één lijn te brengen, als dat al mogelijk is. Met het oog op eigen positionering is een verkenning en beschouwing van de verschillen en overeenkomsten tussen opvattingen over het begrip netwerk echter wel op zijn plaats. Hierbij wordt de indeling van Isett et al. (2011, p. i158) van actuele stromingen van netwerkonderzoek als vertrekpunt gebruikt. Zij onderscheiden drie typen netwerken van publieke en private organisaties:

- Policy networks are a set of public agencies, legislative offices, and private sector organizations (including interests groups, corporations, nonprofits, etc.) that have an interest in public decisions within a particular area of policy because they are interdependent and thus have a "shared fate" (Laumann and Knoke 1987).
- Collaborative networks are collections of government agencies, nonprofits, and for-profits that work together to provide a public good, service, or "value" when a single public agency is unable to create the good or service on its own and/or the private sector is unable or unwilling to provide the goods or services in the desired quantities

(cf. Agranoff and McGuire 2001, 2003; Mandell 2001; Nelson 2001; O'Toole 1997a).

Collaborative networks carry out activities on behalf of the public.

- Governance networks are entities that fuse collaborative public goods and service provision with collective policymaking — for instance, business improvement districts or some environmental mitigation efforts (Bogason and Musso 2006; Klijn and Koppenjan 2000; Klijn and Skelcher 2007; Rhodes 1997; Sørensen and Torfing 2005). These networks focus on the coordination of organizations toward a common goal rather than the policies or products that the networks actually produce. (p. i158)

Volgens Isett et al. richten beleidsnetwerken (policy networks) zich op de publieke besluitvorming op een bepaald beleidsterrein, productienetwerken (collaborative networks) ¹⁴² op het leveren van publieke¹⁴³ goederen of diensten die niet (in de gewenste hoeveelheid) door één actor kunnen worden geleverd, terwijl bestuursnetwerken (governance networks) zich richten op het ontwikkelen van een gezamenlijk doel in plaats van op beleid of op een bepaald product of bepaalde dienst. Het onderscheid betreft met name de focus waarop de netwerken zich richten, namelijk op beleidsvorming, de (publieke) taakuitoefening of de besturing als geheel (zowel beleidsontwikkeling als -implementatie) van een domein. Over de interpretatie van en het onderscheid tussen met name het eerste en het derde type netwerk bestaat geen consensus, zoals nog zal blijken.¹⁴⁴

Op deze en enkele andere in de literatuur voorkomende begrippen, zoals inter- en intraorganisationale netwerken (Gage & Mandell, 1990; Provan & Milward, 2001; Hagdorn, 2007; Provan et al., 2007; Schalk et al., 2010) en netwerken (Koppenjan & Klijn, 2004; Klijn & Koppenjan, 2006; O'Toole, 2015), wordt hierna verder ingegaan.

Met betrekking tot (alleen al) de beleidsnetwerken constateerde Börzel (1998b) een

142. Samenwerkend, een op het oog meer voor de hand liggende vertaling van collaborative, is bij alle drie genoemde typen netwerken van belang. Om het verschil met de andere typen netwerken te verduidelijken wordt de term 'collaborative networks' hier (vrij) vertaald als productienetwerken, vanwege de gerichtheid van deze (collaborative) netwerken op het leveren van publieke goederen of diensten en onder andere Powell (1990, p. 304) spreekt van production networks.

143. In de economische literatuur wordt de term *public goods* (collectief goed) gebruikt voor goederen of diensten die niet-uitsluitbaar en niet-rivaliserend zijn en derhalve door de overheid moeten worden geleverd (subparagraaf 1.2.1). Uit de toelichting in het artikel van Isett et al. (2011, p. 158) "to provide a public good, service or 'value' ... in the desired quantities", blijkt dat zij met deze term doelen op goederen of diensten ten behoeve van de maatschappij. In deze studie wordt de term 'publiek goed' gehanteerd, ter onderscheiding van de in de economische literatuur gehanteerde term 'collectief goed'.

144. Zonder op deze plaats volledigheid te suggereren, zijn andere kanttekeningen bij de indeling van Isett et al. (2011) dat, anders dan hun beschrijvingen lijken te suggereren, er geen overeenstemming bestaat over wat het begrip beleidsnetwerk of governancenetwerk inhoudt (Börzel, 1998b; Klijn & Skelcher, 2007 p. 587; Provan & Kenis, 2007; Lewis, Baeza & Alexander, 2008, p. 280; Börzel, 2011, p. 54). De term productie (collaborative) netwerk lijkt bovendien minder ingeburgerd in de literatuur dan bijvoorbeeld de (ontbrekende) term 'interorganisationeel netwerk' ter onderscheiding van intraorganisationale netwerken (Gage & Mandell, 1990; Provan & Milward, 2001; Hagdorn, 2007, pp. 3-4; Provan, Fish & Sydow, 2007; Schalk, Torenvlied & Allen, 2010) en netwerk (Koppenjan & Klijn, 2004; Klijn & Koppenjan, 2006). Het is niet duidelijk hoe deze en verwante begrippen zich precies tot elkaar verhouden (Torenvlied, 2012, p. 19).

Babylonische spraakverwarring waarbij (desondanks) in de literatuur over enkele gemeenschappelijke onderdelen overeenstemming bestaat:

They all share a common understanding, a minimal or lowest common denominator definition of a policy network as a set of relatively stable relationships which are of non-hierarchical and interdependent nature linking a variety of actors, who share common interests with regard to a policy and who exchange resources to pursue these shared interests acknowledging that co-operation is the best way to achieve common goals. (p. 253-254)

Voor deze studie is relevant dat Börzel kenmerkende verschillen signaleerde tussen de Angelsaksische en (onder meer) de Duitse 'school', ten aanzien van het begrip beleidsnetwerk. Ze typeerde de Angelsaksische stroming als belangenbehartigingsschool (interest intermediation school), waarin een beleidsnetwerk wordt opgevat als "a model of state/ society relations in a given issue area", waarbij afhankelijkheids- en machtsverhoudingen tussen staat en maatschappelijke organisaties worden geanalyseerd.¹⁴⁵ In wat ze aanduidde als bestuurschool (governance school), met daarin vertegenwoordigers van het Duitse Max-Planck Instituut, worden beleidsnetwerken volgens Börzel (1998b) als een alternatief coördinatiemechanisme beschouwd, naast hiërarchie en markt:¹⁴⁶

In this view, policy networks are best understood as 'webs of relatively stable and ongoing relationships which mobilize and pool dispersed resources so that collective (or parallel) action can be orchestrated towards the solution of a common policy' (Kenis and Schneider 1991, p. 36). (p. 260)

Deze beschrijving van het begrip beleidsnetwerk als vorm van sturing en typering als bestuurschool duidt op een overlap met het derde door Isett et al. genoemde type (bestuurs)netwerken. Ook Lewis (2011, p. 1222) wijst op de overlap tussen deze begrippen. Zij citeert Sørensen en Torfing die op grond van een meta-analyse bestuursnetwerken omschrijven als "a relatively stable horizontal articulation of interdependent actors, who interact through negotiations which take place within a framework that is self-regulating (within limits) and which contributes to the production of public purpose" (2007, geciteerd in Lewis, 2011, p. 1223). Lewis constateert terecht dat in deze definitie van bestuursnetwerken zowel beleidsnetwerken in de zin van 'belangenbehartiging' (interest intermediation) als (de interpretatie van) netwerken als specifieke vorm van sturing kunnen worden begrepen. Om dergelijke begripsverwarring te voorkomen, wordt in deze studie in navolging van onder meer

-
145. Volgens Börzel (1998b) wordt in deze opvatting van beleidsnetwerken in meer of mindere mate verondersteld dat het bestaan van een netwerk invloed heeft op de beleidseffecten:
The basic assumption is that the existence of policy networks, which reflect the relative status or power of particular interests in a policy area, influences (though does not determine) policy outcomes. Some authors, however, strive for a more ambitious use of the policy network concept in studying forms of interest intermediation by attaching some explanatory value to the different network types. . . .
However, no hypotheses have been put forward which systematically link the nature of a policy network with the character and outcome of the policy process (Bressers and O'Toole 1994). (p. 258)
146. Zie bijvoorbeeld Scharpf (1994) en Powell (1990, p. 300) voor een vergelijking van markt, hiërarchie en netwerken.

Klijn en Skelcher (2007, p. 587) en Lewis (2011, p. 1222) de term '*netwerksturing*' (network governance, let op de volgorde) gebruikt om netwerken als specifieke vorm van sturing (a particular governance form) aan te duiden. Met netwerksturing wordt daarmee iets anders (abstracters) bedoeld dan de aanverwante term *netwerkmanagement*, waarmee in navolging van Koppenjan en Klijn (2004, p. 111) wordt bedoeld op de bewuste pogingen om de interacties van actoren in een netwerk te coördineren.¹⁴⁷

Niet alleen de begrippen beleids- en bestuursnetwerken, maar ook de begrippen bestuursnetwerk (governance network) en sturing (governance) worden door elkaar gebruikt. Rhodes bijvoorbeeld vereenzelvigst sturing met netwerken: "Governance involves the "[f]ormulation and implementation of collectively binding decisions through the participation of state and non-state actors in public/ private networks" (1996, p. 660, geciteerd in Börzel, 2011, p. 52). Hij gaat daarin onder meer voorbij aan eerdergenoemde alternatieve (governance) coördinatiemechanismen zoals markten en hiërarchieën (Williamson, 1979; Powell, 1990; Williamson, 1991; Scharpf, 1994; Williamson, 1998b, 2005). Ook Klijn (2008b, p. 520) negeert dit deel van de literatuur wanneer hij concludeert dat de literatuur over sturing (governance) samenvalt met de literatuur over bestuursnetwerken "the literature on governance is generally comparable to the literature on governance networks, and there is little reason to see governance as an exclusive entity that exists apart from governance networks". Gelet op de verschillende interpretaties van het begrip governance (bijvoorbeeld Hirst, 2000, pp. 14-18; Van Kersbergen & Van Waarden, 2004, pp. 144-151), de literatuur over andere typen netwerken dan bestuursnetwerken (Isett et al., 2011) en het deel van de literatuur waarin over governance wordt gesproken als alternatieve coördinatiemechanismen van markt, hiërarchie en netwerken (Williamson, 1979; Powell, 1990; Williamson, 1991; Scharpf, 1994; Williamson, 2005), kan dit niet worden geconcludeerd.

Over het begrip collaborative networks vindt in de literatuur voor zover bekend geen discussie plaats. Deze netwerken zijn gericht op het leveren van publieke goederen en diensten (Isett et al., 2011, p. i158; Rethemeyer & Hatmaker (2008) in Kapucu et al., 2014, p. 5) en worden om die reden hier als 'productienetwerken' aangeduid in plaats van deze (verwarrend want weinig onderscheidend) te vertalen als samenwerkende netwerken. Nauw gelieerd aan productienetwerken is de literatuur waarin de samenwerking een kenmerk is van de managementstijl (Agranoff, 2006; McGuire, 2006), sturing (Ansell & Gash, 2007) en het type (interorganisatieel) netwerk (bijvoorbeeld Powell, Koput & Smithdoerr, 1996; Hagdorn, 2007, pp. 4,7-9; Provan et al., 2007; McGuire & Agranoff, 2011, p. 266; Akkerman, Torenvlied & Schalk, 2012; Torenvlied, 2012, p. 6; Varda, Shoup & Miller, 2012). Gelet op hun taakuitoefening zijn productienetwerken in de praktijk ook interorganisatiele netwerken¹⁴⁸, maar het omgekeerde is niet altijd het geval. Provan et al. (2007, p. 481) concluderen met

147. Klijn formuleert het begrip netwerkmanagement volgens dezelfde lijnen later iets uitgebreider als "bewuste pogingen om zowel proces als inhoud in governancenetwerken te sturen en begeleiden en de besluitvorming te faciliteren en te versnellen" (2008a, pp. 18, 21).

148. Agranoff en McGuire (2001, p. 296) lijken de termen "network (management)", "collaborative management" en "interorganisational networkmanagement" zelfs door elkaar te gebruiken.

betrekking tot interorganisatiele netwerken dat "Despite all differences, nearly all definitions refer to certain common themes, including social interaction (of individuals acting on behalf of their organizations), relationships, connectedness, collaboration, collective action, trust, and cooperation".

Voor de algemene, overkoepelende term *netwerk* zijn diverse definities in omloop, zoals:

- "Networks are structures of interdependence involving multiple organizations or parts thereof, where one unit is not merely the formal subordinate of the others in some larger hierarchical arrangement (O'Toole 1997b, 45)" (geciteerd in (O'Toole, 2015, p. 361);
- "Networks then are conceptualized as informal institutions – not formally organized, reciprocal (non-hierarchical), relative permanent relations and forms of interactions between actors who strive to realize common gains (Scharpf 1993, p. 72)" (geciteerd in Börzel, 1998b, p. 263);¹⁴⁹
- "Networks as the term is used in the literature, typically refers to multiorganization arrangements for solving problems that cannot be achieved, or achieved easily, by single organizations" (Agranoff & McGuire, 2001, p. 296);
- "More or less stable patterns of social relations between mutually dependent actors, which form around policy problems and/or clusters of means and which are formed, maintained and changed through a series of games" (Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 69-70);
- "Groups of three or more legally autonomous organizations that work together to achieve not only their own goals but also a collective goal" (Provan & Kenis, 2007, p. 231);
- "A network can be defined as a group of goal-oriented interdependent but autonomous actors that come together to produce a collective output (tangible or intangible) that no one actor could produce on its own" (Isett et al., 2011, p. i161).

Netwerken kunnen formeel en informeel zijn: "Formal networks are consciously created with some sort of binding agreement for participation, whereas informal networks are more organically derived – an outgrowth of organizational contingencies that multiple actors come together to address" (Isett et al., 2011, p. i162; zie ook O'Toole, 2015, p. 361).

Wat in voorgaande verkenning van definities van (al dan niet specifieke typen) netwerken opvalt, is dat verschillende termen zoals beleidsnetwerk, bestuursnetwerk, netwerk, sturing of netwerksturing worden gebruikt voor hetzelfde verschijnsel (bijvoorbeeld netwerksturing). Het omgekeerde, namelijk dat een bepaalde term voor verschillende verschijnselen wordt gebruikt, komt eveneens voor. De term beleidsnetwerken kan bijvoorbeeld zowel op een bepaalde gerichtheid van een netwerk, zoals beleidsontwikkeling, duiden als op een type sturing. Mede gelet op de omvang van de literatuur maakt dit het zo goed als onmogelijk om een bepaald deel van de literatuur eenduidig af te bakenen, de bevindingen daarvan samen te vatten en daarop voort te bouwen. Daarnaast belemmert dezelfde constatering auteurs om, zoals Isett et al. (2011, pp. i160-i161) terecht bepleiten, nieuw werk helder en eenduidig in de literatuur te positioneren.

149. Klijn en Koppenjan lijken netwerken eveneens als instituties te zien, wanneer zij wijzen op de formele en informele regels die binnen een netwerk worden vastgelegd en het gedrag van actoren beïnvloeden en beperken (en via institutional design te veranderen zijn) (Klijn & Koppenjan, 2006, p. 144).

Zonder te pretenderen dat hiermee een eenduidige, omvattende definitie van netwerken valt te geven, kunnen enkele elementen worden genoemd die – al dan niet impliciet – in de verschillende opvattingen terugkomen en daarmee een zekere kern van het begrip netwerk weergeven. Netwerken hebben in de bestuurskundige literatuur hoofdzakelijk betrekking op:

- relaties en interacties van zelfstandige, onafhankelijke publieke en/of private actoren, die een gezamenlijk belang hebben bij de beleidsontwikkeling en/of de levering van een publieke voorziening of dienst op een bepaald terrein en die vanwege deze onderlinge afhankelijkheid op enige wijze samenwerken (vrij naar Isett et al., 2011, p. i158);
- deze relaties hebben een min of meer vrijwillig en horizontaal karakter (Provan & Kenis, 2007) en zijn niet hiërarchisch en daardoor min of meer gelijkwaardig van aard.

Het begrip 'gezamenlijk belang' houdt overigens niet noodzakelijk in dat de betreffende actoren exact hetzelfde belang zouden hebben, maar moet worden beschouwd als constatering dat deze actoren (tenminste) een (bepaald) belang gemeen hebben bij de activiteiten die in dat netwerk aan de orde zijn. Onder meer Börzel (1998b) constateerde namelijk dat:

The vast majority of the policy network literature deals with heterogeneous policy networks, in which the actors involved dispose of different interests and resources. Only a few scholars have (also) focused on homogeneous networks, in which the actors have similar interests and resources. (p. 258)

Wat de eigen positionering betreft, wordt in deze studie aangesloten op het beschouwen van netwerken (netwerksturing) als coördinatiemechanisme vergelijkbaar met de markt of hiërarchie (Williamson, 1979; Powell, 1990; Williamson, 1991; Scharpf, 1994; Williamson, 1998b, 2005) en op de institutionele benadering in de literatuur waarbij netwerken worden opgevat als de (veranderende of de te veranderen) institutionele context voor interacties: "providing a framework for the efficient horizontal coordination of the interests and actions of public and private corporate actors, mutually dependent on their resources (Kenis and Schneider 1991; Scharpf 1993; Mayntz 1993a)" (Börzel, 1998b, p. 263) (zie ook Börzel, 1998b, pp. 263-265; Ostrom, 1999, pp. 508-525; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 70-82; Klijn & Koppenjan, 2006, pp. 143-145).¹⁵⁰ In het vervolg van deze paragraaf wordt hier verder op ingegaan. Samenvattend worden in deze studie de begrippen netwerk, netwerksturing en netwerkmanagement als volgt gehanteerd:

Een netwerk wordt in deze studie, vrij naar Kenis and Schneider 1991; Scharpf 1993; Mayntz 1993a (geciteerd in Börzel, 1998b, p. 263) en Isett et al. (2011, p. i158), opgevat als de institutionele context voor interacties van onafhankelijke publieke en/of private actoren, die een gezamenlijk belang hebben bij de beleidsontwikkeling en/of de levering van een publieke voorziening of dienst op een bepaald terrein en die vanuit onderlinge afhankelijkheid van bronnen samenwerken.

Netwerksturing (network governance) betreft de interpretatie van netwerken als

150. Zie ook Holland die 'complexe adaptieve systemen' (zoals netwerken) beschrijft als "systems composed of interacting agents described in terms of rules. These agents adapt by changing their rules as experience accumulates" (Holland (1995:10) geciteerd in Ostrom, 1999, p. 521).

coördinatiemechanisme, vergelijkbaar met markt of hiërarchie (Klijn & Skelcher, 2007, p. 587; Lewis, 2011, p. 1222).

Netwerkmanagement heeft betrekking op bewuste pogingen om interacties van actoren binnen het netwerk te organiseren, te regelen en te beïnvloeden (Koppenjan & Klijn, 2004, p. 111).

Verdere positionering is mogelijk onder verwijzing naar de diverse perspectieven ten aanzien van het begrip netwerk in de literatuur (Isett et al., 2011, pp. i160-i161):

- als metafoor of organisatieconcept om de beschouwde sociale context te beschrijven. Hierin speelt onder meer de vraag of actoren moeten (h)erkennen dat ze deel uitmaken van een netwerk om deze tot een netwerk te kunnen rekenen;
- als verwijzing naar specifieke methodieken en methodologische paradigma om netwerkstructuren te meten en te analyseren (zoals sociale netwerkanalyse);
- als utilistisch, waarbij netwerken worden gezien als middel om de (publieke) dienstverlening te bestuderen die door deze netwerken wordt voortgebracht.

Gelet op de vraagstelling worden netwerken in deze studie (voornamelijk) vanuit utilistisch perspectief bekeken, namelijk naar wat ze bijdragen aan de (verbetering van) doelmatigheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de fz en of hierin verschillen bestaan voor en na de stelselwijziging.

Uitgangspunten netwerkbenadering

In de in deze paragraaf beschreven literatuur over netwerken wordt weinig systematisch gesproken over uitgangspunten die worden gehanteerd (een gunstige uitzondering vormt bijvoorbeeld Ostrom, 1999, pp. 500-508 die uitgangspunten bespreekt voor 'complexe adaptieve systemen'). Een overzicht van algemeen geldende uitgangspunten is in de literatuur evenmin aan te treffen. Gelet op de eerdergenoemde verschillen in definities, perspectieven en onderzoeksstromingen is dit deels verklaarbaar. Mede om de inhoudelijke verschillen met de in de vorige paragrafen beschreven economische theoretische benaderingen te duiden, wordt hier een aanzet gegeven door thema's naar voren te halen, waarover in de literatuur (al dan niet expliciet) in hoofdlijnen overeenstemming bestaat. Deze (al dan niet expliciet) gedeelde hoofdlijnen zijn te beschouwen als belangrijke uitgangspunten van de NWB:

- Een netwerk wordt als apart empirisch fenomeen beschouwd, verschillend van andere (organisatorische) empirische fenomenen, en valt als zodanig te onderzoeken. Gage en Mandell (1990, p. xiii) formuleren dit als "the view of networks as a separate and distinct level of analysis requiring revised terminology, concepts and emphasis" (zie ook Powell, 1990; Scharpf, 1994; Rhodes, 1996; Börzel, 1998b, p. 254);
- De relaties tussen actoren zijn niet hiërarchisch. Ten aanzien van "receiving of control" veronderstelt Mandell (1990, p. 31): "In an interorganizational network this type of hierarchical control [the ability of top managers to control the actions of members of the organizational entity] is not the dominant relationship" (zie ook Powell, 1990, p. 322; Scharpf, 1994, p. 41; Koppenjan & Klijn, 2004, p. 11; Isett et al., 2011);
- De relatie tussen actoren is gebaseerd op samenwerking. Bijvoorbeeld Powell (1990, p. 322) wijst op het belang van dit aspect: "non-market, non-hierarchical modes of exchange

represent a particular form of collective action, one in which cooperation can be sustained over the long run as an effective arrangement" (zie ook Scharpf, 1994; Koppenjan & Klijn, 2004, p. 10; Provan et al., 2007, p. 481);

- De samenwerking tussen actoren is gebaseerd op wederzijdse afhankelijkheid. Powell (1990, p. 303) formuleert dit als "the basic assumption of network relationships is that one party is dependent on resources controlled by another, and that there are gains to be had by the pooling of resources" (zie ook Mandell, 1990, p. 31; Klijn, Steijn & Edelenbos, 2010, p. 1064; Isett et al., 2011).

Het eerstgenoemde uitgangspunt lijkt een open deur, maar is daarom niet minder belangrijk. Zonder de constatering dat een netwerk als apart empirisch fenomeen kan worden onderzocht, onderscheiden van andere organisatorische verschijnselen zoals markt en hiërarchie, is er geen aanleiding of bestaansrecht voor de NWB (voor een uitgebreide beschrijving en vergelijking van de verschillende types zie Powell, 1990, pp. 324-327; Williamson, 1991; Burt, 1992, pp. 228-229, 238-241; Scharpf, 1994; Uzzi, 1996, pp. 676-677; 1997, pp. 35-38). Het tweede en het derde uitgangspunt hangen samen met en geven invulling aan het bij de begripsbepaling reeds genoemde niet-hiërarchische karakter van de relaties tussen de actoren in een netwerk. Netwerken onderscheiden zich van de (andere) coördinatiemechanismen hiërarchie en markt door de aard van deze relaties. In een hiërarchie is, in tegenstelling tot netwerken, per definitie sprake van hiërarchische relaties en van een bedrijfscultuur. In een markt is, net zoals in netwerken, sprake van horizontale relaties tussen actoren maar deze hebben betrekking op vragers en aanbieders die in losse verbanden transacties sluiten.¹⁵¹ De samenwerking en het belang daarvan beperkt zich in een marktrelatie tot de transactie zelf, dat wil zeggen tot de uitwisseling tussen het geleverde goed of dienst en de vergoeding daarvoor, en niet op het bereiken van een verder weggelegen gemeenschappelijk doel. Voor zover meerdere actoren zijn betrokken, berust de afstemming van vraag en aanbod in een markt op het prijsmechanisme, terwijl in een netwerk de samenwerking en coördinatie afhankelijk is van de mate waarin informatie wordt gedeeld en vertrouwen wordt opgebouwd (hierover later meer).

Het vierde genoemde uitgangspunt vormt de verklaring voor de samenwerking in netwerken, namelijk dat de actoren veronderstellen hierbij iets te kunnen winnen. De actoren nemen hierdoor (ten minste deels) vanuit eigen belang deel aan het netwerk, al legt Powell (1990, p. 303) de nadruk op het afzien daarvan in netwerken: "In essence, the parties to a network agree to forego the right to pursue their own interests at the expense of others".

Naast deze uitgangspunten waarover in de netwerkliteratuur in hoofdlijnen consensus lijkt te

151. Volgens Powell (1990, p. 297) is sprake van vervagende grenzen doordat "Firms are blurring their established boundaries and engaging in forms of collaboration that resemble neither the familiar alternative of arms' length market contracting nor the former ideal of vertical integration". Overigens is volgens Powell het idee dat sprake zou zijn van een continuüm markt hiërarchie en hybride vormen daarbinnen, te rustig en te mechanisch. Hij ziet "networks as a distinctive form of coordination economic activity" (1990, pp. 298-300). Uzzi (1996) concludeert dat tot op een bepaald punt "firms organized in networks have higher survival chances than do firms which maintain arm's-length market relationships".

bestaan, kunnen op grond van de institutionele stroming daarbinnen enkele constatering en als aanvullende uitgangspunten worden opgevat:

- Actoren gedragen zich beperkt rationeel (Ostrom, 1999, pp. 507-508; Koppenjan & Klijn, 2004, p. 77). Ostrom (1999) constateert op grond van een groot aantal casusonderzoeken over samenwerkingsverbanden:

A better foundation for public policy [than the assumption that individuals seek their own short-term, narrow interests] is to assume that humans may not be able to analyze all situations fully but that they will make an effort to solve complex problems through the design of regularized procedures and will be able to draw on inherited capabilities to learn norms of behavior, particularly reciprocity (Ostrom 1998a; Bendor 1987). . . Boundedly rational, local users are potentially capable of changing their own rules, enforcing the rules they agree upon, and learning from experience to design better rules. (p. 507-508);

- Netwerken zijn gebaseerd op overeengekomen regels die tot een gezamenlijk resultaat moeten leiden (Börzel, 1998b, p. 263; Klijn & Koppenjan, 2006, p. 144);
- Regels reguleren het gedrag van actoren in netwerken (Scharpf, 1994; Ostrom, 1999; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 80-81; Klijn & Koppenjan, 2006, p. 143).

Gelet op deze aanvullende uitgangspunten en de opvatting in deze studie van een netwerk als institutionele context voor interacties tussen actoren, zijn de regels die in een netwerk tot stand komen, te beschouwen als de operationele invulling van deze institutionele context (het netwerk). Met de gezamenlijke uitgangspunten wordt verondersteld dat de regels in een netwerk het gedrag van actoren beïnvloeden zonder dit volledig te bepalen.

Bij deze beschrijving van kenmerken van de NWB die (al dan niet expliciet) als uitgangspunten worden gezien, wordt opgemerkt dat consensus en daarmee gezamenlijke uitgangspunten over enkele essentiële methodologische aspecten juist ontbreken:

- De analyse-eenheid is in de NWB niet eenduidig bepaald. De analyse richt zich volgens sommigen op het netwerk als geheel of op actoren daarbinnen (Provan & Kenis, 2007, p. 232; Isett et al., 2011, p. i161) en volgens anderen op de interacties tussen deze actoren (Powell, 1990, p. 301; Burt, 1992, p. 2; Uzzi, 1996, p. 682; 1997, p. 63; Börzel, 1998b, p. 259; Koppenjan & Klijn, 2004, p. 69). Daarbij is onduidelijk wie de actoren (kunnen) zijn (Isett et al., 2011, p. i160): netwerken hebben volgens sommigen (Agranoff & McGuire, 2001, p. 296; Provan & Kenis, 2007, p. 231; O'Toole, 2015, p. 361) betrekking op organisaties, terwijl anderen spreken van actoren waarmee ook (en soms juist alleen) op individuen wordt gedoeld (zie bijvoorbeeld Scharpf, 1994; Börzel, 1998b, p. 268; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 45-47; Provan et al., 2007, p. 481);
- De grenzen van een netwerk (boundary specification), dat wil zeggen de vaststelling welke actoren daarvan deel uitmaken, zijn niet eenduidig bepaald. Dit is niet alleen het geval vanwege de eerder geconstateerde begripsverwarring rondom netwerken en de vraag of individuen daarvan deel (kunnen) uitmaken, maar bijvoorbeeld ook omdat het in delen van de literatuur geen vereiste is dat actoren zich ervan bewust zijn dat ze deel uitmaken van een netwerk om toch als zodanig te worden beschouwd (Isett et al., 2011, p. i160) of

omdat organisaties die deel uitmaken van een (formeel) netwerk samenwerken met of taken uitbesteden aan organisaties die (formeel) geen deel uitmaken van het netwerk (Isett et al., 2011, pp. i163-i164).

- Ondanks de nadruk op horizontale, niet hiërarchische relaties kunnen machtsverschillen in netwerken voorkomen en vormt dit zelfs een belangrijk thema (Mandell, 1990, pp. 36, 42; Agranoff & McGuire, 2001, pp. 315-318; Börzel, 2011, pp. 55-58). Er is geen overeenstemming in de literatuur waar in dit verband de grenzen liggen. Over de rol van politici in netwerken bijvoorbeeld bestaan verschillende zienswijzen variërend van onverenigbaar vanwege het primaat van de politiek tot instrumenteel waarbij netwerken als instrument door politici worden ingezet (Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 234-239; Klijn & Skelcher, 2007, pp. 590-602).

Het ontbreken van consensus over deze thema's hangt samen met de verscheidenheid en multidimensionaliteit van het fenomeen netwerken. Het relatieve belang daarvan is niet duidelijk: "we now have many defined features of networks without much clarity and consensus as to which are most important to understanding how networks operate and without sufficient theoretical development" (O'Toole, 2015, p. #62). Het onderscheiden van typen netwerken zoals in de netwerkliteratuur gebeurt (bijvoorbeeld Isett et al., 2011), levert mede vanwege een gebrek aan (inkadering in) een gezamenlijk gedeeld breder kader weinig toegevoegde waarde op. Met name het gebrek aan consensus over de analyse-eenheid – betreft dit het netwerk als zodanig, bepaalde actoren daarbinnen dan wel de interacties daartussen – lijkt een systematische theoretische en empirische verkenning van het handelen van actoren in netwerken te belemmeren. Anders dan het hiervoor beschreven methodologisch individualisme in de PRT en de PAT met betrekking tot het handelen van individuen in organisaties, kent de NWB geen vergelijkbaar breed gedeeld centraal aangrijpings- of uitgangspunt.

De onduidelijkheid wat betreft waar en hoe¹⁵² de grenzen van een netwerk te trekken zijn en hoe om te gaan met machtsverschillen in netwerkrelaties, zijn praktischer van aard en belemmeren door de verschillende opvattingen en keuzes met name de cumulatie van inzichten uit empirisch onderzoek. Het lijkt gelet op deze overwegingen raadzaam de empirische veelzijdigheid van het fenomeen netwerken in de NWB als vertrekpunt te nemen en meer vanuit een gezamenlijk kader de verschillen in termen van lagen en dimensies van netwerken te benaderen.

152. Isett et al. stellen bijvoorbeeld dat onbedoelde vertekeningen kunnen optreden wanneer de onderzoeker de actoren uit het netwerk laat uitmaken wie tot het netwerk behoort. Aangezien de onderzoeker vaak de kennis mist over de 'echte leden' van een netwerk, is het volgens hen beter nieuwe in ontwikkeling zijnde analysemethoden te gebruiken, bijvoorbeeld op basis van registraties van telefonische interacties (Isett et al., 2011, pp. i66-i67). Provan et al. (2007, p. 482) menen echter dat "network bounding is a question best answered by individual researchers based on their knowledge of a network and its activities. Broadly speaking, whole networks are bounded by including only those organizations that interact with one another in an effort to achieve a common purpose". In beide opvattingen wordt het netwerk begrensd door de interactie, maar (minimale) grenzen over de frequentie of inhoudelijke betekenis daarvan worden niet genoemd.

De theorie: waarom en hoe doen netwerken en netwerksturing ertoe?

Gelet op het gebrek aan consensus over het centrale begrip netwerk en de in de NWB gehanteerde uitgangspunten, wekt het geen verbazing dat in de literatuur over netwerken geen eenduidige, omvattende theorie te vinden is (zie onder meer Börzel, 1998b, p. 262; Provan et al., 2007, p. 482). Vanuit theoretisch perspectief gaat de aandacht voor een belangrijk deel uit naar de samenhang tussen het deelnemen van actoren aan netwerkstructuren en -processen en de efficiëntie of effectiviteit van de resulterende activiteiten en naar netwerken als verklarende variabele.¹⁵³ In hoofdlijnen komt de redenering van dit deel van de literatuur erop neer dat vanwege de vaak langdurige, min of meer stabiele relaties met (herhaalde) interacties tussen actoren in een netwerk, een omgeving ontstaat van formele en informele intra- en interorganisatorische verbanden (ingebedde relaties) waarin informatie wordt gedeeld waardoor de voorspelbaarheid, het vertrouwen, het sociale kapitaal¹⁵⁴ en daarmee de mogelijkheden tot leren en innoveren toenemen. Tegelijkertijd verminderen onzekerheden, het opportunistisch gedrag van actoren, de monitorings- en productiekosten (bijvoorbeeld Powell, 1990, pp. 322-323; Scharpf, 1994, p. 49; Powell et al., 1996; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 84-87; Provan & Kenis, 2007, pp. 237-238). Pfeffer en Salancik formuleren als theoretische mechanismen dat:

netwerkrelaties tussen organisaties (a) ervoor zorgen dat informatie over relevante activiteiten die de eigen organisatie raken op een optimale wijze worden verkregen en uitgewisseld; (b) behulpzaam zijn bij het veiligstellen van de betrokkenheid van belanghebbenden bij activiteiten van de eigen organisatie; en (c) de interacties van de eigen organisatie met andere organisaties stabiliseren en daarmee onzekerheid reduceren. (Pfeffer en Salancik (1978), geciteerd in Torenvlied, 2012, p. 6)

Powell (1990) wijst op speltheoretische inzichten over effecten op de reputatie van actoren wanneer sprake is van herhaalde interacties (zie ook Scharpf, 1994, p. 42; Provan & Milward, 2001, p. 415) en aan inzichten op basis van casusonderzoeken in onder meer de maak-, film- en kennisindustrie, en uitgeverij:

Axelrod (1984) has demonstrated the powerful consequences of repeated interaction among individuals. When there is a high probability of future association, persons are not only more likely to cooperate with others, they are also increasingly willing to punish those who do not cooperate. When repeated trading occurs, quality becomes more important than quantity. The reputation of a participant is the most visible signal of their reliability. Reputation bulks large in importance in many network-like work settings because there is

153. Daarnaast worden netwerken bestudeerd als te verklaren variabele (O'Toole, 2015, p. 364).

154. Het begrip 'sociaal kapitaal' is afkomstig van Burt (1992, pp. 9-10), die deze term gebruikt ter onderscheiding van financieel en persoonlijk kapitaal. Daarbij is volgens Burt sprake van individuele kenmerken die investeringen betreffen die nodig zijn om productie te leveren. Sociaal kapitaal is daarentegen het kenmerk van een relatie, niet van een individu (als een van de partijen vertrekt, is het sociale kapitaal weg), en heeft betrekking op (kansen op) het rendement van de productie. In een, overigens vaak voorkomende, situatie van imperfecte competitie is het sociale kapitaal volgens Burt een kritieke factor bij de afweging wanneer waarin te investeren. Zijn analyse van sociaal kapitaal is gericht op de sociale structuren van netwerken.

little separation of formal business statuses and personal social roles. One's standing in one arena often determines one's place in the other. As a result, there is limited need for hierarchical oversight because the desire for continued participation successfully discourages opportunism. Monitoring is generally easier and more effective when done by peers than when done by superiors. Consensual ideologies substitute for formal rules compliance procedures. (p. 326)

In zijn aanzet tot theorievorming stelt Powell (1990, pp. 324-326) dat kennis, vereiste slagvaardigheid en vertrouwen de kritieke componenten vormen van netwerken. In essentie zien actoren in een netwerk volgens hem af van het nastreven van het eigen belang van een actor ten koste van dat van andere actoren, door naar wederkerigheid op lange termijn te streven (1990, pp. 303, 305). Uzzi (1996, pp. 676-677) sluit hierop aan en beargumenteert dat actoren in *ingebedde (embedded)* relaties afzien van direct economisch eigen belang ten gunste van een op vertrouwen en wederkerigheid gebaseerde samenwerking op de lange termijn, waardoor individuele en gezamenlijke mogelijkheden ontstaan om te leren, risico's te nemen of deze te verminderen. Hij onderzocht de verwachtingen en kansen die topmanagers van 23 in New York gevestigde kledingbedrijven hadden van netwerkrelaties vergeleken met (reguliere, minder persoonlijke) marktrelaties en vergeleek de prestaties van bedrijven gerelateerd aan de mate waarin zij aan netwerken verbonden zijn (N=484). Uzzi (1996, pp. 676-677, 693-694; 1997, pp. 42-47) concludeerde dat vertrouwen het belangrijkste kenmerk is van ingebedde relaties, gevolgd door de uitwisseling van rijkere, tactische informatie en het hanteren van flexibelere oplossingsstrategieën. Tot op zekere hoogte hebben bedrijven grotere overlevingskansen naarmate zij meer via netwerken verbonden zijn.

Opgebouwd vertrouwen speelt een belangrijke rol in de netwerkliteratuur, omdat dit de waarde van een relatie in een netwerk verhoogt (Burt, 1992, pp. 15-16,21), samenwerking veronderstelt (Powell, 1990, p. 304) dan wel bevordert (Scharpf, 1994, p. 46; Koppenjan & Klijn, 2004, p. 82) en de kansen, mogelijkheden en flexibiliteit van een actor vergroot (Uzzi, 1997). De zienswijze hoe dit vertrouwen te realiseren, verschilt echter. Volgens Powell is vertrouwen van nature aanwezig in netwerken van gelijkgestemden en vormt de gezamenlijke achtergrond van de actoren de reden om in netwerkverband samen te werken: "Networks should be most common in work settings in which participants have some kind of common background - be it ethnic, geographic, ideological, or professional. The more homogenous the group, the greater the trust, hence the easier it is to sustain network-like arrangements" (Powell, 1990, pp. 324-327). In de benadering van Burt (1992) en Uzzi (1996, 1997) maakt vertrouwen eveneens in meerdere of mindere mate deel uit van een netwerkrelatie. Koppenjan en Klijn (2004, pp. 231-231) wijzen erop dat vertrouwen in netwerken groeit door herhaalde interacties en stellen dat dit kan worden versterkt door managementstrategieën en institutionele condities (hierover later meer).¹⁵⁵

155. Koppenjan en Klijn (2004, pp. 86-87) wijzen er terecht op dat het opgebouwde vertrouwen gezien kan worden als zowel een te verklaren variabele – het vertrouwen in een netwerk wordt beïnvloed door eerdere ontwikkelingen – als een verklarende variabele die de uitkomsten in het verdere proces beïnvloedt.

Een (ander) deel van de netwerktheorie betreft in hoofdlijnen de redenering dat de vroege betrokkenheid van de relevante private en publieke actoren aan activiteiten of besluiten, die inherent is aan netwerken, bijdraagt aan het democratisch gehalte en de legitimiteit van de resultaten die door dit netwerk worden voortgebracht (bijvoorbeeld Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 108, 114; Klijn, 2008a, pp. 26-27). Human en Provan (2000, pp. 361, 363) maken een onderscheid tussen de interne en externe legitimiteit van een netwerk,¹⁵⁶ suggereren dat bij de ontwikkeling van een nieuw netwerk niet aan beide tegelijk kan worden gewerkt, dat extern succes bijdraagt aan en gevolgd moet worden door te werken aan de interne legitimiteit en dat een voor het netwerk in het leven geroepen *administratieve netwerkorganisatie* (ano, hierover later meer) vooral bij de start een belangrijke rol kan spelen (zie ook McGuire, 2006, p. 36). Tegengeluiden zijn er echter ook. Powell (1990, p. 305) constateert dat netwerken nieuwkomers al dan niet bewust kunnen buitensluiten "by establishing enduring patterns of repeat trading . . . restrict access. Opportunities are thus foreclosed to newcomers, either intentionally or more subtle through such barriers as unwritten rules or informal codes of conduct". Börzel (1998b, p. 263; 1998a) constateert dat netwerken zelf quasi-institutionele arena's (kunnen) worden met eigen conflicten en coördinatieproblemen, veranderingen (kunnen) tegenhouden, niet (altijd) open staan voor democratische controle en in die gevallen legitimiteit ontberen. Anderen wijzen op de mogelijkheid dat machtsverschillen, conflicten en belangenbehartiging een dominante rol kunnen spelen (Rhodes, 1996; Hirst, 2000, p. 667; Agranoff & McGuire, 2001, p. 310; Agranoff, 2006, pp. 61-62), hetgeen kan leiden tot opportunistisch gedrag, inefficiëntie, ineffectiviteit, perverse en paradoxale effecten en gebrek aan legitimiteit (Scharpf, 1994, p. 49; Koppenjan & Klijn, 2004, p. 259; Torenvlied, 2012, pp. 11-13) en dat (procedurele) legitimiteit een opdracht is aan netwerken, geen vanzelfsprekend resultaat daarvan (Ansell & Gash, 2007, p. 555).

Over de vraag of netwerken bij het leveren van publieke goederen of diensten per saldo tot grotere effectiviteit, efficiëntie en legitimiteit leiden (dan de markt of hiërarchieën) bestaat in de netwerkliteratuur geen consensus. Börzel (2011) vat de meningen over de potentie en beperking van netwerken als volgt samen:

Where governments and markets increasingly fail, networks also seem to be the only form of governance capable of providing collective goods and services (Kooiman 1993; Jessop 1998; Reinicke 1998; Pierre and Peters 2000; Kooiman 2003; Schout and Jordan 2005).¹⁵⁷ There are, however, both empirical evidence and theoretical arguments that challenge the effectiveness, accountability and legitimacy of network governance (see O'Toole and Meier

156. Smit (2010, p. 236) onderscheidt in zijn proefschrift naar borging van publiek belang drie soorten legitimiteit: inputlegitimiteit heeft betrekking op de wijze waarop beslissingen tot stand komen, throughputlegitimiteit op de transparantie van processen en outputlegitimiteit op de effectieve realisatie van wensen en voorkeuren van stakeholders.

157. In deze opvatting (typologie) wordt uitgegaan van een overheid in enge, hiërarchische zin. Samenwerkingsverbanden van private en publieke partijen worden als netwerken opgevat: "networks as structures of interaction between public and private actors through which public policies are made. Governments have become increasingly dependent upon the cooperation and joint resource mobilization of policy actors outside their hierarchical control" (Börzel, 2011, p. 51).

2004; Papadopoulos and Warin 2007; Provan and Kenis 2008; Schäferhoff et al. 2009).
(p. 56)

Isett et al. (2011) concluderen:

There is a basic agreement among scholars that networks serve some collective action function. But the form this function takes may be varied and widely arrayed on a plane of options. So, although networks may serve to facilitate cooperation or coordination, they do not necessarily have to do so. (p. 162)

Ook O'Toole (2015, p. 366) concludeert dat "In short, networks and networking may or may not be worth encouraging. The devil here, as so often, lies in the details".

Deze constatering wijzen op een gebrekkige voorspelkracht van de theorie die ertoe kan leiden dat de NWB aan relevantie en als interessegebied inboet. Zij kunnen echter tevens worden opgevat als aanleiding tot uitbreiding van complexiteit van de theorie en als aansporing om verder systematisch samenhangend onderzoek te doen. Het is denkbaar dat bijvoorbeeld omgevingsfactoren, de wijze van sturing (netwerkmanagement), de kwaliteit van de interacties of andere (spurieuze) variabelen (Swanborn, 1981, pp. 88, 142-143) de onderzochte relaties beïnvloeden. De empirische verscheidenheid van het fenomeen netwerken kan als uitgangspunt worden genomen en de verschillen in context daarbij in de analyse worden betrokken. Gelet op het accent op sturing in de onderzoeksvraag en probleemstelling, wordt hierna ingezoomd op netwerkmanagement als verklarende factor voor verschillen in het functioneren van netwerken.

Netwerkmanagement, hiervoor in navolging van Koppenjan en Klijn (2004) aangeduid als bewuste pogingen om de interacties van actoren binnen het netwerk te beïnvloeden, kan individuele strategieën betreffen (bijvoorbeeld Gage & Mandell, 1990, p. xiii; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 11, 251 e.v.; Agranoff, 2006; Meier & O'Toole, 2007; McGuire & Agranoff, 2011; Torenvlied, 2012, p. 6; Torenvlied & Akkerman, 2012; Torenvlied, Akkerman, Meier & O'Toole, 2013), bij een organisatie liggen (Provan & Kenis, 2007) of, op hoger abstractieniveau, de institutionele vormgeving (institutional design) van het netwerk betreffen (Klijn & Koppenjan, 2006, p. 142; Ansell & Gash, 2007, pp. 555-557). Voor deze studie zijn met name de tweede en derde variant interessant. Hierna wordt toegelicht wat netwerkmanagement in deze varianten inhoudt en op welke wijze dit de effectiviteit van netwerken beïnvloedt.

Wat betreft de situatie waarin het netwerkmanagement bij een organisatie ligt, onderscheiden Provan en Kenis (2007) op grond van een review van de literatuur over interorganisationale netwerken drie typen coördinatiemechanismen, namelijk door (1) gezamenlijk bestuur van de deelnemende organisaties (shared governance), (2) door een van de deelnemende organisaties uit het netwerk (lead organization governed), of (3) door een apart hiertoe in het leven geroepen administratieve netwerkorganisatie (network administrative organization - governed) (2006, geciteerd in Provan et al., 2007, p. 504). De eerste twee varianten betreffen vormen van zelfbestuur van actoren binnen het netwerk. Daarbij is in de eerste (decentrale) variant minder sprake van machtsverschillen tussen actoren dan in de tweede variant, waarbij

een van de organisaties uit het netwerk als 'primus inter pares' de andere leidt.¹⁵⁸ De derde variant, waarin een aparte administratieve organisatie wordt ingesteld om het netwerk aan te sturen, impliceert de mogelijkheid dat het netwerk extern wordt geïnitieerd (Provan & Kenis, 2007, p. 234) en past bij een instrumentele opvatting van netwerken.¹⁵⁹ De wijze van sturing van de interne en externe behoeften van netwerken in relatie tot de effectiviteit ervan vergt diepteonderzoek (Provan & Kenis, 2007, pp. 231, 247-248). De auteurs veronderstellen dat bij het aantal deelnemers een mate van vertrouwen, mate van overeenstemming over doelen en een bij de aard van de taken passende sturingsvorm bepalend zijn voor de effectiviteit van het netwerk (Provan & Kenis, 2007, pp. 237, 241, 247). In een situatie waarin sprake is van gezamenlijk bestuur bijvoorbeeld is onderling vertrouwen tussen alle deelnemers van belang, maar in een situatie waarin het netwerkmanagement bij een *anono* ligt, telt vooral het vertrouwen van de deelnemers in deze organisatie. Provan en Kenis (2007) schetsen de omstandigheden waarin netwerkmanagement door een *anono* effectief is in het bereiken van de doelen van een netwerk:

When trust is moderately to widely shared among network participants (moderate density trust), when there are a moderate number to many network participants, when network-level goal consensus is moderately high and when need for network-level competencies is high. (p. 241)¹⁶⁰

Verder veronderstellen zij dat dergelijke (*anono*-)netwerken eerder zijn gericht op doelmatigheid dan op het bij besluitvorming betrekken van alle deelnemers, dat zij zowel aan de interne als aan de externe legitimiteit van het netwerk werken maar niet aan beide tegelijk, en dat zij meer gericht zijn op stabiliteit dan op flexibiliteit, vergeleken met de andere vormen van netwerkmanagement (2007, p. 245). Volgens Provan en Kenis evolueert het management van netwerken wel van gezamenlijk bestuur naar coördinatie door een van de netwerkorganisaties en vandaar eventueel verder naar netwerkmanagement door een *anono*, maar is de omgekeerde ontwikkeling van een *anono* naar de andere vormen van netwerkmanagement niet waarschijnlijk (2007, p. 247).

Uit een meta-evaluatie van de beperkte literatuur over de effectiviteit van interorganisationele netwerken komt naar voren dat de wijze van besturing, het type management van netwerken in de helft van de studies vaak niet wordt gespecificeerd of valt af te leiden, maar (desondanks) dat netwerkmanagement van belang is "the activities of whole, goal-directed networks must generally be managed and governed if they are to be effective" (Provan et al., 2007, pp. 503, 507).

158. In deze 'primus inter pares'-variant heeft een van de netwerkorganisaties op bepaalde gronden meer macht dan andere actoren in het netwerk en oefent op grond daarvan invloed uit op het geheel.

159. Zie ook Whetten ((1973) geciteerd in Mandell, 1990, p. 36) die de coördinatie van netwerken typeert naar de initiatiefnemer van het netwerk: bij coördinatie op vrijwillige basis ligt het initiatief bij een van de aan het netwerk deelnemende actoren. In de bemiddelde (mediated) netwerken ligt dit initiatief volgens Whetten ofwel in wetgeving ofwel bij een derde partij.

160. Zie verder Provan en Kenis (2007, pp. 241, 245, 247) wat betreft proposities voor situaties waarin netwerkmanagement plaatsvindt op basis van gezamenlijk bestuur of door een van de organisaties van het netwerk.

Met institutionele vormgeving als vorm van netwerkmanagement doelen Klijn en Koppenjan (2006, pp. 148-149) op het bewust veranderen van de institutionele kenmerken van netwerken, door verandering van de formele en informele regels die de interacties in een beleidsnetwerk structureren. De regels in een netwerk weerspiegelen interacties, keuzes en daarmee ook machtsrelaties in het verleden (2006, p. 147). Geïnspireerd door en aanvullend op de clusters van regels die Ostrom op grond van vele casusonderzoeken inventariseerde,¹⁶¹ maken zij onderscheid tussen arena- en interactieregels (Klijn & Koppenjan, 2006, pp. 145-146). De arenaregels bepalen de aard van het netwerk waarin actoren zich bevinden en de interactieregels wat de actoren binnen het netwerk al dan niet is toegestaan. Daarnaast onderscheiden Klijn en Koppenjan (2006, pp. 149-150, 152) in zwaarte verschillende strategieën om de institutionele kenmerken van een netwerk te veranderen.¹⁶²

1. De samenstelling van het netwerk. Deze strategieën betreffen onder meer het veranderen van toegangsregels waardoor nieuwe actoren toegang krijgen (of worden uitgesloten) of posities van actoren consolideren of veranderen. Verondersteld wordt dat dergelijke veranderingen van invloed zijn op de interacties en daarmee op de effecten van het netwerk;
2. De effecten die het netwerk dient te bereiken. Als belangrijkste strategieën worden veranderingen in beloningsstructuren, professionele codes en evaluatiecriteria genoemd. Impliciet wordt verondersteld dat dergelijke strategieën leiden tot een verandering van strategische keuzes van actoren en daarmee tot andere resultaten van het netwerk;
3. De interacties binnen het netwerk. Deze zijn gericht op het reguleren van de processen binnen het netwerk via bijvoorbeeld besluitvormingsprocedures, certificatie en conflictregulatie. Impliciet wordt verondersteld dat het beïnvloeden en faciliteren van interacties bijdraagt aan de resultaten van een netwerk.

De effecten van institutionele vormgeving zijn volgens Klijn en Koppenjan (2006) moeilijk te voorspellen:

Institutional design is a process of pushing and pulling with uncertain results. Often, long-established certainties, which have proved their value in the past are changed or removed, while no one knows for sure how this will affect their functioning or what will replace them. These uncertainties, however, in no way restricts politicians and policy makers from taking initiatives for institutional design. (p. 158)

161. Met betrekking tot situaties die Ostrom (1999, p. 509) onderzocht – door informele en kleinschalige gemeenschappen gezamenlijk geëxploiteerde gemeenschappelijke (visserij)gebieden – concludeerde zij dat regels met betrekking tot de toegang (boundary rules), de toegestane acties (authority rules), de opbrengsten en boetes (payoff rules) en de rollen en verantwoordelijkheden (position rules), de belangrijkste zijn die worden toegepast. Regels met betrekking tot de aanwezigheid van informatie (information rules), toegestane vangstermijnen of -gebieden (scope rules) en samenwerking (aggregation rules) beschouwt zij als aanvullend.

162. Elders beschrijven Koppenjan en Klijn (2004, pp. 215-226) welke strategieën dominant zijn en frequent worden toegepast en op welk type regels deze betrekking hebben.

Ostrom (1999) concludeerde in hoofdlijnen vergelijkbaar:

It is important to note that we have not yet found any particular rules to have a statistically positive relationship to performance. The absence of any boundary or authority rule, however, is consistently associated with poor performance. Relying on a single type of rule for an entire set of common-pool resources is also negatively related to performance.
(p. 519)

Hoewel Klijn en Koppenjan (2006, p. 158) zowel theoretisch als empirisch voldoende aanleiding zien om aandacht te schenken aan de institutionele vormgeving van netwerken als (management)strategie, staat dit type onderzoek volgens hen nog in de kinderschoenen. Zij bepleiten om de institutionele veranderingen in een netwerk en de daaraan gerelateerde effecten in kaart te brengen.

Toepassingen

Gelet op de diversiteit aan stromingen en opvattingen in de netwerkliteratuur en de oriëntatie in deze studie op de institutionele benadering is het op deze plaats doenlijk noch zinvol om een beschrijving te geven van de bevindingen op de verschillende deelterreinen.

Gelet op het utilistisch perspectief in deze studie en de focus op de wijze van sturing als verklarende factor, kan worden geconcludeerd dat tot dusverre weinig empirische studies zijn verricht naar de effecten van netwerken als geheel (Provan & Milward, 2001; Provan et al., 2007), de relatie tussen het type organisatie belast met netwerkmanagement en de effecten van het netwerk (Provan & Kenis, 2007), de regels in een netwerk, het gedrag van actoren en de resultaten van een netwerk (Klijn & Koppenjan, 2006, p. 158), en de relatie tussen individuen en substructuren binnen (multilevel) netwerken (Kapucu et al., 2014, pp. 4, 13, 23). Volgens Provan et al. (2007, p. 507) richten netwerkanalyses zich, mede als gevolg van beschikbare software, veelal op relatiestructuren en informatieposities tussen actoren, terwijl "network governance has only implicitly been considered in many of the network-level studies we reviewed".

Provan en Milward (2001) bepleitten eerder om de effectiviteit van netwerken op drie niveaus te onderzoeken: de samenleving, het netwerk als geheel, en de actoren die deel uitmaken van het netwerk. De evaluatiecriteria verschillen naar gelang het evaluatieniveau, waarbij voor netwerken in de publieke sector volgens Provan en Milward (2001, p. 423) zou gelden dat de evaluatiecriteria vanuit het perspectief van de samenleving vaak doorslaggevend zijn. Voor zover effectiviteitsonderzoek beschikbaar is, is dit onderscheid naar evaluatieniveaus niet terug te vinden. Vermeldenswaard zijn ook de methodologische kanttekeningen van Torenvlied (2012, p. 9) met betrekking tot de beperkingen van onderzoek naar de effectiviteit van netwerken, waarin hij constateert dat deze vaak zijn gebaseerd op casusstudies (waardoor algemeen geldende uitspraken volgens hem niet mogelijk zijn), vaak aan managers wordt gevraagd de eigen prestaties te beoordelen (hetgeen geen betrouwbare beoordeling geeft van de kwaliteit van de publieke dienstverlening) en metingen vaak niet worden herhaald. Daarnaast is volgens hem meer aandacht gewenst voor perverse en paradoxale effecten van netwerksamenwerking (2012, p. 11).

Voor deze studie is relevant dat, voor zover evaluaties van (management van) netwerken beschikbaar zijn, deze vaak betrekking hebben op met publieke middelen gefinancierde lokale productienetwerken in de gezondheidszorg (Provan & Milward, 2001, p. 414; Provan & Kenis, 2007, p. 248), mogelijk omdat dit missiegedreven organisaties betreft die boven het eigen organisatiebelang kunnen uitstijgen (Provan et al., 2007, pp. 507-510). Anders dan netwerken van private organisaties (waarin het model van gezamenlijk bestuur vaker voorkomt) hebben netwerken in de gezondheidszorg relatief vaak een leidend organisatie- of ano-model van netwerkmanagement (Provan et al., 2007, p. 505). Een vergelijking van twee ano-gecoördineerde netwerken van ggz-organisaties, waarbij in het ene geval een privaat bedrijf (for profit) en in het andere geval een publieke (community based nonprofit) organisatie de coördinerende rol in het netwerk had, toont weinig verschil in prestaties of effectiviteit, mogelijk omdat het netwerk voornamelijk non-profitorganisaties betreft (Milward, Provan, Fish, Isett & Huang, 2010, p. i138). Stabiliteit is volgens Milward et al. een noodzakelijke voorwaarde voor succesvolle netwerken.¹⁶³ Het door de staat openstellen en aan een ander bedrijf gunnen van de rol van netwerkmanager gaat ten koste van deze stabiliteit (2010, p. i139).

Tot slot is voor deze studie het casusonderzoek vermeldenswaard met betrekking tot de rol die de organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie in Nederland, ZonMw, speelt als leidende netwerkorganisatie bij de implementatie en evaluatie van tien grootschalige verbeterprogramma's in de zorg (Øvretveit & Klazinga, 2013). Het ministerie van VWS heeft de coördinerende rol voor de implementatie en evaluatie van de verbeterprogramma's bij ZonMw belegd, aangezien het ministerie eerder zonder succes had geprobeerd dit type programma's te initiëren en vanwege de aard van het Nederlands zorgsysteem en -cultuur: "with many independent but interdependent funders, providers and other organisations" (2013, pp. 178, 185). Hoewel in het begin veel onduidelijkheden waren over de rollen en verantwoordelijkheden van ZonMw, en de programmacoördinatoren alsmede de organisatie als geheel in het begin niet leken toegerust op hun taak, werd uiteindelijk volgens de onderzoekers een nationale netwerkstructuur en idem verbeterproces gerealiseerd (Øvretveit & Klazinga, 2013, p. 180). Zij concludeerden dat het toegevoegde waarde heeft als een onafhankelijke organisatie een coördinerende en verbindende rol heeft, met voldoende gezag om partijen bij vertraging en dergelijke aan te spreken. Zij bepleitten onderzoek naar andere vormen van coördinatie om via vergelijking daarvan succesfactoren te vinden (2013, p. 184).

Conclusie

- De vraag wanneer een constellatie van actoren als netwerk wordt gezien, valt door de begripsverwarring en de verschillende stromingen in (onder meer) de (bestuurskundige) netwerkliteratuur niet eenduidig te beantwoorden;

163. Ook Lewis en Baeza (2008, p. 282) stellen dat "Sustainability over a period of time is the real test of effective partnerships. What matters most in sustaining partnerships is that there are clear purposes for the partnership". Zij onderzoeken de stabiliteit door netwerkanalyse op peilmomenten en concluderen dat "The analysis indicates that partnerships require long term support and not just start-up funding, resonating with the partnership literature from elsewhere" (2008, p. 290).

- Een netwerk wordt in deze studie, vrij naar Kenis and Schneider 1991; Scharpf 1993; Mayntz 1993a (geciteerd in Börzel, 1998b, p. 263) en Isett et al. (2011, p. i158), opgevat als de institutionele context voor interacties van onafhankelijke publieke en/of private actoren, die een gezamenlijk belang hebben bij de beleidsontwikkeling en/of de levering van een publieke voorziening of dienst op een bepaald terrein en die vanuit onderlinge afhankelijkheid van bronnen samenwerken;
- In de netwerkliteratuur ontbreken gezamenlijke uitgangspunten over de analyse-eenheid: betreft dit de actoren, de relaties tussen actoren of het netwerk als geheel? Zijn de actoren individuen en/of organisaties? Waar liggen de grenzen van een netwerk? In hoeverre (kunnen) machtsverschillen tussen (bijvoorbeeld politieke) actoren in netwerken een rol spelen? Eigen keuzes en positionering zijn daarom noodzakelijk;
- In delen van de literatuur is het geen vereiste dat actoren zich ervan bewust zijn dat ze deel uitmaken van een netwerk om toch als zodanig te worden beschouwd (Isett et al., 2011, p. i160);
- De inbedding van relaties in een netwerk bevorderen de coördinatie en doelmatigheid van handelen van actoren (Scharpf, 1994; Uzzi, 1996, 1997);
- Over de vraag of netwerken bij het leveren van publieke goederen of diensten tot meer effectiviteit, efficiëntie en legitimiteit leiden dan markten of hiërarchieën, bestaat in de netwerkliteratuur geen consensus (Börzel, 2011, p. 56; Isett et al., 2011, p. i162; O'Toole, 2015, p. 366);
- De betrokkenheid van relevante private en publieke actoren aan activiteiten in een netwerk, kan bijdragen aan het draagvlak en de legitimiteit van de resultaten die door dit netwerk worden voortgebracht (bijvoorbeeld Human & Provan, 2000; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 108, 114); Börzel, (1998b, pp. 262-263), maar kunnen ook conflicten en coördinatieproblemen opleveren en veranderingen of democratische controle tegenhouden (Scharpf, 1994, p. 49; Rhodes, 1996; Koppenjan & Klijn, 2004, p. 259; Agranoff, 2006, pp. 61-62; Torenvlied, 2012, pp. 11-13);
- Netwerksturing heeft betrekking op een alternatieve, niet-hiërarchische (horizontale) wijze van coördinatie van interacties tussen actoren, in vergelijking met alternatieve wijzen van de coördinatiemechanismen markt of hiërarchie. Relaties in een netwerk zijn gebaseerd op vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheden. Actoren in een netwerk besturen zichzelf of worden, met inachtneming van de niet-hiërarchische verhoudingen, gecoördineerd door een al dan niet apart hiertoe ingestelde ano;
- In delen van de literatuur komt netwerkmanagement naar voren als kritieke factor voor de effectiviteit van netwerken (Meier & O'Toole, 2007; Provan & Kenis, 2007, pp. 232-233; Klijn, 2008a, pp. 18-21; Klijn et al., 2010, p. 1065; Torenvlied, 2012);
- Een bij de omstandigheden van het netwerk passende vorm van netwerkmanagement is bepalend voor de effectiviteit van sturing van organisaties in een netwerk. De variant waarin het netwerkmanagement ligt bij een ano is effectief wanneer sprake is van een groot aantal deelnemers, die sterk vergelijkbare doelen hebben waarover consensus bestaat en waarbij sprake is van sterke onderlinge afhankelijkheid en specialisatie in de taakuitoefening (Provan & Kenis, 2007, p. 241). Dergelijke (ano-)netwerken zijn eerder gericht op doelmatigheid dan op het bij de besluitvorming betrekken van alle deelnemers,

werken zowel aan de interne als aan de externe legitimiteit van het netwerk maar niet aan beide tegelijk, en zijn meer gericht op stabiliteit dan op flexibiliteit, vergeleken met de andere vormen van netwerkmanagement (2007, p. 245);

- Netwerkmanagement evolueert van gezamenlijk bestuur naar coördinatie door een van de netwerkorganisaties en ano. De omgekeerde ontwikkeling wordt minder waarschijnlijk geacht (Provan & Kenis, 2007, p. 247);
- In het institutioneel deel van de netwerkliteratuur wordt verondersteld dat netwerken constructen van regels betreffen die het gedrag van actoren beïnvloeden zonder dit volledig te bepalen (actoren gedragen zich – al dan niet beperkt – rationeel) (bijvoorbeeld Ostrom, 1999, pp. 506-507; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 77, 186-187);
- Institutionele vormgeving van een netwerk is te beschouwen als een vorm van netwerkmanagement die betrekking heeft op het bewust veranderen van de institutionele kenmerken van een netwerk, ofwel van de regels die de interacties in het netwerk structureren. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen arenaregels, die de aard bepalen van het netwerk waarin actoren zich bevinden, en interactieregels die bepalen wat de actoren binnen het netwerk al dan niet is toegestaan. De (verandering van) regels kunnen onder meer de samenstelling van het netwerk, de effecten die het netwerk dient te bereiken en de interacties binnen het netwerk betreffen;
- De wijze waarop de regels in een netwerk de interacties, het gedrag van actoren en daarmee de effecten van een netwerk beïnvloeden is, voor zover bekend, tot dusverre nauwelijks onderzocht;
- De private en publieke actoren die in deze studie worden onderzocht in verband met de stelselwijziging fz, hebben een gezamenlijk belang bij de beleidsontwikkeling en (ten minste de publieke beeldvorming over) levering daarvan en kunnen daarmee als een netwerk worden beschouwd;
- De stelselwijziging fz is te beschouwen als een verandering van de institutionele context ofwel van de regels die de interacties, het gedrag van actoren en daarmee de effecten van het netwerk beïnvloeden;
- Netwerksturing biedt, mede gelet op de in paragraaf 1.1 genoemde verschillen in sturing tussen Justitie en VWS, een potentieel relevante invalshoek voor bestudering van (verschillen in) effectiviteit van sturing van fz;
- De focus is in deze studie gericht op het utilistisch perspectief (effecten) van netwerken in plaats van op de beschrijving van processen en relaties in netwerken via bijvoorbeeld netwerkanalyse. Er is tot dusverre weinig onderzoek gedaan naar effecten van verandering van sturing van hele netwerken.

Figuur 2.10 vat de bestuurskundige NWB in hoofdlijnen samen.

Figuur 2.10 Effecten van veranderde instituties volgens de NWB

Op grond van het voorgaande kan onderzoeksvraag 3 "Wat wordt in de bestuurskundige netwerkbenadering verstaan onder effectieve sturing van (publieke) organisaties en welke factoren dragen hieraan bij?" worden beantwoord.

In (delen van) de bestuurskundige netwerkliteratuur wordt een horizontale, op samenwerking gerichte, 'sturing' (coördinatie) van publieke en private actoren met een gezamenlijk belang gezien als effectief sturingsmodel:

1. De inbedding van relaties tussen actoren in een netwerk bevordert de coördinatie en doelmatigheid van handelen (Scharpf, 1994);
2. De NWB heeft niet alleen betrekking op de doelmatigheid van (sturing van) een systeem, maar ook op de legitimiteit van de door het netwerk geleverde prestaties;
3. Vertrouwen speelt in de netwerkliteratuur een belangrijke rol, omdat dit de waarde van een relatie in een netwerk verhoogt (Burt, 1992, pp. 15-16,21), de kansen, mogelijkheden en flexibiliteit van een actor vergroot (Uzzi, 1997), en samenwerking veronderstelt (Powell, 1990, p. 304) dan wel bevordert (Scharpf, 1994, p. 46; Koppenjan & Klijn, 2004, p. 82);
4. Het delen van informatie, het (via overleg en onderhandelingen) overwinnen van belangentegenstellingen in een netwerk en het onderhouden van langdurige, stabiele (kwalitatieve) relaties in netwerken, vergroten volgens een deel van de netwerkliteratuur het vertrouwen en verminderen onzekerheden, waardoor transactie- of productiekosten dalen en de doelmatigheid van (sturing van) een systeem toeneemt. De uitgebreide informatie-uitwisseling kan echter juist ook tot hoge informatie- en dus transactiekosten leiden;
5. De betrokkenheid en samenwerking van belanghebbende actoren, gericht op het formuleren of realiseren van een gezamenlijk belang bevorderen volgens een deel van de netwerkliteratuur het draagvlak en de legitimiteit van de acties van het netwerk. Tegelijkertijd wordt in de literatuur gewezen op de risico's van coördinatieproblemen en

- gesloten netwerken, waarin actoren veranderingen (kunnen) tegenhouden en niet (altijd) open staan voor democratische controle en in die gevallen juist legitimiteit ontberen;
6. Gelet op de theoretische en empirische onbepaaldheid van de (positieve of negatieve) richting van bepaalde relaties, is het zinvol in theoretische en empirische analyses van netwerken achterliggende (spurieuze) variabelen te onderzoeken, zoals de context van het netwerk en het netwerkmanagement;
 7. Netwerkmanagement, dat zowel bij een individu als een organisatie als op institutioneel niveau kan liggen, draagt volgens een deel van de literatuur bij aan de prestaties van netwerken. Bij netwerkmanagement door een persoon ligt de focus op het type managementstrategie of op de netwerkactiviteit van de manager. Bij netwerkmanagement door een organisatie ligt de coördinatie bij een van de organisaties uit het netwerk of bij een hiervoor in het leven geroepen ano. Een bij het aantal deelnemers, het vertrouwen daartussen, de doelconsensus en de aard van de activiteiten passend netwerkmanagement (coördinatie) is bepalend voor de effectiviteit van het netwerk (Provan & Kenis, 2007, pp. 237, 241, 247). De variant waarin het netwerkmanagement ligt bij een hiertoe in het leven geroepen centrale administratieve organisatie is effectief wanneer sprake is van een relatief groot aantal actoren, die elkaar redelijk vertrouwen en het gemiddeld tot sterk eens zijn over de doelen die zij willen bereiken en van elkaar afhankelijk zijn in hun specialistische taakuitoefening (Provan & Kenis, 2007, pp. 236-241);
 8. Volgens het institutionele deel van de literatuur beïnvloeden (verandering van) regels in een netwerk het gedrag van actoren zonder dit volledig te bepalen. Actoren gedragen zich beperkt rationeel. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen arenaregels, die de aard bepalen van het netwerk waarin actoren zich bevinden, en interactieregels die bepalen wat de actoren binnen het netwerk al dan niet is toegestaan. De (verandering van) regels kunnen onder meer de samenstelling van het netwerk, de effecten die het netwerk dient te bereiken en de interacties binnen het netwerk betreffen.

De overheveling van het budget voor fz van VWS naar Justitie impliceert een verandering van de centrale actor (de minister van Justitie in plaats van de minister van VWS) en van coördinerende organisatie in het netwerk (van zbo CVZ naar agentschap DJI/ DForZo) en daarmee van netwerkmanagement (wijze van sturing) van de zorginstellingen (zie paragraaf 1.1). Vóór de stelselwijziging was de minister van VWS als enige verantwoordelijk voor fz en daarna is een belangrijk deel van de (beleids)verantwoordelijkheid overgedragen aan de minister van Justitie, maar blijft de minister van VWS (mede) verantwoordelijk voor het systeem van kwaliteitszorg.

In paragraaf 2.5 wordt de samenhang met de andere theoretische benaderingen uitgewerkt in een integraal conceptueel kader en theoretische proposities. In hoofdstuk 4 komt de onderzoeksaanpak voor het empirische gedeelte aan de orde.

2.5 Conclusies

In hoofdstuk 1 is als probleemstelling geformuleerd:

Probleemstelling

(Hoe) leidt de verandering van sturing van forensische zorg na de stelselwijziging in 2007 tot veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van deze zorg en hoe verhouden deze veranderingen zich tot het equivalentiebeginsel?

Dit hoofdstuk is gericht op het theoretische deel van de (eerste) hoe-vraag. In de literatuurverkenning kwam naar voren dat voor het begrijpen en verklaren van de (te bepalen) effecten van sturing, gebruik kan worden gemaakt van (tenminste) drie verschillende theoretische benaderingen, namelijk de PRT, de PAT en de bestuurskundige NWB. Voor elk van de drie benaderingen zijn in de paragrafen 2.2 tot en met 2.4 in hoofdlijnen de achtergrond, de belangrijkste begrippen, de uitgangspunten, de theoretische redeneringen en de voor deze studie relevante toepassingsgebieden beschreven. In deze slotparagraaf wordt eerst nagegaan in hoeverre hierbij sprake is van overlappende, aanvullende of (deels) tegenstrijdige inzichten (subparagraaf 2.5.1). Vervolgens worden op grond van de belangrijkste verklarende factoren het integrale, conceptuele model geformuleerd (subparagraaf 2.5.2) en worden de op de casus betrekking hebbende theoretische proposities en het theoretisch onderzoeksmodel geformuleerd (subparagraaf 2.5.3).

2.5.1 Samenhang, overlap en verschillen

Op grond van de literatuurstudie kan allereerst worden geconcludeerd dat zowel de PRT, de PAT als de NWB verwacht de onzekerheden – die inherent zijn aan een relatie tussen actoren en daarmee suboptimaal gedrag uitlokken en kosten (welvaartsverlies) met zich meebrengen – op een bepaalde wijze te (kunnen) verminderen. De wijze waarop in deze theorieën op deze onzekerheden ofwel op de gedragsreacties van de actoren wordt ingespeeld, verschilt echter. Dit geldt zowel voor de wijze waarop in de verschillende benaderingen naar actoren wordt gekeken (een individu als zodanig of in relatie tot andere actoren) als voor de formulering en verklaring van het centrale probleem (zie tabel 2.2).

Tabel 2.2 Verschillen tussen de PRT, de PAT en de NWB

Aspecten	PRT	PAT	NWB
Analyse-eenheid	Economische actor	Relatie tussen principaal en agent	Actoren en hun interacties
Centrale probleem	Minimaliseren transactie- en productiekosten	Minimaliseren van welvaartsverlies, monitorings- en bindingskosten	Divers, onder andere doelmatigheid en legitimiteit van netwerken
Object van onderzoek	Prikkels voor economische actor om doelmatig te handelen	Moreel risico en risico van averechtse selectie in relatie tussen principaal en agent	Divers, onder andere intensiteit en kwaliteit van netwerkstructuren en -processen
Verklarende variabele(n)	Property rights van actoren met betrekking tot een goed of dienst	Discretionaire bevoegdheid agent, informatieverschillen en verschillen in doelen tussen principaal en agent	Divers. In deze studie ligt de focus op netwerkmanagement op institutioneel niveau

Op basis van de literatuurstudie in dit hoofdstuk kan worden geconstateerd en tabel 2.2 vat in hoofdlijnen samen dat:

- de PRT (en delen van) de NWB zich richten op de actor als analyse-eenheid. De PAT en (andere delen van) de NWB richten zich op relaties tussen actoren;
- zowel de PAT als (in meerdere of mindere mate) de NWB zich richten op niet-incidentele, ontwikkelende relaties tussen diverse actoren. Meer dan bij de PAT, waarin hiërarchische (verticale) relaties kunnen voorkomen, ligt het accent bij de NWB op horizontale relaties tussen actoren die op nevengechiktheid en gelijkwaardigheid berusten;
- de PRT en de PAT zich beperken vanuit economisch perspectief tot de kosten en de doelmatigheid van een relatie. De NWB richt zich daarnaast op de legitimiteit van de in de relatie ontwikkelde collectieve beslissingen of acties;
- de drie theoretische benaderingen zich daarmee, tenminste gedeeltelijk, richten op vermindering van diverse typen kosten, zoals transactie-, productie-, monitorings-, bindings- en welvaartsverlieskosten. Deze verschillen in terminologie versluieren het zicht op een verdergaande overeenkomst. In paragraaf 2.3 is toegelicht dat monitorings- en bindingskosten als (vormen van) transactiekosten kunnen worden opgevat. Het welvaartsverlies is te relateren aan productiekosten. Op grond daarvan kan worden beargumenteerd dat de PRT, de PAT en de NWB zich alle drie richten op het verminderen van transactie- en productiekosten;
- in geen van de drie theoretische benaderingen de in de probleemstelling genoemde prestaties kwaliteit, toegankelijkheid of equivalentie van (forensische) zorg als nastrevenswaardige thema's (te verklaren variabelen) worden genoemd. Aandacht voor kwaliteit kan als theoretisch inbegrepen worden beschouwd in de aandacht voor doelmatigheid, omdat veranderingen in kosten enkel in samenhang met (gelijkblijvende) kwaliteit iets zeggen over veranderingen in doelmatigheid (subparagraaf 4.4.1). Aandacht

- voor kwaliteit, toegankelijkheid en equivalentie van fz kan onderdeel uitmaken van de gezamenlijk te formuleren doelen (publieke waarden) en, voor zover aan de orde, als theoretisch inbegrepen in de aandacht voor legitimiteit in de NWB;
- het object van onderzoek verschilt in de drie benaderingen. In de PRT ligt de focus op de prikkels die van property rights uitgaan om efficiënt te handelen, in de PAT op de risico's in de relatie tussen principaal en agent. De NWB kent een diversiteit van onderwerpen waar de aandacht zich op richt, met name op de kwaliteit van de sociale relaties tussen actoren en (statistische) analyse van netwerkstructuren en -processen;
 - de verklarende variabelen eveneens verschillen. In de PRT betreft dit de property rights ofwel de economische rechten (belangen) van een actor ten aanzien van een fysiek goed of dienst. In de (traditionele) PAT gaat het om het verminderen van verschillen in informatiepositie en doelen tussen principaal en agent en in de in deze studie aangepaste PAT betreft dit daarnaast, scherper geformuleerd, het verminderen van verschillen van belangen tussen principaal en agent en de risico's aan weerszijden. In (een deel van) de NWB vormt netwerkmanagement op organisatieniveau en institutioneel niveau een belangrijke verklarende factor;
 - de sturingsmechanismen, ofwel de manieren waarop een actor effectief kan sturen om een bepaald doel (in de PRT en de PAT dus beperkt tot doelmatigheid) te bereiken, verschillen in de drie benaderingen. Volgens de PRT kan dit door de economische rechten van een actor te veranderen, omdat deze de motivatie en daarmee het gedrag beïnvloeden. Volgens de (traditionele) PAT kan dit door de verschillen in informatiepositie en doelen tussen principaal en agent te verminderen en in de (aangepaste) PAT kan dit ook door de verschillen in belangen tussen principaal en agent te verminderen en is er aandacht voor de risico's aan weerszijden. Volgens de NWB is het netwerkmanagement bepalend voor de effectiviteit van netwerken en volgens het institutionele deel van de NWB kan een actor effectief sturen door (arena- en interactie)regels in het netwerk aan te passen;
 - een mogelijke tegenstrijdigheid tussen de PAT en de NWB is dat uitbreiding van het aantal principalen en agenten in de PAT meestal wordt beschreven in termen van vergroten van risico's op onduidelijk gedrag en vermindering van efficiëntie, terwijl dit in de NWB vooral lijkt te worden gezien als een vergroting van kansen op informatie-uitwisseling, versterking van wederzijdse afhankelijkheden, mogelijkheden tot leren en innovatie en daarmee tot vergroting van de doelmatigheid. De NWB onderkent echter tegelijkertijd dat machtsverschillen en conflicten in een netwerk kunnen voorkomen, die de doelmatigheid (en legitimiteit) negatief beïnvloeden. Aangezien toename van het aantal sturende actoren in de NWB niet per se met conflicten gepaard hoeft te gaan, en de PAT wel stelselmatig een toename van het aantal principalen problematiseert, is de NWB positiever over de toename van het aantal sturende actoren;
 - in alle drie de theoretische benaderingen vertegenwoordigers te vinden zijn die een normatieve, al dan niet in combinatie met een descriptieve, invalshoek kiezen. Een discussie over de grenzen van het (normatieve) gebruik ervan, ontbreekt veelal (Wolfson, 2001; Donaldson, 2012, pp. 258-260; O'Toole, 2015);
 - bij de PRT en de PAT, meer dan bij de NWB het geval is, sprake is van een consistent, empirisch getoetst, theoretisch kader.

In de vergelijking van de drie theoretische benaderingen komen daarnaast principiële verschillen en overeenkomsten naar voren in de uitgangspunten die, al dan niet expliciet, in de drie benaderingen worden gehanteerd. In dit verband kunnen de volgende overeenkomsten en verschillen in uitgangspunten worden genoemd:

- In de PRT, de PAT en de NWB wordt in verschillende mate de invloed van veranderende instituties op het gedrag van actoren onderkend. In de PRT en de PAT, stromingen binnen de nieuwe institutionele economie, zijn de veranderende instituties steeds aanleiding en onderdeel van de analyse. In de NWB wordt slechts in een beperkt deel van de literatuur een relatie gelegd tussen veranderende instituties en effecten daarvan (bijvoorbeeld Ostrom, 1999, 2003; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 77, 186-187; Klijn & Koppenjan, 2006; Ostrom & Hess, 2007);
- De economische benaderingen PRT en PAT gaan in navolging van grondlegger Smith ervan uit dat individuen hun eigen belang nastreven en vatten dit ruimer op dan het financiële belang. In de NWB wordt ervan uitgegaan dat actoren een gezamenlijk belang nastreven, dat in een belangrijk deel van de literatuur op enige wijze eveneens aansluit op het eigen belang van de deelnemers. Sommige vertegenwoordigers van de NWB (Powell, 1990) veronderstellen dat actoren afzien van (stereotyp, op korte termijn gericht) eigen belang. Aangezien dit op de langere termijn op enige wijze echter eveneens voordelen biedt voor de betreffende actoren, lijkt 'het mensbeeld' achter de verschillende theoretische benaderingen daarmee niet wezenlijk te verschillen;
- In een deel van de NWB wordt, net zoals in de PRT en de PAT, uitgegaan van (beperkt) rationele actoren (bijvoorbeeld Ostrom, 1999, pp. 506-507; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 77, 186-187);
- De PRT en de PAT hanteren het methodologisch individualisme als uitgangspunt. In de NWB wordt niet of in ieder geval veel minder sterk (impliciet of expliciet) het handelen van individuen binnen een organisatievorm als vertrekpunt genomen. Er is weliswaar aandacht voor individueel handelen, maar dit wordt beschouwd als een empirisch te onderzoeken fenomeen, niet als algemeen vertrekpunt van analyse (Börzel, 2011, p. 58; Lewis, 2011, pp. 1224, 1227).

Samenvattend bieden de overeenkomsten in de uitgangspunten van de PRT, de PAT en (het institutionele deel van) de NWB een goede basis voor het te ontwikkelen integraal theoretisch model:

1. Veranderingen van instituties hebben effect op het gedrag van actoren;
2. Deze actoren streven in onderlinge relaties in meerdere of mindere mate op de korte of lange termijn een eigen belang na;
3. Zij gedragen zich daarbij (beperkt) rationeel.

Hoewel het methodologisch individualisme, anders dan in de PRT en de PAT, niet als algemeen uitgangspunt geldt in de NWB is het daarmee niet strijdig (want daarin voorkomend), waardoor dit als vierde gezamenlijk uitgangspunt – met het tweede samenhangend – voor het hierna te ontwikkelen conceptuele model kan worden beschouwd.

2.5.2 Integraal theoretisch model

De hiervoor beschreven overeenkomsten in de PRT, de PAT en (tenminste) het institutionele deel van de NWB met betrekking tot:

- de achtergrond: het verminderen van onzekerheden in de relaties tussen actoren;
- het doel: het verminderen van de transactie- en/of productiekosten ofwel het vergroten van de doelmatigheid van (de sturing van) een systeem;
- de uitgangspunten: (veranderingen van) instituties beïnvloeden het gedrag van actoren, actoren streven hun eigen belang na en gedragen zich (al dan niet beperkt) rationeel, en methodologisch individualisme;

vormen de basis voor het te formuleren integraal theoretisch model. De kwaliteit van fz kan als inbegrepen in de theoretische aandacht voor doelmatigheid worden beschouwd.

Doelmatigheid wordt opgevat als de verhouding tussen de (transactie- en productie)kosten en de omvang van de prestaties (kwaliteit daarbij inbegrepen). Er is sprake van grotere doelmatigheid wanneer gelijkblijvende prestaties (omvang en kwaliteit) tegen lagere kosten worden geleverd of wanneer deze prestaties verbeteren bij gelijkblijvende kosten (zie verder subparagraaf 4.4.1).

Op grond van de drie theoretische benaderingen is derhalve een verband te leggen tussen (het veranderen van) de instituties die relaties tussen actoren kenmerken, de effecten daarvan op onzekerheden in de relaties tussen deze actoren en de doelmatigheid van het gedrag van actoren. Anders gezegd is hiermee theoretisch een verband te leggen tussen een (verandering van) sturing, eerder omschreven als het bewust veranderen van instituties om het gedrag van (andere) actoren te beïnvloeden, en doelmatigheid. In een van deze benaderingen, de NWB, wordt behalve aan doelmatigheid ook aandacht besteed aan het formuleren van publieke waarden en daarmee aan de legitimiteit van de door de actoren uit te voeren acties.

In subparagraaf 2.5.1 is beschreven dat de mechanismen waarmee een actor een bepaald doel kan bereiken, in de drie benaderingen op hoofdpunten afwijken. Hierna wordt dieper op de verschillende verklaringen ingegaan.

Volgens de PRT kan de doelmatigheid worden beïnvloed door de economische rechten (property rights) van een actor te veranderen. Deze beïnvloeden de motivatie en het gedrag van actoren en hebben betrekking op de transactie- en productiekosten. Een toename van economische rechten van actoren leidt tot een toename van prikkels voor actoren om doelmatig te handelen en tot een vermindering van ontdoikgedrag.

Volgens de (traditionele) PAT kan de doelmatigheid worden bevorderd door de verschillen in informatiepositie en doelen tussen principaal en agent te verminderen. In de aangepaste PAT kan dit ook door de verschillen in economische rechten (belangen) tussen principaal en agent en door aan weerszijden (bij principaal en agent) de risico's te verminderen. De agent zal zijn discretionaire ruimte hierdoor eerder (mede) in het belang van de principaal inzetten, waardoor de monitorings- en bindingskosten (op te vatten als specificaties van transactiekosten) en welvaartsverliezen (gerelateerd aan productiekosten) afnemen. Een principaal beschikt over diverse strategieën om het gedrag van de agent te beïnvloeden, namelijk door (belonings)prikkels, richtlijnen en informatieoverdracht in te zetten. Een toename van (belonings)prikkels voor de agent vermindert de informatieverschillen tussen

beide partijen, omdat de agent daarvan leert wat de principaal belangrijk vindt of waar deze op let, waardoor (bij gelijkblijvende resultaten) de principaal kan volstaan met minder regelgeving en monitoring en daarmee lagere transactiekosten.

Volgens de NWB tot slot, bevordert de inbedding van relaties in een netwerk het vertrouwen, de coördinatie van handelen en de neiging tot wederkerigheid daarvan tussen actoren. De doelmatigheid en de legitimiteit van relaties in een netwerk kunnen worden beïnvloed door de persoonlijke stijl of activiteiten van een individuele netwerkmanager, door een bij de kenmerken en taken van het netwerk passende organisatie te belasten met het netwerkmanagement en door de arena- of interactieregels in het netwerk aan te passen. Deze beïnvloeden de kwaliteit van de sociale relaties en, daarmee samenhangend, de mate van informatie-uitwisseling en de samenwerking tussen actoren. Het belang van de sociale relaties wordt in termen van de PRT tevens beïnvloed door met de economische rechten van actoren samenhangende (belonings)prikkels. Gezamenlijk beïnvloeden het belang en de inbedding van relaties het vertrouwen tussen actoren en het aan onzekerheid tegengestelde (positief geformuleerde) concept dat in de NWB in de regel wordt gebruikt.¹⁶⁴ Een verandering van netwerkmanagement die leidt tot een verbetering van de kwaliteit van de sociale relaties, leidt volgens de NWB tot een toename van informatie-uitwisseling, samenwerking, vertrouwen en innovatie. Een toename van vertrouwen tussen actoren leidt tot een vermindering van de (noodzaak tot) monitoring en daarmee van transactiekosten. Machtsverschillen en conflicten tussen actoren hebben een negatieve invloed.

Waar de PRT met name betrekking heeft op het gedrag van uitvoerende actoren en daarmee op de productiekosten en de doelmatigheid van de uitvoering in een systeem, hebben de PAT en (het institutionele deel van de) NWB met name betrekking op de relaties tussen actoren en daarmee op de transactiekosten en doelmatigheid van de sturing van een systeem. De opvatting dat transactiekosten kunnen worden toegeschreven aan de wijze van sturing (organisatie van het systeem) en de productiekosten aan de kosten van het systeem als zodanig, sluit aan bij Arrow (1977, p. 77) die het verschil tussen beide typen kosten beschreef als "The distinction between transaction costs and production costs is that the former can be varied by a change in the mode of resource allocation, while the latter depend only on the

164. Overigens spreken economen eerder ook al over het belang van vertrouwen. Arrow (1970, p. 20; 1977, pp. 79-80) wees reeds op het belang van vertrouwen om de omvang van transactiekosten (hij gebruikt zoals eerder toegelicht de term 'marktfalen') te verminderen en de kansen op tot wederzijds voordeel strekkende samenwerking te vergroten: "It is useful for individuals to have some trust in each other's word. In the absence of trust, it would become very costly to arrange for alternative sanctions and guarantees, and many opportunities for mutually beneficial cooperation would have to be foregone." Furlong (1996) beschrijft de (calculerende) wijze waarop in met name de transactiekosten- en gametheorie met het begrip vertrouwen wordt omgegaan. Volgens hem verschilt dit van de in de sociologie gebruikte ruimere interpretatie van vertrouwen als kenmerk van de sociale omgeving. Uit het citaat van Arrow blijkt dit niet. Ook Hazeu (2000, p. 53) gaat, overigens onderschreven door Wolfson (2001, p. 89), van deze ruimere interpretatie uit, wanneer hij stelt dat "vertrouwen tussen partijen op een markt, in een bedrijf of in de maatschappij blijkbaar een economisch goed [is]. Het investeren daarin kan veel kosten uitsparen die anders gaan zitten in het bouwen van selectie- en controlemechanismen op opportunistisch gedrag".

technology and tastes, and would be the same in all economic systems".¹⁶⁵ Ondanks de verschillende accenten kunnen alle drie theoretische benaderingen echter gevolgen hebben voor zowel de transactie- als productiekosten.

Figuur 2.11 beschrijft het integrale conceptuele theoretische model dat op grond van het voorgaande kan worden geformuleerd. In dit model wordt, op basis van de in dit hoofdstuk beschreven PRT, PAT en (het institutionele deel van de) NWB, in hoofdlijnen een relatie gelegd tussen (een verandering van) instituties (ofwel sturing) en de doelmatigheid (de kwaliteit daarbij inbegrepen) en de legitimiteit van een systeem. Ten overvloede wordt hierbij opgemerkt dat een combinatie van de PRT, PAT en de NWB, zoals in deze studie wordt beschreven, in de literatuur niet is aangetroffen. De in figuur 2.11 genoemde concepten en verbanden daartussen dienen derhalve te worden gezien als een eerste aanzet in die richting. De plussen en minnen geven de theoretisch verwachte richting aan. Het betreft geen empirisch geteste verbanden.

In figuur 2.11 is de PRT als centrale deel van het conceptuele model opgenomen, omdat de verklarende variabelen daarvan – de economische rechten van actoren en de hiermee samenhangende prikkels – de motivatie en het gedrag van de actoren beïnvloeden. Aan de linkerzijde van het model wordt een verband gelegd tussen deze prikkels en de factoren die volgens de PAT de doelmatigheid beïnvloeden. Aan de rechterzijde van het model wordt een verband gelegd tussen deze prikkels en factoren die volgens (het institutionele deel van) de NWB de doelmatigheid en legitimiteit verklaren. De figuur toont in hoofdlijnen dat en op welke wijze veranderingen in instituties, die betrekking hebben op economische rechten van de actoren (PRT), verschillen in doelen tussen principaal en agent (PAT) of netwerkmanagement (NWB), de doelmatigheid en legitimiteit van een systeem beïnvloeden.

165. Het onderschrijven van Arrow betreft het conceptuele onderscheid, niet de als empirisch op te vatten claim daarin, dat de productiekosten bij alternatieve coördinatiemechanismen markt, hiërarchie en netwerken hetzelfde zijn (Williamson, 1979; Powell, 1990; Williamson, 1991; Scharpf, 1994; Williamson, 2005).

Figuur 2.11 Integraal conceptueel theoretisch model

2.5.3 Theoretische proposities en theoretisch onderzoeksmodel

Het integrale theoretische model (figuur 2.11) beschrijft in hoofdlijnen de relaties tussen de factoren die, volgens de PRT, de PAT en de NWB invloed hebben op de doelmatigheid en legitimiteit in een systeem. In deze slotparagraaf worden deze algemene theoretische inzichten vertaald naar theoretische proposities, anders gezegd naar de te bewijzen (of te falsificeren) beweringen in de casus (paragraaf 1.4). Gezamenlijk geven de proposities het theoretische antwoord op de hoe-vraag van het eerste deel van de probleemstelling. Het integraal theoretisch model wordt daartoe beperkt tot het theoretisch onderzoeksmodel (figuur 2.12).

Theoretisch deel probleemstelling

(Hoe) leidt de verandering van sturing van fz na de stelselwijziging in 2007 tot veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van deze zorg?

Vertrekpunt voor de redenering vormt de te bewijzen veronderstelling in de probleemstelling dat een verandering van sturing, bestaande uit een meer centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen (paragraaf 1.3), gevolgen heeft voor de kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van fz. Geconstateerd is dat in geen van de drie theoretische benaderingen de in de probleemstelling genoemde doelen van kwaliteit,

toegankelijkheid en equivalentie als afzonderlijke nastrevenswaardige thema's (te verklaren variabelen) worden genoemd (subparagraaf 2.5.1). De aandacht voor kwaliteit kan als theoretisch inbegrepen in de aandacht voor doelmatigheid worden beschouwd, omdat veranderingen in transactie- en productiekosten alleen bij gelijkblijvend volume en kwaliteit iets zeggen over veranderingen in doelmatigheid (zie verder subparagraaf 4.4.1). Toegankelijkheid en equivalentie worden als afzonderlijke systeemprestaties beschouwd (paragraaf 1.3). De literatuurverkenning van de NWB heeft daarnaast opgeleverd dat behalve aan doelmatigheid aandacht dient te worden besteed aan de legitimiteit van het gedrag van actoren als theoretisch te verklaren variabele. Daarmee betreffen de doelmatigheid en legitimiteit van het systeem van fz de theoretisch te verklaren variabelen. De propositie die in deze studie centraal staat luidt derhalve:

P: Een meer centrale sturing van fz vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen heeft gevolgen voor de doelmatigheid en de legitimiteit van de (sturing van) fz.

De geldigheid van P wordt onderzocht op basis van de atypische verandering van sturing die zich heeft voorgedaan bij de fz, namelijk de overheveling ervan in 2007 vanuit de AWBZ naar de begroting van Justitie (zie paragraaf 1.1). Ten opzichte van de daaraan voorafgaande minder centrale sturing vanuit voornamelijk de zorgketen, kan de stelselwijziging fz worden beschouwd als een bewuste verandering van instituties (sturing) door de Staten-Generaal om het gedrag van de sturende en uitvoerende actoren in het systeem van fz te beïnvloeden. De studie heeft betrekking op de verandering van instituties (sturing) en de effecten die daarvan het gevolg zijn. De veronderstelling in P dat, anders dan voorheen, na de stelselwijziging sprake is van zowel een meer centrale sturing (door de minister) als van een andere context van sturing (vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen) vergt doordenking van de theoretisch te verwachten effecten. Gelet op de stelselwijziging fz valt P daarmee als volgt te herformuleren:

P1: Als na de stelselwijziging fz sprake is van een meer centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen, dan veranderen de doelmatigheid en legitimiteit van de (sturing van) fz.

Ter doordenking van de theoretisch verwachte richting van de effecten (doelmatigheid, legitimiteit) wordt de in P1 genoemde verklarende variabele (een meer centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen) gerelateerd aan de drie verklarende variabelen in het integraal conceptueel theoretisch model: economische rechten van actoren, verschil in doelen tussen actoren, netwerkmanagement.

Economische rechten zijn in paragraaf 2.2 omschreven als in regelgeving of gewoonten maatschappelijk geaccepteerde rechten van een actor om een fysiek goed of dienst te exploiteren, de rechten van derden ten aanzien daarvan te reguleren en de effecten van te ondervinden. Centralisatie van sturing van de fz kan in dat kader worden opgevat als een in regelgeving vastgelegd (sterker) recht van de minister (van Justitie) om de fz te exploiteren, de rechten van derden (zoals justitiabelen) te reguleren en de effecten daarvan te ondervinden. Daarmee veronderstelt centralisatie van sturing vanuit het perspectief van de

PRT sterkere economische rechten van de sturende actor en minder sterke economische rechten van de uitvoerende actoren. De tweede verklarende variabele, netwerkmanagement, is in paragraaf 2.4 omschreven als bewuste poging om de interacties van actoren binnen het netwerk te organiseren, te regelen en te beïnvloeden. Centralisatie van sturing kan derhalve tevens worden beschouwd als centralisatie van netwerkmanagement. De derde verklarende variabele, het verschil in doelen tussen actoren, wordt niet door centralisatie van sturing beïnvloed, maar door de sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen. Het gelijktijdig behouden van verantwoordelijkheden van de minister van VWS (zie paragraaf 1.1) impliceert immers een toename van het aantal sturende actoren en (mogelijk) van het verschil in doelen, die volgens zowel de PAT als de NWB relevant zijn (zie paragrafen 2.3 en 2.4).¹⁶⁶ Op hoofdlijnen maakt dit duidelijk dat een relatie valt te leggen tussen de verandering van sturing in de casus en de drie verklarende variabelen in het theoretisch model. Op basis van de literatuurstudie en het hieruit afgeleide conceptueel theoretisch model wordt hierna ingegaan op de wijze waarop volgens de drie theoretische benaderingen sterkere economische rechten van actoren, een meer centraal netwerkmanagement en het grotere verschil in doelen, die samenhangen met de stelselwijziging fz, de doelmatigheid en legitimiteit ervan beïnvloeden.

De eerste stap in de aanscherping van P1 betreft de formulering van proposities in verband met het theoretisch te verwachten effect op de doelmatigheid van het systeem van de door de stelselwijziging veranderde economische rechten van de sturende en uitvoerende actoren. In paragraaf 2.2 is beschreven dat verschillen in economische rechten van actoren verschillen in prikkels om te handelen tot gevolg hebben volgens de PRT. Een actor stemt volgens deze theorie zijn gedrag af op de economische rechten waarover deze beschikt en wordt door dit belang gemotiveerd om te handelen. Wanneer de economische rechten van actoren toenemen, dalen de transactie- en productiekosten, omdat de onzekerheid bij transacties afneemt, actoren sterker dan daarvoor de consequenties van hun handelen ondervinden, hierdoor minder ontduikgedrag vertonen en meer gemotiveerd zijn om doelmatig te handelen. Deze algemene verwachting is gebaseerd op de in de PRT gebruikelijke vergelijking van situaties binnen de private sector of tussen de private en de publieke sector en daarmee op situaties waarin verschillen in eigendom een rol spelen (De Alessi, 1983b, p. 68). Bij vergelijkingen binnen de publieke sector, zoals in deze casus het geval is, speelt de (overdraagbaarheid van) eigendom tussen sturende actoren (zoals de ministers van VWS en Justitie) echter geen rol. Toepassing van de PRT binnen de publieke sector is mogelijk door aanpassing in de literatuur van de algemene veronderstelling van winstmaximalisatie, door in plaats daarvan nutsmaximalisatie centraal te stellen (Furubotn & Pejovich, 1972, p. 1138). Managers in de publieke sector zijn daarbij niet (alleen) gericht op kostenbesparingen die gunstig zijn voor de opdrachtgever, maar gebruiken hun discretionaire ruimte om hun eigen belang na te streven, zoals meer status (grotere staf of meer budget), meer vrije tijd,

166. Terzijde wordt opgemerkt dat een vermindering van verschillen in doelen tussen actoren binnen het netwerk gepaard kan gaan (neveneffect) met een toename van verschillen in doelen met actoren buiten het netwerk, hetgeen van belang is in verband met de door de Eerste Kamer naar voren gebrachte wens om te voorzien in de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen (zie paragraaf 1.1).

stemmenwinst of gunstigere carrièreperspectieven (Niskanen, 1975, pp. 619-620; Boorsma, 1981, pp. 14-15; De Alessi, 1983b, p. 68). Net zoals managers in de private sector ontdoikgedrag kunnen vertonen ten opzichte van een eigenaar (Furubotn & Pejovich, 1972, pp. 1148, 1151), kunnen managers in de publieke sector dus ontdoikgedrag vertonen ten opzichte van hun opdrachtgever (zie figuur 2.2 voor dergelijke rolverwisselingen) door bepaalde activiteiten niet of minder doelmatig uit te (laten) voeren. Aan de consequenties van (verschillen in) economische rechten tussen op vergelijkbaar niveau sturende actoren in de publieke sector, wordt in de literatuur, voor zover bekend, echter geen speciale aandacht besteed. In de onderhavige casus – waarin (consequenties van) verschillen in economische rechten tussen sturende actoren voor en na de stelselwijziging worden onderzocht – kan het volgende als een aanzet worden gezien.

Verondersteld wordt dat het ontdoikgedrag van de sturende actor ten opzichte van zijn opdrachtgever tot uitdrukking komt in zijn rol als opdrachtgever van uitvoerende actoren. Een sturende actor met sterkere economische rechten richt, omdat deze in sterkere mate de consequenties hiervan ondervindt, zijn activiteiten ten opzichte van de uitvoerende actoren naar verwachting op de opdracht die door zijn opdrachtgever aan hem gesteld wordt en waarop deze wordt afgerekend. In een situatie waarin een opdrachtgever expliciet opdracht geeft aan een sturende actor om op kosten te besparen, worden naar verwachting meer kostenbesparingen gerealiseerd, dan in een situatie waarin een dergelijke opdracht ontbreekt (en in dit opzicht ontdoikgedrag ten opzichte van de opdrachtgever kan vertonen). Voor sturende actoren in de publieke sector in het algemeen, en in de casus in het bijzonder, leidt dit tot de in propositie P2 genoemde te verwachten effecten.

P2: Als de economische rechten van een in de publieke sector sturende actor A (na de stelselwijziging) sterker zijn dan van sturende actor B (voor de stelselwijziging) en sturende actor A geen opdracht heeft om kosten te besparen, dan nemen diens discretionaire gedrag en transactie- en/of productiekosten toe en daalt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de (sturing van) fz. Indien sturende actor A de opdracht heeft om kosten te besparen, dan nemen diens discretionaire gedrag en transactie- en/of productiekosten af en stijgt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de (sturing van) fz.

De uitvoerende actoren op het terrein van de fz, dat wil zeggen de zorgaanbieders die deze zorg verlenen, zijn publieke en met name private actoren. De hiervoor geformuleerde aanpassing van de PRT in verband met toepassing binnen de publieke sector is derhalve bij uitvoerende actoren van toepassing noch noodzakelijk. Voor deze actoren geldt propositie P3 op grond van de algemene verwachting in de PRT.

P3: Als de economische rechten van uitvoerende actoren na de stelselwijziging fz minder sterk zijn dan voorheen, dan stijgen hun ontdoikgedrag en de transactie- en productiekosten en daalt bij gelijkblijvend volume en kwaliteit de doelmatigheid van de (sturing van) fz.

De redenering op grond van de PRT, dat sterkere economische rechten van een actor tot meer (prikkels tot) doelmatig gedrag van deze actor leiden, kan worden aangevuld met de, deels verschillende, inzichten van de PAT en de NWB over de doelmatigheid van de wijze van

sturing. Hiertoe worden de twee elementen van de verandering van sturing na de stelselwijziging, namelijk (1) de meer centrale sturing (2) die plaatsvindt vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen, gerelateerd aan de verklarende variabelen uit de PAT en de NWB. Vanwege de leesbaarheid wordt in het vervolg van deze paragraaf (alleen) het begrip principaal of agent gehanteerd wanneer dit uitsluitend de redenering van de PAT betreft. Wanneer naar beide benaderingen wordt verwezen, wordt het overkoepelende begrip sturende of uitvoerende actor gebruikt. Zonder toevoeging verwijst de term actoren naar zowel uitvoerende als sturende actoren.

Het eerste element van de veranderde wijze van sturing betreft de sturing door de minister van Justitie vanuit de strafrechtketen. Vanwege het tegelijkertijd behouden van eigen verantwoordelijkheden en daarmee sturing van de minister van VWS vanuit de zorgketen, impliceert dit een toename van zowel het aantal sturende actoren als van het verschil in doelen tussen sturende actoren. Hoewel sprake is van samenhang tussen beide variabelen worden deze (deels) onafhankelijk van elkaar beschouwd.

Over de invloed van het aantal (sturende) actoren bestaat een opvallend verschil van inzicht tussen de PAT en de NWB. Volgens de PAT zijn arrangementen waarin alle agenten door één principaal worden aangestuurd doelmatiger dan arrangementen die door meerdere principalen worden aangestuurd (Boorsma & Tijdink, 2008, p. 224). Daarbij wordt verondersteld dat principalen ieder hun eigen doelen nastreven, weliswaar positief vanuit het oogpunt van bij de overheid wenselijke checks and balances, maar ondermijnend voor de prestatieprikkels in een systeem (Tirole, 1994, p. 24; Dixit, 2002, pp. 697, 702). Wanneer meerdere principalen meerdere agenten aansturen, dan zijn er volgens de (klassieke) PAT meer onduidelijkheden in de aansturing en meer mogelijkheden voor de agenten om opportunistisch gedrag of ontdoikgedrag te vertonen.

In de aangepaste interpretatie van de PAT worden wederzijdse risico's (moreel risico en averechtse selectie) onderkend en kunnen niet alleen agenten ten opzichte van de principaal maar ook principalen ten opzichte van de agent opportunistisch gedrag vertonen, omdat beiden contracten minimalistisch (perfunctory) in plaats van ruimhartig (consummate) kunnen nakomen (Brown et al., 2010, p. i45). Wanneer de principaal-agentrelatie betrekking heeft op een complex product, dan is de principaal onzeker over de precieze waarde (samenstelling) van het te leveren product en de agent onzeker over de hiermee gemoeide kosten. Derhalve is niet alles vooraf bekend en contractueel vast te leggen. De uitvoering van het incomplete contract dat daarvan het gevolg is, gaat gepaard met specifieke investeringen die van weinig waarde zijn buiten de contractrelatie en leidt tot wederzijdse afhankelijkheden tussen principaal en agent, door Williamson (1996) *lock-in problem* genoemd (Brown et al., 2010, pp. i44-i45). De agent kan in deze situatie ontdoikgedrag vertonen door de principaal met onnodige kosten op te zadelen of hiervoor minder waarde te leveren dan mogelijk is. Omgekeerd kan een principaal bij de invulling van de contractrelatie echter (steeds) strengere eisen stellen aan de agent of morrelen aan de vergoedingen en daarmee evenzeer opportunistisch gedrag vertonen dat als ontdoiken van de contractrelatie kan worden geduid. Om begripsverwarring te voorkomen, wordt dat hier als afknijpgedrag aangeduid. Een

toename van het aantal principalen die gezamenlijk een of meerdere agenten aansturen vergroot de mogelijkheid dat agenten dit gedrag ondervinden.

In de NWB wordt, voor zover bekend, niet afzonderlijk ingegaan op de gevolgen van meerdere sturende actoren in een netwerk of van uitbreiding daarvan. Vanwege de vaak langdurige, min of meer stabiele relaties met (herhaalde) interacties tussen actoren in een netwerk ontstaat een omgeving van formele en informele (ingebedde) relaties waarin informatie wordt gedeeld, waardoor de voorspelbaarheid, het vertrouwen, het sociale kapitaal en daarmee de mogelijkheden tot leren en innoveren toenemen. Tegelijkertijd verminderen onzekerheden, het opportunistisch gedrag van actoren, de noodzaak tot monitoring en de bijbehorende kosten (bijvoorbeeld Powell, 1990, pp. 322-323; Scharpf, 1994, p. 49; Powell et al., 1996; Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 84-87; Provan & Kenis, 2007, pp. 237-238). Een toename van het aantal actoren, en daarmee relaties in een netwerk die (deels) een gezamenlijk doel nastreven, wordt binnen de NWB in het algemeen als het vergroten van het sociale kapitaal beschouwd met meer waardevolle informatie-uitwisseling, samenwerking, vertrouwen en innovatie als gevolg (Burt, 1992; Uzzi, 1996, 1997). Volgens sommigen is dit slechts tot op zekere hoogte het geval¹⁶⁷ en kunnen conflicten voorkomen met meer negatieve gevolgen (zie P7 hierna). Vanwege de sterkere sociale relaties en een groter vertrouwen, nemen vanuit het perspectief van de NWB de behoefte aan regelgeving, monitoring en daarmee de transactiekosten af en de (innovatie van) prestaties toe, tenzij sprake is van negatieve gevolgen van netwerkrelaties waar later (P7) op wordt ingegaan.

P4A, P4B en P4C gaan in op de verschillende gezichtspunten van de PAT en de NWB.

P4A: Als na de stelselwijziging fz sprake is van sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen, dan neemt het aantal principalen, het aantal actoren en het verschil in doelen tussen principalen en agenten toe.

P4B: Als het aantal principalen (na de stelselwijziging fz) toeneemt, dan stijgen volgens de (klassieke) PAT het ontduikgedrag van de agenten en de transactie- en productiekosten, en daalt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van (sturing van) de fz. Volgens de (aangepaste) PAT stijgt ook het opportunistisch (afknijp)gedrag van de princip(a)al(en).

P4C: Als na de stelselwijziging fz het aantal actoren toeneemt, dan stijgen volgens de NWB de informatie-uitwisseling, de samenwerking en de innovatie, dalen de transactie- en productiekosten, en verbetert bij gelijkblijvend volume en kwaliteit de doelmatigheid van de (sturing van) fz.

167. Anders dan in de PAT wordt geredeneerd kan volgens de NWB uitbreiding van het aantal actoren in een netwerk zinvol zijn, al draagt niet elke uitbreiding bij. Burt (1992, pp. 20-21) heeft twee principes geformuleerd om tot een efficiënt en effectief netwerk te komen. Volgens Uzzi (1997, p. 35) is uitbreiding van het aantal relaties positief tot op een bepaald punt: "a threshold . . . after which embeddedness can derail economic performance by making firms vulnerable to exogenous shocks or insulating them from information that exists beyond their network", zie ook P7.

Wat het verschil in doelen betreft valt op dat, zowel in de PAT als in de NWB, consensus van actoren over de na te streven doelen van belang is. Zo worden in de principaal-agentliteratuur situaties beschreven waarin principalen op grond van een gezamenlijk doel samenwerken en in een dergelijke situatie van "georganiseerd vertrouwen" een grotere doelmatigheid bereiken dan wanneer die doelen uiteenlopen, de samenwerking vermindert en onttaardt in een situatie van "georganiseerd wantrouwen" (Hazeu, 2000, p. 100).¹⁶⁸ Wanneer principalen, onafhankelijk van een uitbreiding van het aantal zoals in P4, meer dan voorheen verschillende doelen nastreven, dan nemen het informatieverval en het verschil in doelen met agenten toe. Wanneer hetzelfde aantal principalen meer gemeenschappelijke doelen nastreeft, dan verminderen de discretionaire ruimte van agenten, de bijbehorende risico's van verborgen actie en averechtse selectie en de transactiekosten.

In de NWB vormt het gezamenlijk belang, het (tenminste gedeeltelijk) nastreven van gezamenlijke doelen de basis voor samenwerking in een netwerk (zie paragraaf 2.4). Een toename van het verschil in doelen tussen principalen (sturende actoren) heeft derhalve volgens beide benaderingen een nadelig effect op de doelmatigheid van het systeem, zoals in P5 wordt geformuleerd.

P5: Als na de stelselwijziging fz principalen (actoren) meer dan voorheen verschillende doelen nastreven, dan neemt volgens de PAT het ontduikgedrag van agenten toe en volgens de NWB neemt de informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie van actoren af. Volgens beide benaderingen stijgen de transactie- en productiekosten en daalt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de (sturing van) fz.

Het tweede element van de veranderde wijze van sturing in de casus betreft de centralisatie ervan. Voor zowel de PAT als de NWB is het relevant dat centralisatie impliceert dat de zeggenschap ofwel discretionaire ruimte van de sturende actor toeneemt en die van de uitvoerende actor afneemt, vergeleken met een situatie waarin sprake is van minder centrale sturing (zie verder P2). Wanneer sprake is van centralisatie van sturing is de relatie tussen actoren minder op gelijkwaardigheid, nevenschiktheid en wederkerigheid, en minder op decentrale vormen van netwerkmanagement gebaseerd. Volgens (een deel van) de NWB beïnvloedt individueel netwerkmanagement, organisatienetwerkmanagement of institutioneel netwerkmanagement de doelmatigheid en de legitimiteit van het netwerk. De inbedding van relaties tussen actoren in een netwerk bevordert de coördinatie en doelmatigheid van handelen in het algemeen (Scharpf, 1994). Netwerkmanagement beïnvloedt het belang van (de kwaliteit van) de sociale relaties en daarmee de mate van informatie-uitwisseling,

168. Een principaal beschikt volgens de PAT over diverse strategieën om de agent te verleiden meer in zijn belang te handelen. Via (belonings)prikkels, richtlijnen of informatieoverdracht (ofwel een wortel, zweep of preek) kan de principaal het aantal of de kenmerken van de alternatieven die de agent heeft, dan wel de criteria die deze hanteert, beïnvloeden (Groenendijk, 1997, p. 212). Om disfunctionele effecten van beloningssystemen te beperken, moet volgens de PAT-literatuur rekening worden gehouden met de intrinsieke en extrinsieke motivatie van agenten, bijvoorbeeld door (telkens) wijzigingen aan te brengen in de beloningsstructuur, de intrinsiek gemotiveerde agenten de lastig meetbare taken te geven, de beloningsstructuur daarop aan te passen en verantwoordelijkheden toe te delen aan kleine teams, waardoor ontduikgedrag afneemt.

samenwerking en het vertrouwen tussen de actoren in het netwerk. Een bij de kenmerken van het netwerk passend netwerkmanagement vergroot de doelmatigheid van sturing (Provan & Kenis, 2007, pp. 236-247). Centralisatie van sturing veronderstelt een daarop aangepast netwerkmanagement. De variant waarin het netwerkmanagement ligt bij een hiertoe in het leven geroepen centrale administratieve organisatie is effectief wanneer sprake is van een relatief groot aantal actoren, die elkaar redelijk vertrouwen en het gemiddeld tot sterk eens zijn over de doelen die zij willen bereiken, en die van elkaar afhankelijk zijn in hun specialistische taakuitoefening (Provan & Kenis, 2007, pp. 236-241). Op basis van het voorgaande wordt P6 geformuleerd.

P6: Als na de stelselwijziging fz sprake is van een relatief groot aantal actoren die in vertrouwen dezelfde doelen nastreven met een sterke afhankelijkheid in specialistische taakuitoefening, dan leidt sturing door een hiertoe in het leven geroepen centrale administratieve netwerkorganisatie volgens de NWB tot lagere transactie- en productiekosten en, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, een grotere doelmatigheid van de (sturing van) fz.

De met centralisatie gepaard gaande veranderingen kunnen de uitkomsten echter ook negatief beïnvloeden wanneer deze het gezamenlijk nastreven van doelen in een netwerk verminderen. Een meer centrale sturing impliceert dat de relatie tussen actoren minder op gelijkwaardigheid, nevenschiktheid en wederkerigheid is gericht dan bij een minder centrale sturing het geval is. Als gevolg van verminderde discretionaire ruimte en gelijkwaardigheid van relaties, kan de informatie-uitwisseling in een netwerk leiden tot behartiging van deelbelangen door actoren ten koste van anderen in het netwerk, en tot conflicten. Wanneer onderlinge belangenbehartiging of conflicten zich voordoen, dan vermindert het onderlinge vertrouwen tussen actoren en nemen vanwege de noodzaak om meer te overleggen de transactiekosten toe.

Een sturende actor richt zich bij een meer centrale sturing meer op het realiseren van de eigen doelen dan bij een minder centrale sturing het geval is, hetgeen naar verwachting leidt tot meer belangenbehartiging door uitvoerende actoren en tot een toename van conflicten in een netwerk. Een meer centrale sturing na de stelselwijziging fz leidt derhalve naar verwachting tot meer belangenbehartiging door uitvoerende actoren, tot meer conflicten tussen sturende en uitvoerende actoren en daarmee tot hogere transactiekosten en minder doelmatigheid. P7 richt zich op de kern van het voorgaande.

P7: Als na de stelselwijziging fz de informatie-uitwisseling en samenwerking gepaard gaan met meer belangenbehartiging en conflicten dan voorheen, dan verhoogt dit de transactie- en productiekosten en vermindert, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de (sturing van) fz.

Het geheel met betrekking tot de doelmatigheid van sturing samenvattend, wordt de doelmatigheid bepaald door het gezamenlijk effect van veranderingen van economische rechten van de actoren (P2 en P3), de opdracht aan een sturende actor om kosten te besparen (P2), het aantal principalen en actoren (P4A, P4B en P4C), het verschil in doelen tussen principalen of actoren (P4A, P5), een bij de kenmerken van het netwerk passend centraal

netwerkmanagement (P6), en belangenbehartiging en conflicten (P7). Wanneer wordt verondersteld dat in de casus de economische rechten van de sturende actor na de stelselwijziging toenemen, de economische rechten van de uitvoerende actoren dientengevolge verminderen, het aantal principalen stijgt en het verschil in doelen tussen actoren toeneemt, dan is op theoretische gronden (P2 tot en met P4A, P4B, P5 en P7) te verwachten dat de transactiekosten stijgen. De toename van het aantal actoren en de inrichting van een op de kenmerken van het netwerk afgestemde administratieve organisatie kunnen volgens de NWB (P4C, P6) deze transactiekosten verminderen. Of het effect van deze bevorderende factoren per saldo de negatieve factoren overstijgen, hangt van de relatieve invloed van de respectievelijke variabelen af. Op theoretische gronden is alleen op grond van een opdracht aan sturende actoren om kosten te besparen (P2), een toename van het aantal actoren in het netwerk (P4C), en de inrichting van een op de kenmerken van het netwerk afgestemde administratieve organisatie (P6) een positief effect op de doelmatigheid van sturing te verwachten.

Daarmee zijn we beland bij de doordenking van de tweede te verklaren variabele van P1, namelijk de legitimiteit van het systeem. Op de vraag of en waarom de legitimiteit door een verandering van de wijze van sturing toe- of afneemt, gaat alleen de NWB in. Volgens sommige vertegenwoordigers van deze benadering hebben in een op samenwerking en wederkerigheid gebaseerd netwerk waarin alle relevante actoren vertegenwoordigd zijn, deze actoren invloed op de formulering van de gezamenlijk na te streven doelen (ofwel de formulering van het publiek belang) en neemt hierdoor het draagvlak voor de realisatie daarvan en de legitimiteit van het systeem als geheel toe (bijvoorbeeld Koppenjan & Klijn, 2004, pp. 108, 114, 260; Klijn, 2008a, pp. 26-27). Legitimiteit wordt hierbij overigens ruim opgevat en niet beperkt tot de formele opvatting dat de legitimiteit van een systeem is gebaseerd op de beleidsvorming en -verantwoording door democratisch gekozen politici (zie Klijn & Skelcher, 2007, p. 591 voor een overzicht van opvattingen over legitimiteit van netwerken). Anderen wijzen echter op de mogelijkheid dat machtsverschillen, conflicten en belangenbehartiging door actoren een dominante rol kunnen spelen (Rhodes, 1996; Hirst, 2000, p. 667; Agranoff & McGuire, 2001, p. 310; Agranoff, 2006, pp. 61-62; Börzel, 2011, p. 56) die niet alleen, zoals hiervoor geschetst, kunnen leiden tot minder doelmatigheid maar ook tot vermindering van de legitimiteit (Scharpf, 1994, p. 49; Koppenjan & Klijn, 2004, p. 259; Torenvlied, 2012, pp. 11-13). Procedurele legitimiteit is dan een opdracht aan netwerken, maar geen vanzelfsprekend resultaat daarvan (Agranoff & McGuire, 2001, pp. 309-310; Ansell & Gash, 2007, p. 555).

Gelet op het feit dat het equivalentiebeginsel een nationaal en internationaal aanvaard principe en uitgangspunt voor beleid is (paragraaf 1.1), is handhaving van dit principe een relevant inhoudelijk criterium bij de gezamenlijk geformuleerde publieke waarden dat bijdraagt aan de legitimiteit van de fz. Op grond van het voorgaande zijn in verband met legitimiteit van het systeem de proposities P8A, P8B en P8C te formuleren.

P8A: Als na de stelselwijziging fz meer actoren zijn betrokken bij het formuleren van gemeenschappelijke doelstellingen (publieke waarden) dan voorheen, dan neemt de legitimiteit van de (sturing van) fz toe.

P8B: Als na de stelselwijziging fz het gemeenschappelijk formuleren van doelstellingen (publieke waarden) gepaard gaat met meer belangenbehartiging en conflicten dan voorheen, dan neemt de legitimiteit van de (sturing van) fz af.

P8C: Als na de stelselwijziging fz het equivalentiebeginsel als principe wordt aangetast in de gezamenlijk geformuleerde doelen, dan neemt de legitimiteit van de (sturing van) fz af.

De legitimiteit van sturing wordt bepaald door de betrokkenheid van sturende en uitvoerende actoren bij het formuleren van doelstellingen of publieke waarden (P8A), het al dan niet vaker voorkomen van conflicten en belangenbehartiging (P8B) en het al dan niet handhaven van het equivalentiebeginsel (P8C). Veronderstellend dat de vorming van een institutionele context (netwerk) van relaties in de fz een toename impliceert van de informatie-uitwisseling en formulering van doelstellingen op dat terrein (P8A) dan neemt, bij een niet-formele opvatting van dat begrip, de legitimiteit van het systeem toe. Belangenbehartiging en conflicten (P8B) leiden, evenals aantasting van het nationaal en internationaal erkende equivalentiebeginsel in de gezamenlijk geformuleerde doelen (P8C), tot vermindering van legitimiteit van het systeem. Gelet op de verminderde gelijkwaardigheid, nevengeschiedtheid, en wederkerigheid van relaties als gevolg van de meer centrale sturing, is aannemelijk dat na de stelselwijziging fz de doelen van de sturende actor (waaronder het doel om kosten te besparen) zwaarder wegen dan van de uitvoerende actoren en dat belangenbehartiging door (uitvoerende) actoren en conflicten tussen actoren niet minder vaak voorkomen dan daarvoor. Op theoretische gronden is derhalve te verwachten dat de legitimiteit na de stelselwijziging fz afneemt indien na de stelselwijziging meer belangenbehartiging en conflicten voorkomen (P8B) of van het equivalentiebeginsel wordt afgeweken (P8C), tenzij het betrekken van meer relevante actoren bij het formuleren van de doelstellingen (P8A) zwaarder weegt. Of het effect van deze bevorderende factor per saldo de negatieve factoren overstijgt, hangt van de relatieve invloed van de respectievelijke variabelen af. Anders gezegd, is op theoretische gronden alleen van het betrekken van meer relevante actoren bij het formuleren van doelstellingen een positief effect op de legitimiteit van sturing te verwachten.

Het geheel samenvattend, kan P1 als volgt worden aangescherpt:

P9: Als na de stelselwijziging fz sprake is van een meer centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen, dan dalen de doelmatigheid en legitimiteit van de (sturing van) fz, tenzij kostenbesparing vooropstaat in de doelen van de sturende actor en tenzij een op de kenmerken van het netwerk afgestemde centrale administratieve netwerkorganisatie een groter aantal actoren bij het formuleren van gemeenschappelijke doelen in de fz betreft zonder toename van belangenbehartiging en conflicten.

Figuur 2.12 vat het theoretisch onderzoeksmodel samen en laat zien welke variabelen (in deze casus) op grond van welke proposities de ontwikkeling van doelmatigheid en legitimiteit (van fz in de onderzoeksperiode in verband met de stelselwijziging) verklaren. Zeven variabelen zijn daarbij als moderator (M) getypeerd, waarmee wordt gedomd op een variabele die de relatie tussen twee andere variabelen beïnvloedt. Behalve verschillen in instituties (zoals economische

rechten, centrale ano, aantal principalen, aantal actoren en verschil in doelen tussen actoren) vormen de hiermee verwachte verschillen in gedrag van actoren een belangrijk onderdeel van het theoretisch verklarend model. Op grond van de PRT en de (aangepaste) PAT worden in dit model drie typen opportunistisch gedrag onderscheiden:

- discretionair gedrag door de sturende actor, bij ontbreken van een aan hem gegeven opdracht om kosten te besparen (zoals hier verondersteld bij toepassing van de PRT in de publieke sector);
- ontduikgedrag van een agent ten opzichte van zijn principaal (zoals verondersteld in de klassieke PAT);
- afknijpgedrag van een principaal ten opzichte van de agent (zoals hier verondersteld in verband met onderkenning van wederzijdse risico's bij principaal en agent in de aangepaste PAT).

Op grond van de NWB wordt het gedrag van actoren in het model onderscheiden in:

- gedrag met overwegend positieve gevolgen: informatie-uitwisseling, samenwerking, concurrentie, innovatie;
- gedrag met overwegend negatieve gevolgen: behartigen van (deel)belangen en conflicten.

Aangezien beide typen gedrag vergelijkbare (positieve en negatieve) gevolgen hebben, worden deze omwille van de leesbaarheid van de figuur in gezamenlijke boxen samengevat.

Het gedrag van actoren heeft invloed op de transactie- en productiekosten, vanwege de leesbaarheid eveneens als gezamenlijke box weergegeven, en daarmee op de doelmatigheid.

Aandacht voor kwaliteit wordt als theoretisch inbegrepen beschouwd in de aandacht voor doelmatigheid. Toegankelijkheid en equivalentie van (forensische) zorg als afzonderlijke systeemprestaties (paragraaf 1.3 en subparagraaf 4.4.1).

Figuur 2.12 toont hoe, op grond van de drie theoretische benaderingen (PRT, PAT en NWB), in hoofdlijnen een relatie kan worden gelegd tussen de stelselwijziging fz en de ontwikkeling van doelmatigheid en legitimiteit daarvan. De figuur moet steeds van links naar rechts, maar ook (deels) van boven naar beneden en (deels) van beneden naar boven worden gelezen. Laatstgenoemde relaties worden zoveel mogelijk aangeduid als onderbroken lijnen.

De figuur laat zien dat een meer centrale sturing leidt tot een toename van economische rechten van de sturende actoren, een afname van deze rechten van uitvoerende actoren en een meer centrale netwerksturing door een daartoe in het leven geroepen ano. Toename van economische rechten van sturende actoren in de publieke sector leidt, bij afwezigheid van een opdracht om kosten te besparen en gelet op hun discretionaire ruimte, tot discretionair gedrag en daarmee tot hogere transactie- en productiekosten. De hiermee samenhangende afname van economische rechten van uitvoerende actoren leidt ook bij hen tot (een andere vorm van) opportunistisch gedrag (ontduikgedrag) en daarmee tot hogere productiekosten, tenzij sturing door een centrale netwerkorganisatie (daartoe aangemoedigd door een expliciete opdracht) dit verhindert. Bij gelijkblijvende omvang en kwaliteit van fz, leiden hogere transactie- en productiekosten tot een vermindering van doelmatigheid van deze zorg.

Figuur 2.12 Theoretisch onderzoeksmodel

De sturing vanuit de strafrecht- en zorgketen leidt naar verwachting tot een toename van zowel het aantal principalen en andere actoren in de casus, als van het verschil in doelen tussen sturende en uitvoerende actoren. Het toegenomen aantal principalen en het verschil in doelen tussen sturende en uitvoerende actoren leiden volgens de PRT en de (aangepaste) PAT tot meer discretionair gedrag en afknijpgedrag van principalen, tot ontduikgedrag van agenten en volgens de NWB tot minder informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie, maar mogelijk ook tot meer belangenbehartiging en conflicten in het netwerk en daarmee tot hogere transactiekosten en (verdere) afname van doelmatigheid. De betrokkenheid van een groter aantal actoren bij de formulering van publieke waarden en de sturing door een centrale netwerkorganisatie bevorderen de legitimiteit, tenzij de equivalentie van fz vermindert of belangenbehartiging en conflicten toenemen en zwaarder wegen. Samenvattend wordt op

grond van deze theoretische inzichten verwacht dat de stelselwijziging tot een daling van doelmatigheid en legitimiteit leidt, tenzij sturing van een groter aantal actoren door een centrale netwerkorganisatie met opdracht om kosten te besparen per saldo zwaarder weegt.

DEEL 2 VOORBEREIDING ONDERZOEK

3 Beschrijving van het onderzoeksterrein

3.1 Inleiding

In het eerste hoofdstuk is toegelicht dat de overheveling van fz in 2007 vanuit VWS naar het ministerie van Justitie de aanleiding vormt om de effecten van deze verandering van sturing diepgravend te onderzoeken. In het vorige hoofdstuk is een uitgebreide literatuurverkenning beschreven van drie economische en bestuurskundige benaderingen om na te gaan hoe theoretisch een relatie valt te leggen tussen deze bewuste verandering van instituties en effecten in termen van doelmatigheid en legitimiteit.

Dit derde hoofdstuk bevat, als voorbereiding op de onderzoeksopzet in hoofdstuk 4, een beschrijving van de ontwikkelingen op het terrein van de fz en de ggz, een met delen van de fz vergelijkbaar zorgterrein. Zowel vanuit onderzoekstechnisch perspectief als vanwege het nationaal en internationaal aanvaarde equivalentiebeginsel, dat inhoudt dat de zorg aan justitiabelen gelijkwaardig dient te zijn aan de zorg in de vrije samenleving, is relevant dat zich bij onderdelen van de ggz deels geen en deels aan de fz tegengestelde veranderingen in sturing hebben voorgedaan. Dit hoofdstuk gaat in op de vraag welke veranderingen dit betreft in de periode tussen begin 2006 en ultimo 2015, dat wil zeggen kort vóór tot zo lang mogelijk na de stelselwijziging fz (paragraaf 1.4). Hierbij wordt in herinnering gebracht dat de zorg in justitieel kader vóór de stelselwijziging niet als zodanig werd geregistreerd, omdat dit voor de zorgvraag en de bekostiging ervan niet uitmaakte (TK, 2004-2005c, p. 4).¹⁶⁹ Tot de overheveling van de fz naar het ministerie van Justitie was dit onderdeel van de reguliere zorg zoals de ggz. Vijf jaar na de stelselwijziging constateert de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2012) dat, wat zorgbehoefte betreft, de overeenkomsten tussen reguliere en forensische patiënten dominant zijn:¹⁷⁰

In zowel de forensische zorg als in de reguliere ggz denkt men met een nagenoeg vergelijkbare groep patiënten te maken te hebben. Er zijn veel gemeenschappelijke kenmerken en het is vaak toeval ("omstandigheden" anders dan de primaire stoornis) of betrokkene in de justitiële sfeer dan wel in de zorg terecht komt. In beide sectoren beschouwt men de stoornis als het primaire aangrijpingspunt voor actie, niet de justitietitel of de plaats waar de patiënt zich bevindt.¹⁷¹ (p. 8)

169. Zie (Van der Grinten & Kasdorp, 1999) voor een beschrijving van de veranderde bestuursstructuur en -cultuur in de Nederlandse gezondheidszorg in het algemeen en (TK, 2005-2006e, pp. 4-11) voor een beschrijving van veranderingen vanaf de jaren tachtig op het ggz-terrein.

170. De RVZ (2012, p. 22) signaleert ook verschillen "Zo zien wij bij justitie veel meer mannen, zedendelicten, waaronder pedoseksuele, multiproblematiek, verslavingen en historie in jeugdzorg. De verschillen liggen vooral in de sociaal-culturele sfeer. Zij uiteten zich in het gedrag van de patiënt." Zie verder paragrafen 4.2 en 5.7.

171. Volgens het Forensisch Netwerk heeft de fz "veel overeenkomsten met de reguliere ggz. De behandeling zelf is bij fz niet anders dan in de reguliere ggz. Het verschil ligt in de beveiligde setting" (GGZ Nederland, 2013, p. 7). "Tijdens de behandelingen wordt in de forensische zorg echter nadrukkelijk gewerkt aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van delictrisico's. Bovendien hebben niet alle patiënten de vrijheid om naar buiten te gaan. Het verschil bestaat dus uit de specifieke

Om de ontwikkelingen op het terrein van de fz in de bredere context van de reguliere zorg te kunnen plaatsen, wordt hierna eerst op de ontwikkelingen op het ggz-terrein ingegaan (paragraaf 3.2) en daarna op die van de fz (paragraaf 3.3). Achtereenvolgens worden de veranderingen in het juridisch kader beschreven, wordt ingegaan op de context waarbinnen de sturing plaatsvindt en wordt, samenhangend met het belang van sturende en uitvoerende actoren in het theoretisch kader, samengevat welke actoren vanuit welke rol actief zijn op de peilmomenten in deze studie, (begin) 2006 en (ultimo) 2015.

3.2 Veranderingen in stelsel geestelijke gezondheidszorg (2006-2015)

3.2.1 Juridisch kader

De ggz valt tot en met 2006 in zijn geheel onder de AWBZ (Stb. 1967, 617) die in 1968 is ingevoerd als verplichte volksverzekering tegen ziektekosten die niet via het ziekenfonds of een particuliere verzekering werden gedekt (TK, 2005-2006g, p. 17). Op 1 januari 2006 werd, ter vervanging van het ziekenfonds en de particuliere verzekering, de Zvw ingevoerd (Stb. 2005, 358) met een wettelijk verzekerd pakket gelijk aan het ziekenfondspakket (TK, 2005-2006h, p. 10). Hiermee werd beoogd iedereen volgens gelijke sociale voorwaarden te verzekeren tegen de gevolgen van behoefte aan geneeskundige zorg (Stb. 2005, 358). Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat de ggz tot 2006 als een moeilijk verzekerbaar risico werd gezien (zie ook TK, 2005-2006g, p. 21 en 39). Die zienswijze veranderde in de jaren daarna, binnen de bredere ontwikkeling van een systeem van gereguleerde concurrentie (zie subparagraaf 1.2.1).¹⁷² Allereerst werd op 1 januari 2007 de 'curatieve ggz' overgeheveld naar de Zvw (TK, 2005-2006h, p. 4). Hiermee werd bedoeld op de extramurale (ofwel poliklinische) geneeskundige ggz en de intramurale geneeskundige ggz met een verblijf korter dan één jaar. De niet-geneeskundige ggz – dat wil zeggen persoonlijke verzorging, ondersteunende en activerende begeleiding met de psychiatrische aandoening als grondslag – en de intramurale ggz met een verblijf langer dan één jaar bleven in de AWBZ (RVZ, 2008, p. 37). Aanvankelijk was het voornemen om de langdurige intramurale ggz (care) in de AWBZ te laten, maar in het Regeerakkoord Rutte-Asscher (2012, p. 59) werd dit idee verlaten en werd aangekondigd dat de (gehele) intramurale ggz met ingang van 2015 onder de Zvw zou vallen (TK, 2014-2015c). De uitvoering van dit voornemen is tot dusverre beperkt gebleven tot de intramurale ggz met een verblijf korter dan drie jaar, met ingang van 2015 (TK, 2014-2015c, p. 140). De intramurale ggz met een verblijf langer dan drie jaar is vooralsnog opgenomen in de Wlz (Stb. 2014, 494), die de per 1 januari 2015 vervallen AWBZ vervangt.

Figuur 3.1 vat de ontwikkelingen samen en laat zien dat met betrekking tot het wettelijk regime van de ggz tijdens de onderzoeksperiode drie tijdvakken zijn te onderscheiden. In het eerste tijdvak (in 2006 en 2007) valt de ggz in zijn geheel onder de AWBZ, in het tweede

behandelfocus en uit de beveiligde setting waarin de forensische zorg wordt aangeboden." (GGZ Nederland, 2013, p. 7)

172. De minister van VWS noemt het niet verzekerbare karakter van fz als reden voor het afzien van overheveling van fz van AWBZ naar de Zvw (TK, 2005-2006b, p. 4).

Figuur 3.1 Tijdlijn wettelijk regime ggz (2006 t/m 2015)

tijdvak (van 2008 tot en met 2014) valt een deel onder de Zvw en een ander deel onder de AWBZ. In het derde tijdvak (in 2015) valt het merendeel van de ggz onder de Zvw en een beperkt deel onder de Wlz.

De verschillende wettelijke regimes, de AWBZ, de Zvw en de Wlz, en de veranderingen die zich hierbij in de onderzochte periode hebben voorgedaan, worden hierna op hoofdlijnen beschreven. Verder wordt in deze paragraaf ingegaan op de belendende wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg in het algemeen, en op de lagere regelgeving op ggz-terrein.

3.2.1.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Tot 1 januari 2015 hadden, op grond van de artikelen 5 en 6 van de AWBZ, vrijwel alle in Nederland ingezetenen aanspraak op "zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging".¹⁷³ Onder deze zorg vielen "voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening". Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur werd de aard, de inhoud en de omvang van de zorg waarop aanspraak bestond, geregeld. Met eerdergenoemde overhevelingen van onderdelen van de AWBZ naar de Wmo 2015¹⁷⁴ en de Zvw vonden tijdens de onderzoeksperiode in dit kader soms substantiële aanpassingen plaats. Niet iedere Nederlandse ingezetene kon aanspraak maken op zorg in het kader van de AWBZ. Een uitzondering betrof de zorgverlening onder (financiële) verantwoordelijkheid van de minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak (art. 6, lid 5

173. De artikelnummers in deze paragraaf verwijzen, tenzij anders aangegeven, naar de AWBZ geldend van 1 januari 2006 tot 1 januari 2015. Daarna vervalt de AWBZ en wordt opgevolgd door de Wlz.

174. De toelichting bij het Besluit langdurige zorg (Stb. 2014, 520) meldt als uitzondering dat "Op grond van artikel 3, vierde lid, van het Interimbesluit forensische zorg . . . bij ministeriële regeling vormen van zorg worden aangewezen die voor personen aan wie forensische zorg is opgelegd, anders dan voor de overige ingezetenen, niet naar de Wmo 2015 zullen worden overgeheveld maar die onderdeel zullen blijven vormen van de forensische zorg . . .".

AWBZ).¹⁷⁵ Deze zorgverlening vond plaats op grond van artikel 10, lid 6 AWBZ “overeenkomstig hetgeen daarover elders is bepaald” (in paragraaf 3.3 wordt hierop teruggekomen). Ook voor militairen in werkelijke dienst golden afzonderlijke aanspraken (art. 7 AWBZ). Met de uitvoering van de AWBZ waren de zorgverzekeraars, het CVZ en (vanaf april 2014) diens rechtsopvolger, het Zorginstituut, belast (art. 4 AWBZ).¹⁷⁶

De zorgverzekeraars dienden ervoor te zorgen dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding konden brengen (art. 6, lid 3 AWBZ). Zij sloten overeenkomsten met de zorgaanbieders, dat wil zeggen met de instellingen of personen (art. 1.i AWBZ) die de zorg verleenden waarop aanspraak bestond.¹⁷⁷ Daarbij waren zorgverzekeraars verplicht de werkzaamheden doelmatig uit te voeren en de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van de verstrekking van onnodige zorg en van uitgaven die hoger dan noodzakelijk waren (art. 34 AWBZ). In de praktijk mandateerden zorgverzekeraars bepaalde taken door aan zorgkantoren. Een zorgkantoor was een onderdeel van vaak de grootste verzekeraar die per regio voor alle verzekeraars de uitvoering van de AWBZ voor zijn rekening nam en als inkoper namens alle verzekeraars optrad richting de zorgaanbieders (TK, 2005-2006g, p. 29). Tot maart 2008 was het zorgverzekeraars verboden zelf diensten of zaken te leveren, die behoorden tot de zorg waarop aanspraak bestond (art. 38 AWBZ geldend 2006).

Het CVZ was, evenals het latere Zorginstituut, onder meer belast met de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ (art. 41 AWBZ), beheerde het AFBZ (art. 45 AWBZ) en adviseerde de minister van VWS over de hiervoor benodigde middelen (art. 47 AWBZ). Het AFBZ werd op grond van (art. 4 van) de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv, Stb. 2005, 36) met via de Belastingdienst geheven verplichte inkomensafhankelijke premies en rijksbijdragen gevoed. Hiermee werden de kosten van de algemene verzekering bijzondere ziektekosten en hiermee samenhangende uitgaven gedekt (art. 89-92 Wfsv).¹⁷⁸

175. Een ingezetene is volgens de AWBZ degene die in Nederland woont (artikel 2 AWBZ. Onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen zijn echter niet verzekerd, enkele specifieke categorieën uitgezonderd (artikel 5 AWBZ). Nederlanders die in het buitenland in een gevangenis zitten, vallen wat hun gezondheidssituatie betreft onder de verantwoordelijkheid van lokale autoriteiten. Bron: Ministerie van Buitenlandse zaken, <https://www.nederlandwereldwijd.nl/wonen-werken/nederlanders-in-buitenlandse-gevangenissen>, geraadpleegd oktober 2018.

176. De uitvoering van de AWBZ werd begin 2006 getypeerd als ‘hybride’. Een centrale (publieke) organisatie is belast met de indicatiestelling; de zorginkoop vindt regionaal (decentraal) plaats door regionale zorgkantoren, i.c. de grootste (particuliere) ziektekostenverzekeraar in de regio of door particulieren (persoonsgebonden budgethouders) (TK, 2005-2006g, pp. 28-30, 37).

177. De overeenkomsten moesten aan bepaalde vormvereisten voldoen (art. 15 en 16). Zorgverzekeraars waren daarbij verplicht op verzoek van een instelling een overeenkomst te sluiten, tenzij die zich buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar bevond (art. 16b, lid 1 en lid 2).

178. Het CVZ (later het Zorginstituut) kan voor de uitvoering van de wettelijke taken beschikken over de financiële middelen die die zij in rekening-courant aanhouden bij de minister van Financiën (art. 120 Wfsv).

Verzekerden konden zich tot een zorgaanbieder naar eigen keuze wenden met wie de zorgverzekeraar, waarbij zij waren aangesloten, een overeenkomst had gesloten (art. 10, lid 1 AWBZ) of tot een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder tegen geheel of gedeeltelijke vergoeding van de kosten (art. 10, lid 2 AWBZ).¹⁷⁹ Bij algemene maatregel van bestuur kon worden bepaald dat de verzekerde aan de zorgverzekeraar waarbij deze was ingeschreven, een bij ministeriële regeling vast te stellen premie is verschuldigd ter dekking van de kosten van zorg en uitvoering van de wet (art. 17 AWBZ). De Sociale Verzekeringsbank (SVB) stelde vast of een persoon voldeed aan de voorwaarden van de wet (art. 5c AWBZ).

Burgemeester en wethouders waren verantwoordelijk voor de werking van een onafhankelijk indicatieorgaan, dat (kosteloos) besloot of een inwoner was aangewezen op een van de bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg (art. 9a, lid 1 AWBZ). Alleen voor de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door de verzekerde ingediende aanvraag had besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang aangewezen op die zorg is aangewezen, bestond aanspraak op zorg (art. 9b, lid 1 AWBZ).¹⁸⁰ Tegen de beslissing van een zorgverzekeraar of indicatieorgaan stond beroep, hoger beroep en beroep in cassatie open (art. 58, 59 en 61 AWBZ).

Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) was tot oktober 2006 belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars en andere rechtspersonen (art 49 AWBZ, geldend tot januari 2006), rapporteerde over de uitvoerbaarheid, doeltreffendheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid in verband met zijn toezichthoudende taak en kon onderzoek bij de zorgverzekeraars instellen (art. 51 AWBZ, geldend januari 2006). Het CTZ kon een aanwijzing geven aan zorgverzekeraars en bij niet naleving daarvan, bestuursdwang toepassen of een bestuurlijke boete opleggen (art. 57c AWBZ, geldend januari 2006). Vanaf oktober 2006 werden deze taken van het CTZ op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg, zie subparagraaf 3.2.1.4) overgenomen door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

Voordat de AWBZ op 1 januari 2015 verviel, is deze in de onderzoeksperiode vanaf 2006 op onderdelen gewijzigd. De veranderingen die voor deze studie van meer of minder belang zijn, hebben betrekking op (artikelnummering volgens AWBZ geldend van 16 juli 2014 tot 1 januari 2015):¹⁸¹

- aanpassing van de begrippen zorgverzekeraar (toevoeging van zorgverzekeraars die de Zvw willen uitvoeren en voor de uitvoering van deze wet zijn aangemeld, art.1.c AWBZ) en zorginstelling (met betrekking tot in het buitenland gevestigde rechtspersonen, art. 1, lid e AWBZ);

179. Artikel lid 2 werd omschreven als aanspraken op zorg buiten het Europese deel van Nederland, maar binnen het grondgebied van de Europese Unie, de Europese Economische of Zwitserland.

180. Voor personen bedoeld in de Wet op de jeugdzorg golden afwijkende regels (art. 9b AWBZ).

181. Beschrijving van verschillen in AWBZ tussen versie van 1 januari 2006 en versie van 16 juli 2014 (geldend tot 1 januari 2015), op basis van <http://wetten.overheid.nl>.

- bepalingen in verband met de introductie van het Zorginstituut Nederland (ter vervanging van het CVZ, art. 1.g AWBZ), de NZa (ter vervanging van het CTZ, art. 1.h AWBZ) en met ingang van 2013 aan het Centraal Administratiekantoor (CAK) opgedragen vaststelling en inning van eigen bijdrages (art. 1.n AWBZ);
- invoering van een vermogenstoets bij aanspraken van verzekerden (art. 6, lid 4 AWBZ) en begrenzing van de aanspraak op buitenlandse zorgaanbieders (art. 10, lid 1 AWBZ);
- intrekking van het verbod aan zorgverzekeraars om zelf diensten of zaken te leveren, die behoren tot de zorg waarop aanspraak bestaat (oud art. 38 AWBZ).

Van belang voor deze studie zijn met name de introductie van het Zorginstituut (ter vervanging van het CVZ), de NZa (ter vervanging van het CTZ) en de aan deze organisaties opgelegde taken en bevoegdheden. In het vervolg van deze paragraaf en in het empirische gedeelte van deze studie wordt, voor zover van belang, op deze en de overige genoemde veranderingen nader ingegaan.

3.2.1.2 *Wet langdurige zorg*

Sinds 1 januari 2015 is de Wlz (Stb. 2014, 494) van kracht, ter vervanging van de AWBZ als verplichte volksverzekering voor bepaalde zorgkosten van (net als bij de AWBZ) vrijwel alle Nederlandse ingezetenen. Het recht op zorg in het kader van de Wlz "kan niet tot gelding worden gebracht", is daarmee net als onder de AWBZ uitgezonderd, gedurende de periode waarin een verzekerde in een penitentiaire inrichting (PI), een instelling voor fz of een gesloten jeugdhulpaccommodatie verblijft (art. 3.2.7 Wlz). Voor militairen in werkelijke dienst gelden eveneens nog steeds afzonderlijke aanspraken (art. 3.2.8 Wlz).

Volgens de considerans houdt de Wlz rekening met maatschappelijke ontwikkelingen van de laatste decennia en doet deze "recht aan de eigen verantwoordelijkheid van de burgers voor de wijze waarop zij hun leven inrichten, deelnemen aan het maatschappelijk leven, en de wijze waarop zij elkaar naar vermogen daarin bijstaan". Als nieuwe begrippen worden daartoe in de Wlz onder meer cliëntondersteuning, mantelzorger, persoonsgebonden budget, Wlz-uitvoerder¹⁸² en zorgplan geïntroduceerd. Nieuw is ook dat bij algemene maatregel van bestuur regels kunnen worden gesteld, waarmee de zorg persoonsvolgend kan worden bekostigd (art. 4.2.3 Wlz) en dat bepalingen zijn opgenomen (in hoofdstuk 8) die de verzekerde zeggenschap geeft over de doelen van zorgverlening en de wijze waarop de zorgaanbieder deze tracht te bereiken.¹⁸³ Ambtenaren van het "Staatstoezicht op de volksgezondheid", waarmee gelet op de taakomschrijving van de onderdelen daarvan¹⁸⁴ in dit

182. Een Wlz-uitvoerder is een rechtspersoon die behoort tot een groep (rechtspersonen) als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt en die bij de NZa is aangemeld.

183. Voor zover relevant voor de fz, wordt hier in paragraaf 3.3.3 op terug gekomen.

184. Het Besluit staatstoezicht op de volksgezondheid (Stb. 1998, 646, art. 1) onderscheidt in het staatstoezicht twee onderdelen: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Voedsel- en Warenautoriteit. De IGZ richt zich volgens het Besluit geldend begin 2006 op "het gebied van de beroepen en instellingen op het terrein van de gezondheidszorg, de gezondheidszorgstatistiek, de bestrijding en voorkoming van ziekten en bevordering van de gezondheid, de geestelijke

kader wordt bedoeld op de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zijn belast met het toezicht op de naleving door zorgaanbieders daarvan (art. 10.4.1 Wlz). Net als in de AWBZ worden onder de Wlz zowel instellingen als solistisch werkende zorgverlenenden tot de zorgaanbieders gerekend (art. 1.1.1 Wlz). Behalve enkele wijzigingen met terugwerkende kracht die hierna worden genoemd en zijn inbegrepen, vinden tot het einde van de onderzoeksperiode geen wijzigingen in de Wlz plaats.

De reikwijdte is in de Wlz ten opzichte van de AWBZ ingeperkt tot het recht op zorg voor:

- de verzekerde die vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, een blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft" (art. 3.2.1, lid 1 Wlz)¹⁸⁵ en
- een meerderjarige verzekerde die vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid" (art. 3.2.1, lid 3 Wlz).

Het verzekerde pakket omvat diverse vormen van zorg voor de verzekerde (beschreven in art. 3.1.1 Wlz)¹⁸⁶ en eventueel een recht op verblijf van de partner (art. 3.1.2 Wlz). De verzekerde kan ervoor kiezen om zijn recht tot gelding te brengen met zorg in natura dan wel met een persoonsgebonden budget (art. 3.3.1 Wlz).¹⁸⁷ Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen aard, inhoud en omvang van de verzekerde zorg nader worden geregeld.

Het recht op zorg wordt, vergelijkbaar met de situatie in de AWBZ, op aanvraag van de verzekerde in een indicatiebesluit onafhankelijk vastgesteld door het CIZ (art. 3.2.3 lid 1 Wlz). De minister van VWS daarmee verantwoordelijk voor de organisatie die met indicatiebesluiten is belast (art. 7.1.1 Wlz), in plaats van voorheen de colleges van burgemeester en wethouders die ten tijde van de AWBZ verantwoordelijk waren voor de inrichting van een indicatieorgaan

volksgezondheid, de geneesmiddelen, verdovende middelen daaronder begrepen, de bloedvoorziening en de medische hulpmiddelen"; de Voedsel- en Warenautoriteit op "het gebied van andere dan de onder a genoemde waren en hun keuring, de destructie, het onderzoek van dieren en gewassen en hun omgeving ter voorkoming van besmetting met organismen, stoffen of straling, waaraan bij het omgaan met dieren of bij het nuttigen van producten van dierlijke of plantaardige oorsprong gevaar voor de volksgezondheid kan zijn verbonden". In het kader van deze studie wordt met het Staatstoezicht op de volksgezondheid bedoeld op de IGZ en niet op de Voedsel- en Warenautoriteit.

185. De artikelnummers in deze paragraaf verwijzen, tenzij anders aangegeven, naar de Wlz-versie 1 januari 2015, geldend tot 1 januari 2016.

186. Recht op verblijf in een instelling; persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging; behandeling, door of namens de instelling; gebruik van mobiliteitsmiddelen; vervoer naar behandeling of begeleiding; logeeropvang.

187. Het persoonsgebonden budget wordt geweigerd, onder meer indien de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen (art. 3.3.3 lid 5).

in hun gemeente.¹⁸⁸ Het recht op zorg kan afhankelijk worden gesteld van een eigen bijdrage die kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort, de zorg die verstrekt wordt en de wijze waarop het recht op zorg tot gelding wordt gebracht, en kan mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen en vermogen van de verzekerde en diens echtgenoot (art. 3.2.5 Wlz). De SVB stelt, net als voorheen onder de AWBZ, vast of een persoon aan de voorwaarden van de wet voldoet (art. 2.1.3 Wlz). Het CAK is met de vaststelling en de inning van de eigen bijdragen belast en met het namens een Wlz-uitvoerder of het Zorginstituut verrichten van betalingen aan de zorgaanbieders (art. 6.1.2 Wlz).

Zogeheten Wlz-uitvoerders, die omschreven kunnen worden als door de NZa erkende organisatorische samenwerkingsverbanden waarvan tenminste één zorgverzekeraar deel uitmaakt,¹⁸⁹ zijn belast met de uitvoering van de Wlz (art. 4.1.1 Wlz). Een Wlz-uitvoerder heeft een zorgplicht die inhoudt dat hij de verzekerde informeert over de verschillende leveringsvormen van zorg, op redelijke termijn desgewenst zorg in natura laat verstrekken door de zorgaanbieder naar keuze van de verzekerde en zorgt voor cliëntondersteuning (art. 4.2.1 lid 1 Wlz). Hij sluit overeenkomsten af met zorgaanbieders die de zorg verlenen waarop verzekerden aanspraak hebben. De Wlz-uitvoerder is, net als de zorgverzekeraar onder de AWBZ, verplicht om deze werkzaamheden doelmatig uit te voeren en maatregelen te treffen ter voorkoming van verstrekking van onnodige zorg en uitgaven (art. 4.2.5 Wlz).

De minister van VWS wijst per regio een Wlz-uitvoerder aan als zorgkantoor (art. 4.2.4 lid 2 Wlz). Het zorgkantoor is voor alle verzekerden in de betreffende regio belast met de verstrekking van het persoonsgebonden budget en de controle daarop (art. 4.2.4 lid 2 Wlz). De SVB meldt de verzekerde aan bij het betreffende zorgkantoor (art. 2.2.1, lid 4 Wlz) en voert namens dat kantoor de betalingen uit ten laste van de verstrekte persoonsgebonden budgetten (art. 3.3.3 lid 7 Wlz).

Het Zorginstituut is, vergelijkbaar met de situatie in de AWBZ, belast met de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz (art. 5.1.1 Wlz), administreert de geldstromen van het Fonds Langdurige zorg (Flz, art. 5.2.2 Wlz) en adviseert de minister van VWS over ontwikkelingen die aanleiding kunnen geven tot wijzigingen van de aard, inhoud en omvang van de zorg die tot het verzekerde pakket behoort (art. 5.1.3 lid 2 Wlz). Het Flz wordt, vergelijkbaar met

188. Het CIZ is bovendien belast met het oordeel over de noodzaak van opnemings- of voortzetting van verblijf van de Wet Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (art. 7.1.2).

189. Artikel 4.1.1 lid 1 luidt: "Een rechtspersoon die behoort tot een groep als bedoeld in artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek waarvan ook een zorgverzekeraar deel uitmaakt en die deze wet ten aanzien van de verzekerden wenst uit te voeren, meldt zich daartoe als Wlz-uitvoerder aan bij de zorgautoriteit, onder vermelding van de dag met ingang waarvan hij voornemens is zulks te gaan doen." Artikel 24b van Boek 2 beschrijft een groep als "een economische eenheid waarin rechtspersonen en vennootschappen organisatorisch zijn verbonden. Groepsmaatschappijen zijn rechtspersonen en vennootschappen die met elkaar in een groep zijn verbonden." Winstoogmerk dient statutair te worden uitgesloten (art. 4.1.2).

voorheen het AFBZ, op grond van de Wfsv (art. 89) gevoed door via de Belastingdienst geheven verplichte inkomensafhankelijke premies en door rijksbijdragen (art. 3 Wfsv).

3.2.1.3 *Zorgverzekeringswet*

Op grond van artikel 2 van de Zvw (Stb. 2005, 358)¹⁹⁰ is vanaf 2006 iedereen die ingevolge de AWBZ en de latere Wlz van rechtswege is verzekerd, en daarmee vrijwel iedere Nederlandse ingezetene, verplicht zich te verzekeren tegen het krachtens de Zvw verzekerde risico. Relevant voor deze studie is de uitzondering (art. 24 lid 2 Zvw) die, aansluitend op bepalingen in de AWBZ en de Wlz,¹⁹¹ bepaalt dat:

De rechten en plichten uit de zorgverzekering zijn van rechtswege opgeschort gedurende de periode waarin de Minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan verzekerde (lid 1);

De verzekeringnemer . . . meldt de zorgverzekeraar de dag waarop de periode, bedoeld in het eerste of derde lid, aanvangt . . . (lid 4).

De reikwijdte van het verzekerde risico is beschreven in artikel 10 Zvw: het betreft geneeskundige zorg (waaronder integrale eerstelijnszorg zoals door huisartsen en verloskundigen), verblijf in verband met geneeskundige zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg, verpleging, verzorging, en vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de prestaties geregeld en kan voor bepaalde vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt (art. 11 lid 3 Zvw). Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico, dat in 2015 € 375 per jaar bedroeg (art. 19 Zvw). Daarnaast kon een verzekerde in 2015 in ruil voor premiekorting kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100 oplopend tot € 500 per kalenderjaar (art. 20). De verzekeringnemer betaalt de Zvw-premie aan de zorgverzekeraar (art. 16 Zvw). Na zes maanden niet-betaling is de verzekeringnemer een bestuursrechtelijke premie verschuldigd aan het Zorginstituut (art. 18d Zvw).

Een verzekeraar die van plan is om een zorgverzekering aan te bieden, voegt bij de melding daarvan aan de NZa, die vanaf oktober 2006 het CTZ vervangt, alle modelovereenkomsten volgens welke hij zorgverzekeringen wil aanbieden en informeert deze over latere wijzigingen (art. 25 lid 2 en lid 3 Zvw). De NZa informeert het Zorginstituut (die vanaf april 2014 het CVZ vervangt) en de beheerder van het register van zorgverzekeraars (art. 26 Zvw). Het werkgebied van zorgverzekeraars is in principe landelijk, maar kan zich ook beperken tot een of meer provincies (art. 29 Zvw).

190. De artikelnummers in deze subparagraaf verwijzen, tenzij anders aangegeven, naar de Zvw-versie van 1 januari 2015, geldend tot 1 januari 2016.

191. Deze doelgroep is ook uitgezonderd in art. 6 lid 5 van de AWBZ en art. 3.2.7 van de Wlz.

Een zorgverzekeraar heeft, naast andere taken,¹⁹² jegens zijn verzekerden een zorgplicht die eruit bestaat dat de verzekerde recht heeft op de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft of een vergoeding van de kosten hiervoor (art. 11 lid 1 Zvw).¹⁹³ Expliciet is bepaald dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, "slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord" (art. 14 lid 1 Zvw).¹⁹⁴ Zorgverzekeraars dienen verder onder meer waarborgen te bieden voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid (art. 28 lid 1b Zvw) en dienen ervoor te zorgen dat zijn verzekerden geschillen over de uitvoering van de Zvw kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie (art. 114 Zvw). Zij rapporteren jaarlijks voor 1 juli aan de NZa, en via de NZa aan het Zorginstituut, over de uitvoering van de Zvw (art. 38 Zvw).

Zorgverzekeraars zijn verplicht iedere verzekeringsplichtige desgevraagd te verzekeren. Het Zorginstituut kent hen een op grond van een algemene maatregel van bestuur berekende vereveningsbijdrage toe en stelt daartoe beleidsregels vast (art. 32 Zvw).¹⁹⁵ Daarnaast verstrekt het Zorginstituut bijdragen aan zorgverzekeraars voor wanbetalende verzekeringnemers (art. 34a Zvw), neemt het verplichtingen over in geval van faillissement van een zorgverzekeraar (art. 31 Zvw), draagt zorg voor de administratie waarin van iedere verzekerde onder meer is opgenomen bij wie deze is verzekerd (art. 35 lid 1 Zvw), beheert het Zorgverzekeringsfonds (Zvf, art. 40 Zvw), heeft taken in verband met de eenduidige interpretatie van de verzekerde prestaties (art. 64 Zvw), de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden (art. 66 tot en met art. 66f Zvw), de afstemming van de uitvoering van de zorgverzekering, de verzekering langdurige zorg en andere terreinen van volksgezondheid (art. 67 Zvw), en adviseert bij geschillen tussen zorgverzekeraars en verzekerden (art. 114.3 en 114.4 Zvw). Op het Zorginstituut is de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen van toepassing (art. 58 lid 5 en art. 73 Zvw).

Het Zvf wordt, net zoals het AFBZ en het Flz, onder meer gevoed door via de Belastingdienst geïnde inkomensafhankelijke bijdragen en door de minister van VWS verleende rijksbijdragen

192. Zoals het vaststellen van de identiteit van de verzekerde (art. 4.2 en art. 86 Zvw) en afstemmen met Colleges van Burgemeester en Wethouder in verband met hun verantwoordelijkheden (art. 14.4 en art. 14a.2 Zvw).

193. Volgens artikel 10 Zvw betreft het verzekerde risico de behoefte aan: (a) geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals huisartsen; (b) mondzorg; (c) farmaceutische zorg; (d) hulpmiddelenzorg; (e) verpleging; (f) verzorging; (g) verblijf in verband met geneeskundige zorg; (h) vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wlz.

194. Met uitzondering van acute zorg is specialistische geneeskundige zorg slechts toegankelijk na verwijzing door aangewezen categorieën zorgaanbieders zoals de huisarts (art. 14 lid 2).

195. Zorgverzekeraars kunnen worden gecompenseerd voor verschillen in verzekerdenpopulatie. De minister van VWS bepaalt het macro-prestatiebedrag dat over de zorgverzekeraars wordt verdeeld, de wijze waarop dit gebeurt en in welke mate met welke verdeelcriteria rekening wordt gehouden. Voor de uitvoering stelt het Zorginstituut jaarlijks door de minister vast te stellen beleidsregels op. Zie <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/risicoverevening+zvw> voor het jaarlijks voor prestaties van de Zvw beschikbare macrobedrag en de omvang van de vereveningsbijdragen.

(art. 39 lid 2, art. 49 en art. 54-56 Zvw). Hierdoor worden onder meer de vereveningsbijdragen en de risico's gedekt zoals wanbetalende verzekeringnemers, faillissement van een zorgverzekeraar en behoefte aan zorg die wordt veroorzaakt door molest en aan zorg die niet (geheel) is toe rekenen naar individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden (art. 39 lid 3 Zvw). Het Zorginstituut zendt jaarlijks voor 31 december een jaarrekening met betrekking tot het Zvf over het afgelopen kalenderjaar aan de minister van VWS ter goedkeuring (art. 74 en 75 Zvw).

Tussen 1 januari 2006 en 1 januari 2016 is de Zvw jaarlijks meermaals gewijzigd. De veranderingen hebben betrekking op (artikelnummering volgens Zvw versie 1 januari 2015, geldend tot 1 januari 2016):¹⁹⁶

- de introductie van het verplicht en vrijwillig eigen risico (art. 1.g en 1.h Zvw), de NZa (ter vervanging van het CTZ, art. 1.o Zvw), het Zorginstituut (ter vervanging van het CVZ, art. 1.p Zvw), Wlz-uitvoerder (onder andere in verband met de invoering van het persoonsgebonden budget in de Wlz, art. 1.s), het burgerservicenummer (ter vervanging van het fiscaal nummer, art. 1.v Zvw), de (bestuursrechtelijke) premie (art. 1.w en 1.x Zvw), de begrippen professionele standaard (art. 1.z Zvw) en meetinstrument (art. 1.aa Zvw), maatregelen gericht op het verzekeren van onverzekerden (art. 9.a tot en met art. 9.d Zvw) en de afstemming van de zorgverzekeraar met de colleges van burgemeester en wethouders over de wijze waarop hij zijn verantwoordelijkheden op grond van deze wet uitvoert (art. 14.4 Zvw), mede in relatie tot de Wmo 2015 (art. 14.a Zvw);
- het intrekken van bepalingen met aanwijzingen aan verzekeraars: op grond van oud-artikel 94 (Zvw geldend 2006) kon het toenmalig CTZ aanwijzingen geven aan verzekeraars en, bij niet-naleving, bestuursdwang toepassen of ter openbare kennisgeving brengen en op grond van oud-artikel 98 een bestuurlijke boete opleggen aan verzekeraars. Dit type bevoegdheden is met de invoering van de Wmg aan de NZa opgedragen (art. 76, 77, 80, 81, 81a en 85 Wmg);
- beschrijving van de begrippen inhoudingsplichtige (toevoeging van werkgever als inhoudingsplichtige, art.1.l) en (zorg)instelling (art. 1.m Zvw).

Voor deze studie zijn met name relevant de invoering van het verplicht en vrijwillig risico (eventuele consequenties voor de toegankelijkheid van zorg), de introductie van professionele standaarden en een meetinstrument (eventuele consequenties voor de kwaliteit van zorg) en de introductie van de NZa en het Zorginstituut en de aan deze organisaties opgelegde taken en bevoegdheden. Voor zover relevant, wordt in het vervolg van deze paragraaf en in het empirische gedeelte van deze studie nader op deze en de overige genoemde veranderingen ingegaan.

3.2.1.4 *Belendende wetgeving*

In aanvulling op de hiervoor beschreven wetten (AWBZ, Wlz en Zvw) die de aanspraken van verzekerden op zorg regelen, zijn in het kader van deze studie drie domeinen van wetgeving

196. Beschrijving van verschillen in Zvw tussen versie van 1 januari 2006 en versie van 1 januari 2015 (geldend tot 1 januari 2016), op basis van <http://wetten.overheid.nl>.

relevant, namelijk (1) wetgeving in verband met de organisatie van het zorgstelsel en de verhoudingen tussen actoren daarbinnen, (2) wetgeving in verband met de organisatie van de kwaliteit van zorg, en (3) wetgeving in verband met de financiering van zorg. Hierna wordt de betreffende wetgeving in hoofdlijnen geschetst.

Ad 1. Wetgeving in verband met de organisatie van het zorgstelsel

De organisatie van de zorg is vastgelegd in de Gezondheidswet (Gezw, Stb. 1956, 51, art. 36) met de instelling van de Gezondheidsraad, het Staatstoezicht op de volksgezondheid en de Provinciale raden van volksgezondheid. De Gezondheidsraad heeft als taak de minister van VWS en de Staten-Generaal gevraagd en ongevraagd te adviseren over de stand van zaken van de wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het terrein van de gezondheidszorg (art. 22 Gezw). Op grond van art. 24 van de Kaderwet adviescolleges (Stb. 1996, 378) is de minister verplicht binnen drie maanden de Staten-Generaal te informeren over zijn standpunt over het advies van de Gezondheidsraad. De Provinciale raden van volksgezondheid hebben een adviserende taak met betrekking tot de eigen provincie (art. 54 Gezw).

Het Staatstoezicht op de volksgezondheid bestaat uit de IGZ, de Voedsel- en Warenautoriteit en diens rechtsopvolger de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit. Deze organisaties ressorteren onder de minister van VWS en hebben drie taken (art. 36 Gezw): (1) verrichten van onderzoek naar (determinanten van) de staat van de volksgezondheid en, waar nodig, bevorderen daarvan; (2) toezicht op de naleving en opsporing van overtredingen van wettelijke voorschriften, en (3) geven of weigeren van toestemming aan individuele artsen om af te wijken van het verbod om een geneesmiddel zonder handelsvergunning te gebruiken (art. 40 lid 3c Geneesmiddelenwet). De IGZ is gericht op het handelen van zorgaanbieders (zie subparagraaf 3.2.1.2) en de Voedsel- en Warenautoriteit op de voedsel- en productveiligheid, die verder buiten beschouwing blijft.

Voor de organisatie van de ggz is relevant dat, tegelijk met de invoering van de Zvw, in 2006 de WTZi (Stb. 2005, 571) en de Wet op de zorgtoeslag (Wzt, Stb. 2005, 369) zijn ingevoerd. De WTZi heeft volgens de considerans "ter bevordering van de overgang van een centraal aanbod gestuurd naar een decentraal vraaggericht zorgstelsel" betrekking op het vereenvoudigen van regels inzake de toelating van een (organisatorisch verband als) zorginstelling en van de bouwprocedure. Onder meer worden hiertoe de bevoegdheden van de minister van VWS bepaald, zoals het verlenen of intrekken van een toelating als zorginstelling en het opleggen van een last onder bestuursdwang (art. 5, 13 en 37 WTZi). De Wzt regelt een financiële tegemoetkoming voor personen voor wie de zorgverzekeringspremie in verhouding tot hun inkomen een te zware last vormt.

Daarnaast gold begin 2006 "ter bevordering van een evenwichtig stelsel van tarieven mede met het oog op beheersing van de zorgkosten" de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg, Stb. 1980, 646) waarin handhavingsbevoegdheden waren neergelegd bij het College tarieven gezondheidszorg (CTG). De Wtg werd oktober 2006 vervangen door de Wmg (Stb. 2006, 415). Volgens de preambule van deze wet is de Wmg gericht op een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg, op beheersing van de zorgkosten en op het beschermen en bevorderen van de positie van de consument vanwege diens "informatieachterstand en het machtsverschil

tussen partijen in de zorg". De NZa werd ingericht, ter vervanging van het CTZ en het CTG. Samen met de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)¹⁹⁷ en de latere vervanger daarvan, de Autoriteit Consument en Markt (ACM), werd de NZa belast met de ontwikkeling en ordening van markten op het gebied van de gezondheidszorg, de tarief- en prestatiereguleringen en het toezicht daarop bij zorgaanbieders en -verzekeraars (art 16, 18 en 76-90 Wmg).¹⁹⁸ Bij samenloop van bevoegdheden tussen de NZa en de NMa/ ACM is de NZa als eerste aanspreekpunt aangewezen (art. 18 Wmg). Wat betreft het toezicht op zorgaanbieders is bepaald dat de NZa het oordeel van de IGZ (het Staatstoezicht op de volksgezondheid) volgt over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders (art. 19 Wmg).

De minister van VWS kan de NZa een algemene aanwijzing geven met betrekking tot onderwerpen waarin de NZa bevoegd is (beleids)regels te stellen (art. 7 Wmg). In de onderzoeksperiode gebeurde dat meermaals (zie hierna lagere regelgeving).

De WTZi, de Wtg en de Wmg zijn van toepassing op zorg gefinancierd door zowel de AWBZ/ Wlz als de Zvw. De Wzt heeft enkel betrekking op de Zvw.

Ad 2. Wetgeving in verband met de organisatie van de kwaliteit van zorg

In de onderzoeksperiode zijn vier wetten relevant die gezamenlijk beogen de kwaliteit van de gezondheidszorg te waarborgen. Allereerst betreft dit de Wet BIG (Stb. 1993, 655) die regelt dat het verrichten van in de wet aangewezen handelingen is voorbehouden aan bepaalde gekwalificeerden die daartoe worden geregistreerd (art. 35-39 Wet BIG). Alleen BIG-geregistreerde zorgverleners (artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen) mogen hierdoor de per beroepsgroep omschreven voorbehouden handelingen uitvoeren. Hun handelen of nalaten is onderworpen aan tuchtrechtspraak (art. 47 Wet BIG). Ten tweede formuleert de Wkz (Stb. 1996, 80) de eisen aan instellingen voor verantwoorde zorg, belegt het toezicht op naleving daarvan bij het Staatstoezicht op de volksgezondheid (gelet op eerdergenoemde taakverdeling wordt hier de IGZ bedoeld) en beschrijft de bevoegdheden van de minister van VWS ter handhaving daarvan: het geven van een schriftelijke aanwijzing aan zorgaanbieders om maatregelen te treffen en het opleggen van een bestuurlijke boete of last onder dwangsom. Ten derde verplicht de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz, Stb. 1996, 204) zorgaanbieders om een cliëntenraad in stand te houden ter behartiging van de gemeenschappelijke patiëntenbelangen bij belangrijke voorgenomen besluiten of aangelegenheden en om hierover jaarlijks te rapporteren. Bij geschillen kan men zich wenden

197. De NMa, sinds juli 2005 een zbo, ziet toe op Mw en is in 2013 gefuseerd met Consumentenautoriteit en OPTA tot Autoriteit Consument en Markt (ACM). De ACM houdt sindsdien op grond van art. 2 Mw toezicht op naleving, bijv. art. 6, 24, 34).

198. Op grond van artikel 122 Zvw worden zorgverzekeraars aangemerkt als onderneming waarop de Mededingingswet (Mw) van toepassing is, bedoeld om machtsmisbruik te voorkomen of tegen te gaan. De NZa kan verplichtingen opleggen in geval van aanmerkelijke marktmacht (Mw) art 45 Wmg, hetgeen in 2015 is gebeurd (Loozen et al., p. 427). Aan de effectiviteit van het wettelijk mededingingsinstrumentarium wordt door sommigen getwijfeld (Loozen, Varkevisser en Schut 2016, p. 426, 428-429). De onderzoekers menen dat sprake is van falende toepassing van het instrumentarium (onder- en overtoepassing); dominante percepties over onderlinge machtsverhoudingen stroken volgens hen lang niet altijd met de feitelijke situatie.

tot de kantonrechter indien bemiddeling door een vertrouwenscommissie geen resultaat oplevert. Ten vierde verplicht de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz, Stb. 1995, 308) zorgaanbieders een klachtenregeling en klachtencommissie voor patiënten in te richten en over de uitvoering daarvan jaarlijks te rapporteren aan de minister van VWS. Het Staatstoezicht op de volksgezondheid (hier wordt de IGZ bedoeld) ziet toe op de naleving van de voorschriften. Vergelijkbaar met de Wkz kan de minister van VWS op grond van de Wkcz een zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven, een bestuurlijke boete of een last onder dwangsom opleggen (art. 3 Wkcz). De Wkz, de Wmcz en de Wkcz zijn zowel van toepassing op zorg gefinancierd door de AWBZ/ Wlz als de Zvw.

Ad 3. Wetgeving in verband met de financiering van zorg

De AWBZ, de latere Wlz en de Zvw zijn verplichte volksverzekeringen. In de Wfsv, die valt onder verantwoordelijkheid van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, is de omvang en inning van de hiermee samenhangende fondsen (AFBZ, Flz en Zvf) vastgelegd. Dit houdt onder meer in dat de minister van VWS de hoogte van het premiepercentage voor de AWBZ/ Wlz met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid dient overeen te komen (art. 11 Wfsv) en dat de minister van Financiën is betrokken bij andere onderdelen die de omvang van het beschikbare bedrag bepalen (zoals – compensatie voor – veranderingen in heffingskortingen en het premieloon (art. 15, 17 Wfsv). De Belastingdienst heft de premies bij de verzekerden (art. 57 Wfsv) en de minister van VWS kan daarnaast een rijksbijdrage toevoegen (art. 3 en 14 Wfsv). Het CVZ (later het Zorginstituut) beschikt voor de uitvoering van de wettelijke taken over de financiële middelen van het fonds die in rekening-courant worden aangehouden bij de minister van Financiën. De NZa stelt vast of deze uitgaven verantwoord zijn (art. 89-91, 119-120 Wfsv). Veranderingen in de Wfsv in de onderzoeksperiode, voor zover relevant voor deze studie, hangen samen met de vervanging van het CVZ door het Zorginstituut en de AWBZ door de Wlz.

Wat de rijksbijdrage aan de fondsen en de eventueel ten laste van de rijksbegroting te leggen kosten van bestuursorganen (zoals CVZ, Zorginstituut, NZa) betreft, is de Cw 2001 van toepassing. Hierin zijn de regels vastgelegd volgens welke ministers, ieder voor het eigen ministerie waarvoor ze verantwoordelijk zijn, de begroting van uitgaven en ontvangsten voor jaar t dienen op te stellen. Deze regels betreffen mede de bevoegdheid van de minister van Financiën om nadere regels voor zelfstandige bestuursorganen te stellen (art. 18, 44a, 65 Cw 2001).¹⁹⁹ De minister van Financiën dient, na toetsing van de voorstellen, de departementale begrotingen (waaronder de baten-lastendiensten) ter vaststelling in bij de Staten-Generaal op de derde dinsdag van september in jaar t-1 en houdt toezicht op de uitvoering daarvan (art. 39 Cw 2001). Tijdens de uitvoering van de begroting kan de vastgestelde begroting worden gewijzigd bij Voorjaarsnota (uiterlijk 1 juni jaar t) en Najaarsnota (uiterlijk 1 december jaar t). Het jaarverslag wordt de tweede woensdag van mei in jaar t+1 ingediend, samen met het verslag van de Algemene Rekenkamer van rechtmatig- en doelmatigheidsonderzoek. De Staten-Generaal verleent decharge (art. 64 Cw 2001).

199. Daarnaast is vanaf 1 februari 2007 de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen van toepassing (Stb. 2006, 587).

3.2.1.5 Lagere regelgeving op ggz-terrein

Vanaf 1 januari 2007 tot aan de invoering van de (herziene) Wmo 2015 (Stb. 2014, 280) was het Besluit maatschappelijke ondersteuning (Stb. 2006, 450) van kracht.²⁰⁰ Op grond van dit besluit werd aan gemeenten een specifieke uitkering verstrekt voor beleid op het terrein van de openbare ggz, de maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid.²⁰¹ De verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke ondersteuning is met de invoering van de Wmo 2015 aan (alle) gemeentebesturen opgedragen (art. 2.1.1 Wmo 2015). Met maatschappelijke ondersteuning wordt bedoeld op het bevorderen van de sociale samenhang, het ondersteunen van de zelfredzaamheid van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen en het bieden van beschermd wonen en opvang.

Daarnaast heeft de minister van VWS met betrekking tot de ggz in de onderzoeksperiode op grond van artikel 7 van de Wmg acht aanwijzingen gegeven aan de NZa. De eerste aanwijzing (Stcrt. 2007, 207) had betrekking op de opdracht aan de NZa om met ingang van 1 januari 2008 een bekostigingssystematiek in te voeren voor de tweedelijns ggz die is gebaseerd op diagnose-behandelingscombinaties (DBC's).²⁰² In september 2011 werd een tweede aanwijzing gegeven waarin met ingang van 2012 een tarief- en budgetkorting aan de (onder de Zvw vallende) geneeskundige ggz werd opgelegd van structureel € 222 miljoen (Stcrt. 2011, 15967).²⁰³ In de jaren 2013 en 2014 volgden meer aanwijzingen van de minister van VWS. Allereerst bepaalde deze dat de NZa met ingang van 1 januari 2013 maximumtarieven voor overeenkomsten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar vaststelt en dat de overgang van gebudgetteerde instellingen voor de gespecialiseerde ggz naar prestatiebekostiging wordt geregeld (Stcrt. 2012, 14824).²⁰⁴ Dit werd gevolgd door de aanwijzing om een systeem voor

200. Inventarisatie op basis van <http://wetten.overheid.nl> van jaarlijks geldende regelgeving (wetten, amvb's en ministeriële regelgeving) in de onderzoeksperiode (vanaf peildatum 1 januari 2006 tot en met 1 december 2015) met trefwoord geestelijke gezondheidszorg in de titel. In deze periode had alleen ministeriële regelgeving betrekking op de ggz.

201. Uit de bijlage bij het besluit blijkt dat aan zestien gemeenten een uitkering werd verstrekt voor openbare ggz, maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. Uit de toelichting bij het Besluit blijkt dat hierbij was rekening gehouden met het feit dat de 27 (andere) van de 43 centrumgemeenten middelen voor de ggz kregen in het kader van het Grotestedenbeleid.

202. Aanwijzing tweedelijns geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Stcrt. 2007, 207), geldend van 25 oktober 2007 (tenminste) tot en met einde van de onderzoeksperiode. Het betreft een bekostigingssystematiek voor zorg of dienst die wordt geleverd door psychiaters en overige zorgaanbieders die zijn toegelaten voor zorg aan verzekerden met een psychiatrische aandoening.

203. Besluit aanwijzing ex artikel 7 Wmg (Stcrt. 2011, 15967). De NZa voert deze taakstelling uit door een generieke afslag op DBC-tarieven en een korting op instellingsbudgetten (artikel 4).

204. Op grond van artikel 4 van de regeling aanwijzing ex artikel 7 Wmg (Stcrt. 2012, 14824) dient de NZa 10% hogere maximumtarieven vast te stellen wanneer sprake is van een overeenkomst tussen een zorgaanbieder en zorgverzekeraar dan zonder dergelijke overeenkomst. In de artikelen 6 tot en met 9 wordt de overgang naar prestatiebekostiging en het begrenzen van gebudgetteerde instellingen bepaald. Uit het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014 blijkt dat dit de gespecialiseerde ggz betreft, waarvan de bekostiging van instellingen op basis van AWBZ-parameters volgens een transitie-model wordt afgeschaft en prestatiebekostiging wordt ingevoerd op basis van bestaande DBC's (LPGGZ et al., 2012, pp. 11-13). Het transitierégime curatieve ggz voor gespecialiseerde instellingen is

nacalculatie ten opzichte van het oude bekostigingssysteem van de ggz te ontwikkelen dat in de loop van 2013 van kracht zou worden (Stcrt. 2012, 26375) en dat in april 2014 werd gewijzigd (Stcrt. 2014, 8527). Daarnaast werd in 2013 het zogeheten macrobeheersingsinstrument geïntroduceerd als ultimatum remedium bij budgetoverschrijdingen van het financieel kader (Stcrt. 2012, 26374). Genoemde aanwijzingen hangen samen met de afspraken die zijn gemaakt in het Bestuurlijk Akkoord toekomst ggz 2013–2014 (LPGGZ et al., 2012) om de volumeontwikkeling en kosten van de geneeskundige ggz te beheersen. Hierbij kwamen betrokken partijen (ministerie van VWS, vertegenwoordigers van zorgaanbieders, beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, patiënten- en familieorganisaties) onder meer overeen om de bedden capaciteit in de periode tot 2020 met een derde ten opzichte van de omvang van de bedden in 2008 te verminderen en deze te substitueren door middel van ambulante zorg. In verband met de verdere uitwerking van dit akkoord volgden drie aanwijzingen, waarbij de minister van VWS de NZa opdroeg beleidsregels op te stellen voor praktijkondersteuners huisartsenzorg geneeskundige ggz “ter flexibilisering van de huisartsenzorg” (Stcrt. 2013, 19871), om maxima per individuele ggz-aanbieder vast te stellen, samenhangend met de door de minister vast te stellen macrogrens (Stcrt. 2013, 34324) en een beschikbaarheidsbijdrage te regelen voor de curatieve ggz (Stcrt. 2014, 36863).

3.2.2 Zorgketen

Om te komen tot een meer vraaggerichte ggz is het beleid sinds het einde van de jaren negentig voor een belangrijk deel gericht op het bevorderen van continuïteit van de zorg (TK, 2005-2006e, p. 4). Hoewel dit streven niet wordt losgelaten, worden aan het begin van de onderzoeksperiode (2006) andere accenten in (routering van) het zorgaanbod gelegd dan aan het einde ervan (ultimo 2015).

In 2006 wordt de ggz-keten beschreven als een op verschillende doelgroepen gericht geheel van preventie, eerstelijns ggz, ambulante zorg, gespecialiseerde zorg en klinische zorg in een al dan niet beschermende of beveiligde omgeving (TK, 2005-2006e, p. 5). Het betreft verschillende in specialismen en in duur variërende voorzieningen. In de eerstelijns-ggz, met daarin een belangrijke rol voor de huisarts, wordt een zogeheten *stepped-care* benadering nagestreefd die inhoudt dat “niet minder zorg dan nodig wordt aangeboden, maar niet meer dan noodzakelijk” (TK, 2005-2006e, p. 7) en stapeling van zorg impliceert. De gespecialiseerde tweedelijns geneeskundige (cure) ggz betreft zowel poliklinische als intramurale behandeling. Daarbij kunnen mensen die een gevaar voor zichzelf of voor een ander vormen civielrechtelijk gedwongen worden opgenomen op basis van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz, Stb. 1992, 669).²⁰⁵ Personen die langdurig zorgafhankelijk zijn (care behoeven) en niet zelfstandig kunnen wonen, verblijven

met ingang van 1 januari 2015 verlengd en gewijzigd met het oog op het beschikbaar houden van een landelijke kennis- en expertisefunctie (Stcrt. 2014, 36863).

205. Ook zorg in tbs-klinieken wordt genoemd als vorm van gedwongen behandeling, van personen die een strafbaar feit hebben gepleegd.

permanent in een intramurale setting van een psychiatrische instelling of wonen onder begeleiding van de ggz thuis of in een Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen (RIBW). Voor de groep 'zorgwekkende zorgmijders' wordt in samenwerking met gemeenten aanbod ontwikkeld van ambulante bemoeizorg, waarmee ook op straat hulp en zorg wordt geboden. Volgens het Trimbos-instituut concentreert de beleidsvisie ggz van 2006 zich op het belang van zorgnetwerken voor onder meer forensische psychiatrie: "Niet de ggz als sector, maar de samenwerkingsverbanden tussen ggz-instellingen en andere partijenspecifieke zorgnetwerken staan centraal" (Van Hoof, Fotiadis, Vijselaar & Hasker, 2008, p. 125). Van Hoof et al. constateren behalve initiatieven tot betere samenwerking, ook knelpunten:

Als de belangrijkste belemmeringen voor de totstandkoming van samenhangende zorgnetwerken rond mensen met psychische problemen komen uit de verschillende onderzoeken naar voren de gefragmenteerde zorg en dienstverlening (niet alleen in de ggz), discontinuïteit in de regelgeving (verschillende financieringsbronnen met uiteenlopende regelgeving, bureaucratie, afwentelingsmechanismen, onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden) en negatieve beeldvorming over mensen met (ernstige) psychische problemen (stigmatisering, identificatie van mensen met psychische problemen met 'zwerfers', 'zorgwekkende zorgmijders' etc.). (p. 129)

In het Bestuurlijk akkoord ggz 2013-2014²⁰⁶ wordt met het streven zorg te bieden "waar noodzakelijk, maar niet meer dan nodig" de eerder ingezette lijn in hoofdlijnen voortgezet (2012, p. 4), al zijn er veranderingen in de routing van het zorgaanbod. Uitgangspunt is dat "de zorg rondom de patiënt wordt georganiseerd en niet de patiënt rond de zorg". Huisartsenzorg krijgt volgens dit akkoord een sterkere poortwachtersfunctie, waarbij patiënten met psychische problemen ofwel met ondersteuning van een eigen team en consultatie van specialisten worden behandeld ofwel waar nodig, volgens het *matched-care* principe,²⁰⁷ worden doorverwezen naar de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz. De zorgketen wordt hiermee in principe ingekort. Generalistische basis ggz is bedoeld voor lichte tot matige, niet complexe problematiek, waarbij sprake is van een goed sociaal netwerk en met een grote kans op herstel, maar ook voor patiënten met stabiele, ernstige problematiek die langdurige monitoring, nazorg en ondersteuning behoeven. Gespecialiseerde ggz is bedoeld voor patiënten die specialistische (diagnostische) kennis en een complexe behandeling vereisen. Een ambulante aanpak is het uitgangspunt, vanuit de gedachte dat hierdoor het aantal bedden kan worden afgebouwd (waardoor kosten worden bespaard) en het streven dat patiënten met psychische problematiek zoveel mogelijk kunnen deelnemen aan de maatschappij. Als ultimum

206. De afspraken in het Bestuurlijk akkoord ggz 2013-2014 zijn verlengd in het Bestuurlijk akkoord ggz 2014-2017, dat in 2015 echter is beëindigd naar aanleiding van discussie over aanpassing van artikel 13 van de Zvw (selectieve inkoop en vergoeding van niet-gecontracteerde zorg). De minister van VWS heeft aangegeven de budgettaire afspraken uit het bestuurlijk akkoord van 2013 (over 2014-2017) desondanks te handhaven. <http://invoeringbasisggz.nl/onderwerp/bestuurlijk-akkoord-en-nieuwe-afspraken-toekomst-ggz>, geraadpleegd september 2016.

207. Anders dan bij het 'stepped care'-principe waarbij eerst de minst intensieve zorg wordt geboden, wordt bij het 'matched care'-principe beoogd indien nodig meteen specialistische zorg in te zetten.

remedium moet iemand onvrijwillig kunnen worden behandeld, wat verder gaat dan de onvrijwillige opname in het kader van de Wet Bopz.²⁰⁸ De overheersende gedachte aan het einde van de onderzoeksperiode is dat patiënten zoveel mogelijk dichtbij huis, minder zwaar en daarmee goedkoper worden behandeld.²⁰⁹

3.2.3 Actoren en rollen in de geestelijke gezondheidszorg

Eerder in deze paragraaf zijn enerzijds de veranderingen in het juridisch kader van de gezondheidszorg en met name de ggz beschreven en anderzijds de veranderingen in de ggz-keten op de peilmomenten in deze studie: (begin) 2006 en (ultimo) 2015. In deze afsluitende paragraaf wordt, samenhangend met de focus op sturende en uitvoerende actoren in het theoretisch kader (zie hoofdstuk 2 en met name subparagraaf 2.5.3), samengevat welke actoren vanuit welke rol actief zijn op het ggz-terrein op de genoemde peilmomenten. Actoren met enkel een adviserende rol, zoals de Gezondheidsraad en de Provinciale raden van volksgezondheid, zijn niet opgenomen. Tabel 3.1 biedt een schematisch overzicht waarin, vanwege de verschillende wettelijke kaders en daarmee samenhangende inrichting van het stelsel (zie subparagraaf 3.2.1), voor de situatie ultimo 2015 een onderscheid wordt gemaakt tussen de ggz met langdurig verblijf (> 3 jaar) versus de extramurale ggz en de intramurale ggz met een kortdurend verblijf (< 3 jaar). In de tabel wordt tot uitdrukking gebracht dat sturing in de praktijk op verschillende niveaus (macro-, meso- en microniveau) voorkomt en dat behalve de voor het perspectief van deze studie relevante sturende en uitvoerende actoren ook actoren met toezichthoudende en andere rollen worden onderscheiden. De toezichthoudende actoren zijn onderscheiden naar het object waar het toezicht zich op richt: de zorgmarkt, de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders. Het toezicht op zorgaanbieders wordt gespecificeerd naar het toezicht op tarieven en op (kwaliteit van) zorg of diensten.

Tabel 3.1 laat zien dat een groot aantal actoren betrokken is bij de sturing en uitvoering van de ggz en dat hierin op de peilmomenten van deze studie vele veranderingen zijn opgetreden. Enerzijds heeft dit, zoals eerder in deze paragraaf toegelicht, te maken met het feit dat organisaties zoals het CVZ, de NMa, het CTG en het CTZ in 2015 niet meer bestaan en zijn opgevolgd door respectievelijk het Zorginstituut, de ACM en de NZa. Anderzijds hangt dit samen met de verschillen in sturing die in deze periode zijn opgetreden tussen de langdurige ggz (care) versus de extramurale ggz en de ggz met kortdurend verblijf, ook wel aangeduid als geneeskundige ggz (cure).

208. Ter vervanging van de Wet Bopz zijn in 2010 respectievelijk 2009 de wetsvoorstellen 'Verplichte ggz' en 'Zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten' ingediend. De Eerste Kamercommissie VWS heeft besloten de behandeling van beide wetsvoorstellen in samenhang (met Wfz) te behandelen en deze januari 2018 aangenomen; de geplande inwerkingtreding is januari 2020.

209. <http://invoeringbasisggz.nl>, geraadpleegd september 2016.

Tabel 3.1 Wettelijke kaders en actoren in de ggz (2006 en 2015)

Type actor		(Begin) 2006	(Ultimo) 2015	
		Gehele ggz	Langdurende ggz (verblijf > 3 jaar)	Extramurale ggz en ggz met kortdurend verblijf (< 3 jaar)
Wettelijke basis		AWBZ	Wlz	Zvw
Sturende actoren	Macro	Staten-Generaal Minister VWS	Staten-Generaal Minister VWS	Staten-Generaal Minister VWS
	Meso	CVZ Zorgverzekeraars	Zorginstituut Wlz-uitvoerders Zorgkantoren	Zorginstituut Zorgverzekeraars
	Micro	Verzekerde (patiënt)	Verzekerde (patiënt)	Verzekerde (patiënt)
Uitvoerende actoren		Zorgaanbieder: instelling of persoon die zorg verleent	Zorgaanbieder: instelling of solistisch werkende die zorg verleent	Zorgaanbieder en dienstverlener
Toezicht- houdende actoren	Zorgmarkt	NMa, (CTG)	NZa, ACM	NZa, ACM
	Zorgverzekeraar en -aanbieder (tarieven)	CTG, CTZ	NZa	NZa
	Zorgaanbieder (zorg en diensten)	IGZ Vertrouwenscie Kantonrechter Klachtencie	IGZ Vertrouwenscie Kantonrechter Klachtencie	IGZ Vertrouwenscie Kantonrechter Klachtencie
Overige actoren		Gemeentelijke indicatieorganen, Belastingdienst, SVB, CAK	CIZ, SVB, CAK Belastingdienst	Huisarts, Belastingdienst
Belendende wetgeving		Gezw, Wtg, WTZi, Wet BIG, Wkz, Wmcz, Wkcz	Gezw, Wmg, WTZi, Wet BIG, Wkz, Wmcz, Wkcz	Gezw, Wmg, WTZi, Wzt, Wet BIG, Wkz, Wmcz, Wkcz

De langdurige ggz valt in 2015 onder de Wlz, die te beschouwen is als 'uitgeklede opvolger' van de AWBZ en daarmee in bepaald opzicht als continuering van de situatie in 2006 kan worden gezien. De extramurale ggz en de ggz met kortdurend verblijf valt sinds 2008 onder de Zvw, waarbij het begrip kortdurend verblijf in 2015 is verruimd van een verblijf korter dan één jaar naar een verblijf korter dan drie jaar. Het gevolg is dat tussen de ggz met lang- versus kortdurend verblijf en de extramurale ggz verschillen optreden in de sturing op mesoniveau en in de betrokken 'overige actoren'. Deze en de andere in de tabel gehanteerde begrippen worden hierna toegelicht.

In Nederland zijn de Eerste en Tweede Kamer van de Staten-Generaal verantwoordelijk voor de wetgeving en de financiële kaders voor de gezondheidszorg en in die zin te beschouwen als sturende actor pur sang voor de gehele ggz.²¹⁰ De minister van VWS is verantwoordelijk voor de voorbereiding, uitvoering en verantwoording van de vastgestelde wetgeving en wordt in deze studie eveneens gezien als sturende actor op macroniveau van het ggz-terrein. Begin 2006 formuleerde de minister zijn verantwoordelijkheid voor de zorg daarbij overigens als een "verantwoordelijkheid, ten aanzien van het systeem van (markt)ordering, sturing en toezicht waarbinnen de partijen in de zorg zelf hun verantwoordelijkheid kunnen nemen" (TK, 2005-2006h, p. 82). Deze sturingsfilosofie van systeem- of stelselverantwoordelijkheid bestaat eind 2015 nog steeds.²¹¹

De (interpretatie van de) sturing op mesoniveau vergt enige toelichting. De actoren die in dit kader in tabel 3.1 worden genoemd, de zorgverzekeraars, het CVZ en het Zorginstituut, werden in de AWBZ namelijk betiteld als uitvoerende actoren (art. 4 AWBZ). Dit is begrijpelijk vanuit de gedachte dat in deze wet taken aan deze actoren werden gedelegeerd die door hen binnen het omschreven wettelijk kader moesten worden uitgevoerd. Enerzijds wordt in deze studie de term uitvoerende actoren echter gereserveerd voor de zorgaanbieders. Zij zijn het immers die de zorg verlenen waar het uiteindelijk allemaal om te doen is. Anderzijds kunnen de aan het CVZ, het Zorginstituut en de zorgverzekeraars gedelegeerde taken²¹² en de daarmee samenhangende discretionaire ruimte worden opgevat als actoren die de zorgaanbieders intermediair, op mesoniveau sturen.²¹³ Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor de Wlz-uitvoerders en de zorgkantoren, (formeel) nieuwe actoren op het terrein van de langdurige ggz.

De sturing op microniveau betreft de sturing op het niveau van het individuele zorgtraject en heeft betrekking op de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt. Dit type sturing ligt voor de gehele ggz bij de verzekerde ofwel de hulpbehoevende patiënt, die het recht heeft en in staat wordt gesteld om een zorgaanbieder naar eigen keuze te selecteren.

De uitvoerende actoren in de ggz zijn, zoals gezegd, de zorgaanbieders. Dit kunnen zowel instellingen (rechtspersonen) als individuele zorgverleners (natuurlijke personen) betreffen.

210. De Staten-Generaal stelt voor de zorguitgaven jaarlijks een plafond vast in het Budgettair Kader Zorg (TK, 2005-2006h, pp. 82, 166).

211. "De Minister bevordert de werking van het stelsel door partijen in staat te stellen hun rol te spelen en door belemmeringen weg te nemen die een goede werking van het stelsel in de weg staan. Daar waar publieke belangen in het geding zijn die niet voldoende door (partijen in) het stelsel behartigd kunnen worden, bevordert de Minister dat deze belangen worden behartigd." (TK, 2015-2016a, p. 62). Dezelfde 'systeem'- of stelselverantwoordelijkheid is beschreven met betrekking tot de curatieve zorg (TK, 2015-2016a, p. 37) en de Wlz (TK, 2015-2016a, p. 50).

212. Zoals het beheer van de fondsen (AFBZ, Flz en Zvf), het vaststellen van beleidsregels (art. 32 lid 5 en 7, art. 34 lid 4 Zvw) en het voorkomen van onnodige zorguitgaven (art. 34 AWBZ).

213. De verhouding tussen enerzijds de minister van VWS en anderzijds de zorgverzekeraars, het CVZ en het Zorginstituut kan behalve als sturing op mesoniveau ook worden getypeerd als een relatie tussen een principaal en meerdere agenten (paragraaf 2.3). De zorgverzekeraars, het CVZ en het Zorginstituut hebben (vanuit hun rol als principalen) een sturende rol ten opzichte van de uitvoerende actoren, de zorgaanbieders (de agenten).

Het toezicht op mededinging in de zorgmarkt ligt begin 2006 bij de NMa, met een (bij)rol voor het CTG waar het de regulering van tarieven betreft. In 2015 is het toezicht op de zorgmarkt in eerste aanleg belegd bij de NZa en, voor overstijgende vraagstukken, bij de ACM. De NZa heeft daarnaast de toezichthoudende taken van het CTG en het CTZ overgenomen waar het (in hoofdlijnen) de gehanteerde tarieven van zorgverzekeraars en -aanbieders betreft. De IGZ heeft voor de gehele ggz gedurende de onderzoeksperiode de taak om toezicht te houden op de kwaliteit van zorg (en diensten in het geval van de Zvw) van zorgaanbieders, waaronder de klachtenafhandeling. Voor de inhoudelijke beoordeling van klachten zijn door zorgaanbieders in te richten klachtencommissies werkzaam. Daarnaast hadden en hebben door zorgaanbieders in te richten vertrouwenscommissies (en in het verlengde daarvan de kantonrechter) een rol bij het toezicht op de medezeggenschap van patiënten bij zorgaanbieders. Tot slot maakt tabel 3.1, zonder in dit opzicht volledigheid te willen suggereren, duidelijk dat naast de sturende, uitvoerende en toezichthoudende actoren, in wisselende mate ook andere actoren een rol spelen in de ggz. In de extramurale ggz en de ggz met kortdurend verblijf betreft dit in 2015 (tenminste) de huisarts en de Belastingdienst. Bij de langdurende ggz spelen behalve de Belastingdienst onder meer de SVB, het CIZ en het CAK een rol.

3.3 Veranderingen in stelsel forensische zorg (2006-2015)

3.3.1 Juridisch kader

In paragraaf 1.1 is beschreven dat begin 2006 de fz nog niet als zodanig werd benoemd en geregistreerd. In het domein van het ministerie van Justitie werd niettemin wel zorg verleend aan justitiabelen die achteraf als fz zou kunnen worden betiteld. Dit geldt in ieder geval voor de zorg aan personen die op grond van artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht (WvSr, Stb. 1881, 35)²¹⁴ ter beschikking zijn gesteld en “van overheidswege” worden verpleegd in een rijksinrichting of particuliere inrichtingen voor ter beschikking gestelden (destijds aangeduid als tbs-kliniek en later als forensisch psychiatrisch centrum ofwel FPC).²¹⁵ Sinds de invoering van de AWBZ is de zorg voor ter beschikking gestelden een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ministers van Justitie en Volksgezondheid, al is dit een terugkerend onderwerp van discussie²¹⁶ (Van der Wolf, 2012, pp. 125, 532, 638).

214. Met het oog op de peilmomenten in deze studie zijn de versies van 1 januari 2006 en de die van 17 november 2015 van het Wetboek van Strafrecht vergeleken (<http://wetten.overheid.nl>). Tenzij anders aangegeven geldt een verwijzing naar deze wet daarmee voor de gehele onderzoeksperiode.

215. Personen bij wie tijdens het begaan van het strafbare feit gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens bestond kunnen door de rechter ter beschikking worden gesteld (art. 37a WvSr). Indien de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid dit vereist kunnen zijn op last van de rechter van overheidswege worden verpleegd (art. 37b WvSr). Ter beschikking gestelden kunnen worden verpleegd in door de minister van Justitie aangewezen particuliere en rijksinrichtingen; de verpleging geschiedt bij voorkeur in een particuliere inrichting (art. 37d WvSr).

216. In zijn proefschrift over de tbs-maatregel constateert Van der Wolf (2012, pp. 124, 533, 638) dat VWS sinds de invoering van de AWBZ (1968) 80% van de kosten van tbs-inrichtingen betaalt en dat dit destijds een omslag in politieke verantwoordelijkheid (van Justitie naar Volksgezondheid) betekende. Vanaf de tweede helft van de vorige eeuw was de vraag waar de politieke verantwoordelijkheid voor de ‘psychopatenzorg’ zou moeten berusten, bij Justitie of bij Volksgezondheid, een terugkerend onderwerp

Behalve ter beschikking gestelden kunnen begin 2006 ook personen die tot een gevangenisstraf zijn veroordeeld, wegens gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van hun geestvermogens, in een 'justitiële tbs-kliniek'²¹⁷ of (bij ontoerekeningsvatbaarheid) in een psychiatrisch ziekenhuis worden geplaatst (art. 13 en 37 WvSr) en in die zin fz ontvangen. Verder hadden gedetineerden destijds recht op verzorging door een aan de inrichting verbonden arts, op sociale verzorging en op hulpverlening door reclasseringswerkers en daarvoor in aanmerking komende gedragskundigen (art. 42 en 43 Pbw).²¹⁸ Dit werd formeel echter nog niet als fz aangemerkt. Dat geldt ook voor de inrichtingen voor stelselmatige daders (ISD, art. 10a en 18a tot en met c Pbw) en het merendeel van de "inrichtingen en afdelingen voor bijzondere opvang" waar gedetineerden volgens de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing gedetineerden (Stcrt. 2000, 176) geplaatst konden worden.²¹⁹ Begin 2006 waren dit het Pieter Baan Centrum (PBC), de Externe Resocialisatie Afdeling, de Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling (FOBA), Individuele Begeleidingsafdelingen (IBA), Inrichtingen voor bijzondere opvang van psychologisch onvolwassenen, Inrichtingen of afdelingen voor moeders met kinderen, het Penitentiair Selectie Centrum (PSC), het Penitentiair Ziekenhuis en de Verslaafden Begeleidingsafdeling (VBA).²²⁰ Met ingang van 2010 zijn de als "kleinschalig" betitelde voorzieningen (FOBA, IBA, PSC en VBA) geconcentreerd in vijf Penitentiaire Psychiatrische Centra of PPC's (Stcrt. 2009, 19971) en vervielen de meeste andere differentiaties als bestemming.²²¹ Anders dan de tot dan toe bestaande voorzieningen, zijn de PPC's formeel bestemd voor de bijzondere opvang van gedetineerden die fz behoeven. Hoewel het vanwege de concentratie van bestaande afdelingen niet ondenkbaar is dat in PI's

van discussie geweest: psychiaters als Baan en Gerritsen pleitten in de jaren vijftig voor onderbrenging bij Volksgezondheid; Zeegers in de jaren zeventig juist bij Justitie (p. 532). In 2001 waren de knelpunten, samenhangend met de gecombineerde verantwoordelijkheidsverdeling, aanleiding voor de Commissie Kosto te adviseren om tbs-klinieken net zoals het buitenland geheel te integreren in de ggz; zorgen over de beveiliging waren echter reden voor het kabinet om deze aanbeveling niet op te volgen (Van der Wolf, 2012, p. 125).

217. Formeel wordt gesproken van een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden (WvSr art. 13). Onder justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden wordt volgens artikel 90quinquies lid 2 WvSr verstaan: "een inrichting als bedoeld in artikel 37d, eerste lid, onder a [door de minister aangewezen particuliere inrichting, in beheer bij een in Nederland gevestigde rechtspersoon, waar ter beschikking gestelden kunnen worden verpleegd] waarvan de verpleegkosten vanwege de minister van Justitie worden vergoed op grond van een door hem goedgekeurde inrichtingsbegroting, dan wel een inrichting als bedoeld in artikel 37d, eerste lid, onder b [rijksinrichting waar ter beschikking gestelden kunnen worden verpleegd] waarvan de algehele exploitatiekosten ten laste van het Ministerie van Justitie komen.
218. Met het oog op de peilmomenten in deze studie zijn de versies van 1 januari 2006 en die van 1 juli 2015 van de Pbw vergeleken (<http://wetten.overheid.nl>). Tenzij anders aangegeven geldt een verwijzing naar deze wet daarmee voor de gehele onderzoeksperiode.
219. Met het oog op de peilmomenten in deze studie zijn de versies van 13 september 2004 en die van 1 oktober 2015 van de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing gedetineerden vergeleken (<http://wetten.overheid.nl>). Tenzij anders aangegeven geldt een verwijzing naar deze regeling voor de gehele onderzoeksperiode.
220. Artikel 12 tot en met 20 Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing gedetineerden (Stcrt. 2000, 176).
221. Uitgezonderd de in september 2006 ingevoerde Terroristen afdeling (Stcrt. 2006, 181) en de in maart 2009 ingevoerde Inrichtingen voor strafrechtelijk gedetineerde vreemdelingen (Stcrt. 2009, 56).

(met name FOBA, IBA, PSC en VBA) voorheen in de praktijk (deels) vergelijkbare zorg werd geleverd, wordt fz derhalve formeel pas vanaf 1 januari 2010 geleverd in PPC's, en vindt dit plaats in enkele PI's. DForZo koopt deze plaatsen in bij het gevangeniswezen, een ander dienstonderdeel van DJI (Van Gemmert & Van Schijndel, 2012, p. 35), vergelijkbaar met de plaatsen die DForZo bij onder meer de ggz inkoopt (hier wordt later op teruggekomen).

Het voorgaande samenvattend, bestaat de fz begin 2006 formeel enkel uit zorg voor ter beschikking gestelden en voor gedetineerden die 'wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis' in een tbs-kliniek of psychiatrisch ziekenhuis zijn geplaatst. Afgezien van de aanvullende (budgettaire) verantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor geleverde zorg in tbs-klinieken zoals vastgelegd in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), is deze fz formeel gebaseerd op de AWBZ.

De Staten-Generaal heeft ervoor gekozen om in 2007 het AWBZ-budget voor de fz over te hevelen van het ministerie van VWS naar het ministerie van Justitie, voorafgaand aan het hiervoor benodigde wetgevingsproces. "Voor een volledige overheveling van de verantwoordelijkheid voor de financiering van, de besturing van en de overige taakuitvoering inzake de forensische zorg naar Veiligheid en Justitie is [namelijk] een wet in formele zin nodig" (toelichting in Stb. 2010, 875): "De budgetoverheveling stelt Veiligheid en Justitie in staat om gelijktijdig met het wetgevingsproces en ter voorbereiding van de inwerkingtreding alvast onderdelen van de nieuwe beoogde werkwijze (inkoop, indicatiestelling, plaatsing) in de praktijk te beproeven".²²² Het betreffend wetsvoorstel (Wfz) is juni 2010 bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal ingediend (TK, 2009-2010d, p. 1) en januari 2018 in de Eerste Kamer aangenomen. De behandeling heeft vertraging opgelopen, omdat de Eerste Kamer dit samen met de onder VWS ressorterende wetsvoorstellen Wzd en Wvggz wilde behandelen.

Tot het moment van inwerkingtreding van de Wfz (januari 2019) is het bestaande wettelijke kader van toepassing op de fz. Op grond van bepalingen in een zevental wetten²²³ is sinds 2011 het Ibzf (Stb. 2010, 875) van kracht dat beoogt de in de uitvoeringspraktijk ontstane praktische knelpunten op te lossen.²²⁴ Daarin is met terugwerkende kracht vanaf 2007 de

222. Volgens de toelichting op het Ibzf (Stb. 2010, 875) is dit gebeurd om zodoende (1) direct een aantal jaren gevoelde knelpunten bij de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen waarbij fz nodig is, te kunnen oplossen (2) ervaringen met de nieuwe werkwijze bij de inkoop, indicatiestelling en plaatsing op te doen, die kunnen worden meegenomen in het wetgevingsproces.

223. Dit betreft bepalingen in de AWBZ, de Wfsv, de Zvw, de WTZi, de Wmg, de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (Wjsg) die het mogelijk maken dat, per algemene maatregel van bestuur, van de betreffende wet afwijkende regelingen kunnen worden getroffen.

224. In de toelichting worden de volgende onderwerpen knelpunten genoemd die in de uitvoeringspraktijk naar voren zijn gekomen: de (inhoud en omvang van de) fz, de eigen bijdrage aan de justitiabele voor de fz, de indicatiestelling, de zorgtoeleiding naar ambulante fz, de informatieverstrekking en de aanwijzing van de zorginstellingen die fz (mogen) leveren. Het betreft knelpunten die samenhangen met de feitelijke stelselwijziging vooruitlopend op formele wetgeving en onduidelijkheden in de praktijk over aanspraken, werkwijzen en voorwaarden.

aanspraak op fz als aanspraak op grond van de AWBZ geregeld (art. 8 Ibzf).²²⁵ Volgens de toelichting op dit besluit gaat het "echter niet om 'gewone', in het Besluit zorgaanspraken Awbz geregelde Awbz-zorg, maar om afzonderlijke, in het Interimbesluit geregelde Awbz-zorg, waarvoor ook van de Awbz afwijkende, in het Interimbesluit opgenomen, indicatie-, inkoop-, toeleidings- en informatieregels gelden" (zie verder subparagraaf 3.3.1.1). Daarnaast is met terugwerkende kracht vanaf 2008 de fz uitgezonderd in de Zvw en zijn belangrijke delen van de Wmg en de WTZi op het fz-terrein buiten werking gesteld (artikelen 12 tot en met 14 Ibzf):

- Met terugwerkende kracht is vanaf 2008 artikel 2.1 van het Besluit Zorgverzekering gewijzigd (art. 12 Ibzf): "Aan artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering wordt een lid toegevoegd, luidende: 4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet fz als bedoeld in artikel 2 van het Ibzf";
- Met terugwerkende kracht vanaf 2008 is een nieuw artikel 6 ingevoegd in het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg (art. 14 Ibzf): "De artikelen 23 tot en met 31, 34 tot en met 39, en 45 tot en met 59 van de wet zijn niet van toepassing op fz als bedoeld in artikel 2 van het Ibzf"²²⁶;
- Met terugwerkende kracht vanaf juli 2010 is het Uitvoeringsbesluit WTZi gewijzigd (art. 13 Ibzf): "Artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen is niet van toepassing voor zover een instelling fz verleent als bedoeld in artikel 2 van het Ibzf." Artikel 5 WTZi bepaalde dat een zorginstelling voor het verlenen van zorg een toelating van de minister van VWS moet hebben.²²⁷

Het Ibzf is in april 2012 op advies van de NZa (2010a) gewijzigd (Stb. 2012, 134). Vanaf dat moment wordt de NZa, in verband met de ontstane clustering van bevoegdheden bij de minister van Justitie, als onafhankelijke regulator belast met de tarief- en de prestatievaststelling voor de fz. De minister van Justitie wordt met betrekking tot de inkoop van fz expliciet aangemerkt als een zorgverzekeraar conform artikel 33 van de AWBZ (art. 4 lid 1 Ibzf). Het advies van de NZa (2010a, pp. 10, 27, 29), om in verband met de inkooprol van de minister van Justitie de NZa ook als onafhankelijke toezichthouder met bijbehorende bevoegdheden te benoemen, is daarbij niet overgenomen.

Het Ibzf en de hiermee samenhangende regelgeving (Wmg en Wfsv) worden in 2015 nogmaals gewijzigd in verband met het vervallen van de AWBZ en de vervanging daarvan door de Wlz

225. Artikel 8 Ibzf bepaalt: "Aan artikel 2 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ wordt een lid toegevoegd, luidende: De verzekerde heeft geen aanspraak op de zorg, bedoeld in het eerste lid, indien hij ter zake van die zorg een aanspraak heeft op fz als bedoeld in artikel 2 juncto artikel 5, eerste lid, van het Ibzf."

226. De NZa concludeert dat er geen markttoezichthouder of prestatie- en tarievenregulator is en dat de toezichthoudende bevoegdheden van de NZa worden uitgesloten uit de Wmg (NZa, 2010a, p. 29).

227. In de toelichting op artikel 13 van het Ibzf is vermeld dat hiervoor is gekozen ter voorkoming van financiering van overcapaciteit of niet op de vraag aansluitende capaciteit aan de aanbodzijde van de fz. Dit staat, volgens de toelichting, los van het uitgangspunt dat het ministerie van Veiligheid en Justitie als inkoper van fz als eis stelt dat zorgaanbieders in het bezit zijn van een WTZi-toelating om zodoende te waarborgen dat alleen fz kan worden geleverd door zorgaanbieders die ook zorg kunnen leveren in het kader van de Zvw en/of de AWBZ.

(Stb. 2014, 520).²²⁸ Vanaf dat moment vindt de fz haar wettelijke basis in de Wlz (artikel 12.4.8) en geldt de minister van Justitie als Wlz-uitvoerder (art. 4 lid 1 Ibzf).

Figuur 3.2 vat de ontwikkelingen samen en laat zien dat de fz tot 2011 gedeeltelijk en vanaf 2011 volledig is geregeld via (wijzigingen op) het Ibzf. De AWBZ geldt (deels met terugwerkende kracht) gedurende vrijwel de gehele onderzoeksperiode als wettelijke grondslag voor de fz, met uitzondering van de aanvullende verantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor de zorg voor ter beschikking gestelden op grond van de Bvt. Met ingang van 2015 vindt de fz haar wettelijke basis in de Wlz.

Het Interimbesluit fz, de wijzigingen daarop, de belendende en lagere regelgeving worden vervolgens op hoofdlijnen beschreven. Vanwege de afhankelijkheid van en samenloop met beslissingen die in de strafrechtelijke context van fz-verlening plaatsvindt, wordt onder meer ingegaan op actoren die op grond van de strafrechtelijke wetgeving relevant zijn.

Figuur 3.2 Tijdlijn wettelijk regime fz (2006 t/m 2015)

228. Het betreft voornamelijk niet-inhoudelijke wijzigingen. "Op grond van artikel 3 lid 4 van het Ibzf zullen bij ministeriële regeling vormen van zorg worden aangewezen die voor personen aan wie forensische zorg is opgelegd. . . teneinde te verzekeren dat eenzelfde zorgaanbod als thans beschikbaar blijft voor de verlening van forensische zorg" (toelichting bij artikelen 8.1.2 en 8.4.1 van Besluit Iz, Stb. 2014, 520). Het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg wordt hierop aangepast (art. 8.1.2 Besluit Wlz). Daarnaast wordt fz ten laste van de begroting van het Ministerie van Veiligheid en Justitie betaald en in (artikel 4.1.e) van het gewijzigd Besluit Wfsv uitgezonderd van (beheers)kosten die uit het Flz wordt betaald (art. 8.3.2 Besluit Wlz).

3.3.1.1 *Interimbesluit forensische zorg (Stb. 2010, 875)*

Vanaf 2007 hebben meerderjarige justitiabelen op grond van artikel 8 van het Ibzf een ingeperkt recht op AWBZ-zorg, waarbij met terugwerkende kracht is bepaald: "De verzekerde heeft geen aanspraak op de [AWBZ-]zorg, bedoeld in het eerste lid, indien hij ter zake van die zorg een aanspraak heeft op fz als bedoeld in artikel 2 juncto artikel 5, eerste lid, van het Ibzf" (artikel 2 lid 2 toenmalig Besluit zorgaanspraken AWBZ).²²⁹

Interimbesluit forensische zorg

Kader 8

Artikel 2 Ibzf luidt:

1. Forensische zorg is zorg als omschreven in de artikelen 4 tot en met 10, 13 en 15 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ (vanaf 2015 vervangen door artikel 3.1.1 van de Wlz) of als bedoeld in artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering, voor zover het geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg betreft, die wordt verleend aan een justitiabele met een psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, verslaving daaronder begrepen, of een verstandelijke handicap, en die al dan niet als een voorwaarde, onderdeel uitmaakt van een straf of een maatregel, of van de tenuitvoerlegging van een straf of maatregel, of als voorwaarde onderdeel uitmaakt van een sepot, een schorsing van de voorlopige hechtenis, of een gratieverlening op grond van de Gratiwet, dan wel onderdeel uitmaakt van een strafbeschikking waarbij een gedragsmaatregel wordt opgelegd. Beveiliging kan onderdeel uitmaken van forensische zorg.
2. Het eerste lid is niet van toepassing op zorg die al dan niet als voorwaarde onderdeel uitmaakt van een straf of maatregel als bedoeld in het Eerste boek, Titel VIII A, van het Wetboek van Strafrecht.

Artikel 5 Ibzf luidt:

1. Aan de forensische patiënt wordt de forensische zorg verleend, waarop hij blijkens de strafrechtelijke titel is aangewezen.

Zoals uit (de toelichting op) artikel 2 van het Ibzf valt op te maken, wordt de fz beperkt tot "geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die onderdeel uitmaakt van een al dan niet voorwaardelijke straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dan wel een andere strafrechtelijke titel". Zorg in het kader van straffen en maatregelen met betrekking tot jongeren die onder het jeugdstrafrecht zijn veroordeeld, is op grond van het tweede lid uitgesloten als fz.

In het Ibzf worden drie categorieën forensisch patiënten onderscheiden (art. 6 lid 1 Ibzf):

- gedetineerden, op grond van beslissingen bij of krachtens de Penitentiaire beginselenwet (Pbw, Stb. 1998, 430);

229. Artikel 12.4.8 lid 2 Wlz bepaalt eveneens afwijkende (voorwaarden bij de) aanspraken op fz: op verzekerden die zijn aangewezen op onder artikel 3.1.1 vallende forensische zorg als bedoeld in het [Ibzf] zijn wat betreft die zorg de artikelen 3.1.2, 3.1.3, 3.2.1, 3.2.3, 3.2.4, 3.2.6, 3.2.8, 3.3.1 tot en met 3.3.5, 4.2.1 tot en met 4.2.6, 6.1.2, 7.1.2, eerste lid, onderdeel a, 8.1.1 tot en met 8.1.3, 9.1.1 tot en met 9.1.3 niet van toepassing en kunnen met betrekking tot de in die artikelen geregelde onderwerpen bij of krachtens het [Ibzf] regels worden gesteld.

- ter beschikking gestelden, op grond van beslissingen bij of krachtens de Bvt (Stb. 1997, 280);
- overige forensisch patiënten [met name in verband met bijzondere voorwaarden bij voorwaardelijke sancties op grond van het Wetboek van Strafvordering (WvSv, Stb. 1921, 14) en Wetboek van Strafrecht (WvSr, Stb. 1881, 35)].

In de artikelsgewijze toelichting wordt de forensisch patiënt beschreven als "een persoon die forensische zorg heeft op basis van de uitspraak van de rechter of een beslissing van de officier van justitie, rechter-commissaris, advocaat-generaal dan wel de Minister van Veiligheid en Justitie." Opvallend is dat in deze omschrijving de behoefte van de justitiabele (als patiënt) niet wordt vermeld. Een forensisch patiënt wordt in het Ibzf dan ook beschouwd als een [een AWBZ-/ Wlz-]verzekerde "voor wie forensische zorg noodzakelijk is op basis van een strafrechtelijke titel". Dit suggereert dat een justitiabele wettelijk geen aanspraak kan maken op ggz of vz wanneer de betrokkene daar bijvoorbeeld in verband met verslavingsproblematiek of stemmingsstoornissen zegt behoefte aan te hebben (zorg op eigen verzoek, vergelijkbaar met artikelen 11 en 14 Zvw), maar deze zorg niet in het kader van de strafrechtelijke titel is bepaald.²³⁰ De uitsluitingsgronden in de reguliere zorgwetten (art. 6 lid 5 AWBZ, art. 3.2.7 Wlz en art. 24 Zvw) komen er namelijk op neer dat personen voor de duur van de strafrechtelijke titel worden uitgesloten van de in deze wetten neergelegde rechten en plichten (zie paragraaf 3.2), terwijl in het Ibzf verder alleen wordt ingegaan op de situatie dat de forensisch patiënt zich voorafgaand aan de strafrechtelijke titel reeds in een zorgtraject bevindt.²³¹ Of een justitiabele daadwerkelijk geen aanspraak kan maken op ggz of vz als deze niet in het kader van een strafrechtelijke titel is bepaald, is voor zover bekend niet onderzocht.

Op grond van het Ibzf heeft de minister van Justitie taken die getypeerd kunnen worden als (a) in belangrijke mate vergelijkbaar met die van zorgverzekeraars of Wlz-uitvoerders, (b) in belangrijke mate overeenkomend met die van de minister van VWS ten aanzien van de ggz en (c) overige, uitvoerende taken:

Ad a. Taken minister van Justitie, vergelijkbaar met zorgverzekeraars:

230. Een forensisch patiënt (en zorgaanbieder) wordt gehoord voordat de minister van Justitie een nieuw indicatiestellingsadvies gelast (art. 5 lid 5 Ibzf) en kan volgens de toelichting Ibzf aan de rechter vragen om aanpassing van de bijzondere voorwaarden. In het Ibzf is niet opgenomen dat een forensisch patiënt zelf een (her)indicatiestellingsadvies kan vragen. Op verzekerden die zijn aangewezen op onder artikel 3.1.1 vallende fz als bedoeld in het Ibzf zijn wat betreft die zorg de artikelen 3.1.2, 3.1.3, 3.2.1, 3.2.3, 3.2.4, 3.2.6, 3.2.8, 3.3.1 tot en met 3.3.5, 4.2.1 tot en met 4.2.6, 6.1.2, 7.1.2, eerste lid, onderdeel a, 8.1.1 tot en met 8.1.3, 9.1.1 tot en met 9.1.3 niet van toepassing en kunnen met betrekking tot de in die artikelen geregelde onderwerpen bij of krachtens het [Ibzf] regels worden gesteld (art. 12.4.8 lid 2 Wlz).

231. Artikel 3 lid 3 Ibzf bepaalt dat "voor vergoeding als forensische zorg in aanmerking [komt] het meerdere waartoe de strafrechtelijke titel noodzaakt" bij degenen die zich reeds in een zorgtraject bevinden en waarbij op basis van de strafrechtelijke titel het zorgtraject wordt gecontinueerd. Uit de toelichting op dit artikel blijkt dat dit betrekking heeft op zorg die wordt verleend aan gedetineerden of tbs-gestelden. Voor ambulante zorg die op grond van de Zvw reeds in gang is gezet, voorafgaand aan de strafrechtelijke titel, geldt bij continuering daarvan tijdens het strafrechtelijk traject dat deze geheel (niet uitsluitend als meerdere) voor vergoeding als fz in aanmerking komt.

- sluiten van schriftelijke overeenkomsten met zorgaanbieders die fz kunnen verlenen (art. 4 lid 2 Ibzf);
- verrichten van de administratieve taak van landelijk kantoor voor de betaling van zorgaanbieders (art. 4 lid 3 Ibzf).

Ad b. Taken minister van Justitie, vergelijkbaar met minister van VWS:

- voorzien in het doen uitvoeren van fz (art. 4 lid 1 Ibzf);
- samen met de minister van VWS stellen van regels met betrekking tot de (vereisten bij de) indicatiestellingsprocedure (art. 5 lid 4 Ibzf);
- verantwoordelijk voor autoriteiten die (een deel van de) forensische patiënten toeleiden naar de zorgaanbieder (art. 6 lid 1 Ibzf);
- innen van een bijdrage voor verblijf in een instelling dan wel het aanwijzen van een organisatie die namens hem wordt belast met het innen van deze bijdrage (art. 4 lid 4 Ibzf).²³²

Ad c. Uitvoerende taken door of namens de minister van Justitie:

- gelasten van een indicatiestellingsadvies ten behoeve van besluitvorming daaromtrent indien hij vermoedt dat een gedetineerde behoefte daaraan heeft (art. 5 lid 3 Ibzf) of indien naar zijn oordeel het indicatiestellingsadvies niet meer voorziet in de noodzakelijke fz (art. 5 lid 5 Ibzf);
- toeleiden van forensische patiënten naar de zorgaanbieder (art. 6 lid 1);
- schriftelijk informeren van de zorgaanbieder over de beslissing tot zorgtoeleiding (art. 6 lid 2 Ibzf).²³³

DForZo, onderdeel van agentschap DJI, verricht de taken die samenhangen met de rol van zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder (toelichting Ibzf).

De indicatiestelling van de fz is anders geregeld dan in de reguliere ggz. Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP), de psychomedische overleggen²³⁴ in het gevangeniswezen en de drie reclasseringsorganisaties (3RO) adviseren over de indicatiestelling van de forensische patiënten (art. 5 lid 2 Ibzf). Hun indicatiestellingsadvies over de vorm(en) van fz waar de patiënt volgens hen op is aangewezen, met aanduiding van de fz-behoefte en het vereiste beveiligingsniveau, wordt (pas) van kracht door verlening van de strafrechtelijke titel. Pas dan is de "aanspraak gevestigd en wordt de forensische patiënt forensische zorg verleend die in de strafrechtelijke titel en de indicatie is opgenomen" (toelichting artikel 5 Ibzf). De taakverdeling tussen de met het opstellen van indicatiestellingsadviezen belaste organisaties is daarbij in hoofdlijnen als

232. Het wetsvoorstel gericht op het heffen van een eigen bijdrage voor verblijf in een justitiële inrichting is op 18 februari 2016 ingetrokken in verband met gebrek aan draagvlak in de Eerste Kamer van de Staten-Generaal (EK, 2015-2016).

233. Een inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden is wettelijk verplicht een tbs-gestelde op te nemen (art. 11 lid 1 Bvt); voor de overige categorieën forensisch patiënten lijkt hetzelfde te gelden. In de toelichting op het Ibzf wordt (ad 6) opgemerkt dat zorgaanbieders, die bijvoorbeeld bezwaren hebben bij een zorgtoeleiding deze via de civielrechtelijke rechtsverhouding tussen de Minister van Veiligheid en Justitie en de zorgaanbieder dienen op te lossen.

234. Psychomedisch overleg is het zorgcoördinerend en -adviserend overleg in de PI (toelichting art. 5 Ibzf).

volgt (zie subparagraaf 3.3.2 voor meer detaillering). Het NIFP adviseert, deels vergelijkbaar met het CIZ (dat beslist), over de indicatiestelling voor klinische zorg. De 3RO adviseren, deels vergelijkbaar met de huisartsen (die beslissen), over de indicatiestelling voor ambulante zorg en voor verblijf in een RIBW. Psychomedische overleggen adviseren over de fz die de gebruikelijke (basis)zorg in PI's te boven gaat. Wanneer de aanspraak op fz eenmaal is gevestigd is het NIFP namens de minister van Justitie belast met de plaatsing van klinische fz-patiënten.²³⁵ De 3RO leiden namens de minister van Justitie forensisch patiënten toe naar ambulante zorgaanbieders (toelichting ad 4 Ibzf; zie verder subparagraaf 3.3.2).

De rechten en plichten bij de zorgtoeleiding en plaatsing van de verzekerde forensisch patiënt wijken eveneens af van die van patiënten in de reguliere ggz. Een (her)indicatiestellingsadvies kan door derden worden gelast, maar niet door de betrokkene zelf. Evenmin kan hij een zorgaanbieder naar keuze selecteren.²³⁶ De NZa (2010a) merkt in eerdergenoemd advies dan ook terecht op dat:

De forensische zorg is niet-electief, consumenten hebben de zorg niet gekozen. Zij zijn geïndiceerd en verplicht de geleverde zorg te consumeren. Er bestaat voor hen geen keuzevrijheid . . . De consumenten zijn niet verenigd in een branchevereniging. Dit alles beperkt hun positie in de markt. . . Bij de curatieve ggz hebben de consumenten de mogelijkheid om van zorgverzekeraar te wisselen. Die mogelijkheid ontbreekt bij de forensische zorg. (p. 28)

In het eerste wijzigingsbesluit Ibzf (Stb. 2012, 134) zijn art. 3 lid 4, art. 34 en artikelen 41 tot en met 43 Wmg buiten werking gesteld. Vooral de buitenwerking stelling van artikel 3 lid 4, waarin de NZa wordt opgedragen bij de uitoefening van haar taken het algemeen consumentenbelang voorop te stellen, is opvallend. De artikelen 34, 41 tot en met 43 beschrijven de rechten en plichten van een reguliere verzekerde in zijn relatie met een zorgverzekeraar.²³⁷

Anders dan in de reguliere ggz zijn fz-aanbieders vrijwel altijd instellingen (rechtspersonen): "in enkele gevallen is het denkbaar dat heel specifieke zorg door natuurlijke personen wordt aangeboden" (artikelsgewijze toelichting bij lid 1.j Ibzf). Zorgaanbieders zijn bovendien

235. De afdeling plaatsing neemt namens de minister van Justitie de beslissing over de inrichting waar een ter beschikking gestelde wordt geplaatst (Van Gemmert & Van Schijndel, 2011, p. 43).

236. Gedetineerden en ter beschikking gestelden kunnen (hooguit) tegen een beslissing tot (over)plaatsing in beroep gaan (art. 72 Pbw lid 1, art. 69 lid 1 Bvt). Bij voorwaardelijke sancties kan een justitiabele die, na zijn eerdere instemming met zorgtoeleiding als bijzondere voorwaarde, bezwaar heeft tegen de wijze waarop de tenuitvoerlegging van de voorwaarde plaatsvindt, om wijziging van de bijzondere voorwaarde verzoeken (toelichting ad 6 Ibzf).

237. Ook de bepaling in art. 43 lid 1 Wmg "Van hetgeen bij of krachtens de artikelen 41 en 42 is bepaald, kan niet ten nadele van de verzekerde worden afgeweken" is buiten werking gesteld. Dit staat in sterk contrast tot de bepaling dat in modelovereenkomsten van zorgverzekeraars aan verzekerden waarborgen moeten worden geboden voor een redelijke mate van invloed van de verzekerden op het beleid (art. 28 lid 2 Zvw). De Wfz (Stb. 2018, 38) brengt hierin geen verandering.

verplicht een fz-patiënt op te nemen (art. 11 lid 1 Bvt).²³⁸ Hij dient een nieuw indicatiestellingsadvies te gelasten indien dit naar zijn oordeel niet meer voorziet in de noodzakelijke fz²³⁹ en wordt gehoord alvorens de minister van Justitie een nieuw indicatiestellingsadvies gelast (art. 5 lid 5). Vergelijkbaar met de reguliere zorg dienen zorgaanbieders te registreren welke zorg is verleend in een Diagnose Behandeling en Beveiligingscombinatie (DBBC), een zorgzwaartepakket (ZZP) of in een andere beschrijving van fz (art. 7 lid 3 Ibzf). In het eerste wijzigingsbesluit Ibzf (Stb. 2012, 134) is artikel 38 lid 1 en 3 tot en met 7 Wmg buiten werking gesteld. Hierin zijn bepalingen opgenomen in verband met de informatievoorziening van zorgaanbieders aan de NZa over de tarieven, de prestaties en diensten, met het oog op vergelijkbaarheid van deze gegevens voor consumenten.

De minister van Justitie is sinds de stelselwijziging in 2007 de facto²⁴⁰ en sinds de wijziging van het Ibzf in 2012 formeel-juridisch te beschouwen als zorgverzekeraar (sinds 2015 als Wlz-uitvoerder) voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan personen, waarvoor hij in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is. Op grond van art. 33 lid 2 AWBZ (sinds 2015 art. 4.1.1 lid 2 Wlz) is hij daarmee verplicht te voldoen aan de voorschriften die bij of krachtens deze wet aan zorgverzekeraars worden opgelegd, zoals het op doelmatige wijze uitvoeren van zijn werkzaamheden en de verslaggeving daarover aan de NZa (art. 34 tot en met 37 AWBZ). Tegelijk met het aanmerken van de minister van Justitie als zorgverzekeraar zijn in het eerste wijzigingsbesluit Ibzf (Stb. 2012, 134) echter belangrijke bepalingen buiten werking gesteld. In de betreffende artikelen 34 en 40 zijn bepalingen opgenomen over bepaalde (informatie)plichten van de zorgverzekeraar. De buiten werking gestelde artikelen 76 tot en met 104 betreffen de handhavende bevoegdheden van de NZa. Van sommige bepalingen die voor reguliere zorgverzekeraars (of Wlz-uitvoerders) gelden, is hierdoor niet duidelijk of deze gelden voor dan wel worden nageleefd door de minister van Justitie in zijn rol als zorgverzekeraar.²⁴¹

238. In de toelichting op het Ibzf staat (ad 6) dat zorgaanbieders die bezwaren hebben bij een zorgtoeleiding, deze via de civielrechtelijke rechtsverhouding tussen de Minister van Veiligheid en Justitie en de zorgaanbieder dienen op te lossen.

239. De toelichting op dit artikel maakt duidelijk dat dit slechts in bepaalde gevallen geldt: "In de eerste plaats wanneer de zorgaanbieder signaleert dat er sprake is van achteruitgang bij de patiënt en intensievere zorg of een hoger beveiligingsniveau waarschijnlijk noodzakelijk is. In de tweede plaats als na verloop van tijd blijkt dat geheel andere zorg noodzakelijk is, dan die waartoe de strafrechtelijke titel aanspraak geeft." Bij verbetering van de situatie van betrokkene die ertoe leidt dat een lichtere vorm van voorwaardelijk opgelegde zorg nodig is (bijvoorbeeld verblijf in een RIBW in plaats van opname in psychiatrisch ziekenhuis), dient (eerst) de strafrechtelijke titel te worden aangepast voordat herindicatie kan plaatsvinden.

240. Materieel is de minister van Justitie op grond van art. 6 lid 3 en lid 5 van de Awbz en vanaf 2008 op grond van art 24 Zvw als zorgverzekeraar te beschouwen. De relatie met verzekerden (justitiabelen) wijkt af van die tussen verzekeraar en verzekerde in de reguliere zorgverzekeringsmarkt. Het ministerie van Justitie is risicodragend voor de kosten van fz voor justitiabelen, maar de verzekerden hebben hierin geen keuze en betalen geen verzekeringspremie (zie verder paragraaf 5.6.2).

241. Op grond van art. 25 lid 2 en 3 Zvw dient een zorgverzekeraar modelovereenkomsten volgens welke hij zorgverzekeringen aanbiedt, voor te leggen aan de NZa. Het is niet bekend of de overeenkomsten die de minister van Justitie sluit met zorgaanbieders aan dezelfde eisen moeten voldoen zoals in artikel

De NZa is vanaf april 2012 behalve met (vanwege het ontbreken van bijbehorende bevoegdheden) het beperkte toezicht op de inkooprol van de minister van Justitie, formeel belast met de prestatie- en tariefvaststelling in de fz (toelichting gewijzigd Ibzf, Stb. 2012, 134).²⁴² In de toelichting op het besluit wordt dit als eerste fase getypeerd van een grotere rol van de NZa op fz-terrein. In het algemeen betekent dit dat de NZa met betrekking tot (een onderdeel of combinatie van) een prestatie vastlegt of sprake is van een vrij tarief, een vast tarief of een minimum- of maximumbedrag dat in rekening kan worden gebracht (art. 50 Wmg). Uit de toelichting (bij art. 8.1.2 ad A) van de Wlz blijkt dat het bij de fz om vaststelling van prestatiebeschrijvingen en maximumtarieven gaat.

In het eerste wijzigingsbesluit Ibzf (Stb. 2012, 134) wordt tot slot nog de samenloop van het toezicht geregeld. Art. 7a Ibzf bepaalt, vergelijkbaar met het volgen door de NZa van het oordeel van de IGZ (of het bredere Staatstoezicht voor de volksgezondheid) wat betreft de kwaliteit van handelen van zorgaanbieders, dat de NZa het oordeel van de Inspectie voor de Sanctietoepassing (IS) volgt over de beveiligingsaspecten van fz. Indien de minister van VWS een aanwijzing geeft op grond van art. 7 lid 1 Wmg, dient dit in overeenstemming met die van de minister van Justitie te zijn.

3.3.1.2 Belendende regelgeving

In deze paragraaf wordt ingegaan op vier domeinen van belendende regelgeving van fz. Als referentiekader voor de eerste drie domeinen geldt de beschrijving met betrekking tot de reguliere zorg (subparagraaf 3.2.1.4), waardoor op deze plaats een duiding van eventuele bijzonderheden daarin met betrekking tot de fz volstaat. Op het vierde domein, de voor de fz unieke strafrechtelijke context, wordt uitgebreider ingegaan.

Wat het eerste domein betreft, de organisatie van het zorgstelsel, is voor de fz relevant dat artikel 13 Ibzf (Stb. 2010, 875) vanaf juli 2010 een uitzondering in de WTZi vastlegt. Volgens de toelichting op dit besluit regelt deze wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi, met het oog op het voorkomen van financiering van overcapaciteit, dat artikel 5 van de WTZi niet van toepassing is voor zover een instelling fz verleent.²⁴³ In betreffend artikel wordt bepaald dat een organisatorisch verband dat behoort tot de categorie van instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat op grond van artikel 3.1.1 Wlz of artikel 1d Zvw, voor het verlenen van die zorg een toelating moet hebben van de minister van VWS. Volgens de artikelsgewijze

16 AWBZ werd bepaald. Vanwege het ontbreken van toezicht is in ieder geval onbekend of deze (of vergelijkbare) eisen worden nageleefd.

242. In de reguliere zorg is de NZa daarnaast onder meer ruimer belast met markttoezicht en marktontwikkeling en toezicht op de uitvoering van de buiten werking gestelde artikelen 41 tot en met 43 (art. 16 Wmg). DJI meldt dat

243. GGZ Nederland en VGN vreesden dat nieuwe initiatieven of nieuwe instellingen hierdoor niet in aanmerking zouden komen voor toelating en kapitaallastenvergoeding (toelichting artikel 17 Ibzf). Met de wijziging van het Uitvoeringsbesluit WTZi (Stb. 2009, 19) zijn echter (alle) zorginstellingen risicodragend geworden voor hun investeringsbeslissingen. In de ggz worden kapitaallasten vanaf 2012 (met een overgangperiode tot 2018) niet meer op basis van nacalculatie vergoed, maar als onderdeel van een integraal tarief (NZa- beleidsregel CA-BR-1613a).

toelichting in het besluit staat dat los van het uitgangspunt dat de minister van Justitie (DForZo) als inkoper van fz (in de praktijk) als eis stelt dat zorgaanbieders in het bezit zijn van een WTZI-toelating, om daarmee te waarborgen dat fz alleen kan worden geleverd door zorgaanbieders die ook zorg kunnen leveren in het kader van de Zvw of de AWBZ. Hoewel de minister van VWS formeel dus geen bevoegdheid heeft bij de toelating van fz-instellingen,²⁴⁴ kan hij in de praktijk hierdoor echter wel een bepalende rol spelen.

Voor het tweede domein van belendende regelgeving, de kwaliteit van zorg, kan voor de fz worden geconstateerd dat noch in de Wkz (Stb. 1996, 80), noch in het Ibzf (Stb. 2010, 875) hieromtrent uitzonderingen zijn bepaald. De in deze wetten en de Wet BIG (Stb. 1993, 655) geformuleerde eisen aan zorgaanbieders (en beroepsbeoefenaren in het geval van de Wet BIG), het toezicht hierop door de IGZ (of breder het Staatstoezicht op de volksgezondheid) en de handhaving daarvan gelden derhalve onverminderd. Daarnaast zijn de in subparagraaf 3.2.1.4 genoemde Wkcz (Stb. 1995, 308) en, voor zover DForZo bij de inkoop van fz inderdaad als eis stelt dat zorgaanbieders in het bezit zijn van een WTZI-toelating, de Wmcz (Stb. 1996, 204) relevant. Gelet op de in de Pbw en de Bvt geregelde medezeggenschap en klachtrecht (zie hierna), betekent dit onder meer dat zorgaanbieders met verschillende rechtsposities en procedures te maken hebben.²⁴⁵

Met betrekking tot het derde domein van belendende regelgeving, is in verband met de financiering relevant dat een belangrijk deel van de kosten van fz (tbs-klinieken)²⁴⁶ in 2006 was opgenomen in de justitiebegroting en voor 80% verhaald op het AFBZ (TK, 2005-2006a, p. 140).²⁴⁷ Voor de financiering van de fz is, anders dan de ggz, de Cw 2001 van toepassing.

244. Fz-instellingen bestaan niet als zodanig, uitgezonderd FPC's die wel zuiver forensisch (kunnen) zijn. De overige instellingen, die fz leveren in een FPA/FVA of FPK/FVK, maken deel uit van reguliere ggz-instellingen. In dit proefschrift wordt de term fz-instellingen gebruikt als verzamelnaam voor FPC's, PPC's, FPK's, FPA's, FVK's, FVA's, RIBW, fz in reguliere ggz, vz en vgz (zie verder bijlage 2).

245. In een thematische wetsevaluatie van (destijds) bestaande en voorgenomen wetgeving op het terrein van gedwongen zorg worden verschillen geconstateerd tussen (onder meer) de BOPZ-sector en de forensische sector die niet altijd zijn terug te voeren op doelstellingen van achterliggende wetgeving (Legemaate et al., 2014, p. 10). De onderzoekers bepleiten harmonisatie van wetgeving: "Doordat er in instellingen cliënten, patiënten . . . met diverse juridische titels en rechtsposities verblijven, ontstaat er soms lastig uit te leggen ongelijkheid in de rechtspositie van cliënten, patiënten . . . Deze ongelijkheid is lang niet altijd inhoudelijk gemakkelijk te rechtvaardigen. Het zou daarom wenselijk zijn de interne rechtspositie zo veel mogelijk te harmoniseren." (p. 10, zie ook p. 213)

246. In de onderzoeksperiode verstrekt de minister van Justitie een subsidie voor de exploitatiekosten van justitiële particuliere tbs-instellingen (art. 73 Bvt). Sinds de inwerkingtreding van het Ibzf wordt, met uitzondering van rijksinstellingen (die rechtstreeks uit de begroting worden gefinancierd), fz geleverd en bekostigd op basis van contracten. Afspraken over de te leveren producten en de daarbij behorende tarieven zijn in het contract opgenomen (toelichting Ibzf).

247. De verdeelsleutel moest uitdrukken dat de terbeschikkingstelling voor 80% verpleging was en voor 20% beveiliging; de verantwoordelijkheidsverdeling was navenant (Van der Wolf, 2012, p. 124). Er zijn justitiële en niet-justitiële tbs-inrichtingen. De Bvt is volledig van toepassing op justitiële inrichtingen. Bij niet-justitiële inrichtingen geldt de Bvt waar het de externe rechtspositie van ter beschikking gestelden en de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) waar het de interne

Voor de fz is relevant dat een baten-lastendienst, zoals DJI, een afzonderlijk onderdeel vormt van de departementale begroting en dat de minister van Financiën bevoegd is om nadere regels hiervoor te stellen (art. 10, 11, 18 Cw 2001). Begin 2006 gelden hiervoor diverse regelingen.²⁴⁸ Eind 2015 werd de Regeling agentschappen (Stcrt. 2012, 20668) van kracht.

Het vierde, unieke domein van belendende regelgeving betreft de strafrechtelijke context waarin de fz plaatsvindt. Een strafrechtelijke titel is immers een voorwaarde, een *conditio sine qua non*, zonder welke fz-verlening niet aan de orde is.²⁴⁹ De van toepassing zijnde regelgeving is vastgelegd in het Wetboek van Strafrecht (WvSr), het Wetboek van Strafvordering (WvSv), de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt), de Penitentiaire beginselenwet (Pbw), de Penitentiaire maatregel (Penm), de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing gedetineerden (Rspog) en de Gratiwet (Gratw, Stb. 1987, 598). Relevant op deze plaats is dat in het WvSv onder meer de bevoegdheden van de officier van justitie (OvJ) en de rechter-commissaris (RC) zijn vastgelegd bij de vervolging van strafbare feiten en de eventueel voorwaardelijke afdoening daarvan. In het WvSr is vastgelegd onder welke voorwaarden en in welke mate de rechter straffen (zoals geldboete, taakstraf of gevangenisstraf) en maatregelen (zoals plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of ISD en tbs-maatregel) al dan niet voorwaardelijk kan opleggen. In de Bvt zijn onder meer de verplichtingen en bevoegdheden van de minister van Justitie en hoofden van tbs-klinieken vastgelegd ten opzichte van elkaar en ten opzichte van ter beschikking gestelden, waaronder de inrichting van een verpleegdenraad in verband met medezeggenschap en van beklag- en beroepscommissies²⁵⁰ tegen beslissingen van de directeur van een inrichting en van de minister. Het Reglement verpleging ter beschikking gestelden bevat een verdere uitwerking daarvan.²⁵¹ De Pbw bevat verplichtingen en bevoegdheden van de minister van Justitie, hoofden van PI's en

rechtspositie van ter beschikking gestelden betreft. De niet-justitiële inrichtingen werden in 2006 direct uit het AFBZ gefinancierd, waarbij Justitie overeenkomsten met de inrichtingen sloot die waren ontleend aan de systematiek van het College Tarieven Gezondheidszorg (DJI, 2006, p. 99).

248. Begin 2006 betreft dit de regelingen Leen- en depositofaciliteit agentschappen 2003, Vermogensvoorschriften baten-lastendiensten 2001; paragrafen 6.2 tot en met 6.4.2 van bijlage 3 van de Regeling departementale begrotingsadministratie 1997 en de circulaire Jaarverslagen van dienstonderdelen 1996 (kenmerk DAR96/112m). Deze regelingen werden ingetrokken bij de invoering van de Regeling Baten-lastendiensten 2007, die werd vervangen door de Regeling baten-lastendiensten 2011, die werd vervangen door de Regeling agentschappen (Stcrt. 2012, 20668) die eind 2015 geldt.

249. Er zijn nog enkele andere titels op grond waarvan fz kan worden bekostigd. Dit betreft bekostigingsgrondslagen waarbij een strafrechtelijke titel te verwachten valt (zoals voorgenomen indicatiestelling en verdiepingsdiagnostiek, zie hierna voor volledig overzicht).

250. Dit betreft Commissies van Toezicht, die door de minister van Justitie voor een justitiële inrichting wordt ingericht, en beroepscommissies van de RSJ.

251. In het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Stb. 1997, 217) worden onder meer voorwaarden geformuleerd op grond waarvan de minister van Justitie een psychiatrisch ziekenhuis als particuliere instelling voor verpleging van ter beschikking gestelden kan aanwijzen (art. 2 Rvt) en deze aanwijzing kan intrekken (art. 3 Rvt).

selectiefunctionarissen²⁵² ten opzichte van elkaar en ten opzichte van gedetineerden, waaronder de inrichting van een regelmatig overleg met gedetineerden en van beklag- en beroepscommissies tegen beslissingen van de directeur en de selectiefunctionaris. De Penm en de Rspog bevatten een verdere uitwerking daarvan. In de Gratiwet is tot slot vastgelegd in welke gevallen gratie kan worden verleend en dat hierover op voordracht van de minister van Justitie bij Koninklijk Besluit wordt beslist.

In de toelichting op het Ibzf zijn 21 strafrechtelijke titels opgenomen op grond waarvan fz kan worden verleend (in volgorde volgens het Ibzf):²⁵³

1. strafrechtelijke machtiging [tot plaatsing veroordeelde in een psychiatrisch ziekenhuis in verband met ontoerekeningsvatbaarheid] (art. 37 jo 39 WvSr);
2. tbs met dwangverpleging (art. 37a jo 37b WvSr);
3. tijdelijke plaatsing [ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde in] psychiatrisch ziekenhuis (13 Bvt);
4. overplaatsing [ter beschikking gestelde of anderszins verpleegde] naar een psychiatrisch ziekenhuis (14 Bvt);
5. tbs [met dwangverpleging] met proefverlof (art. 51 Bvt);
6. plaatsing [van voorlopig gehechte verdachte in een psychiatrisch ziekenhuis of inrichting bestemd tot klinische observatie] vanwege pro-Justitia rapportage (art. 196/ 317 WvSv);
7. voorwaardelijke beëindiging van de [tbs met dwang]verpleging van overheidswege (art. 38g WvSr);
8. tbs met voorwaarden (art. 38a WvSr);
9. voorwaardelijke veroordeling [tot gevangenisstraf] (art. 14a WvSr);
10. sepot [van vervolging] met voorwaarden (art. 167/ 244 WvSv);
11. schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 WvSv);
12. overbrenging vanuit gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 15 lid 5 Pbw);
13. overbrenging vanuit gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 lid 3 Pbw);
14. plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders met voorwaarden (art.38p WvSr);
15. plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38m WvSr jo art. 44 b tot en met 44 q Penm);
16. penitentiair programma met zorg (art. 5 jo 7 Penm);
17. interne overplaatsing naar inrichting of afdeling [zoals PPC] in het gevangeniswezen (art. 15 lid 1 Pbw);
18. poliklinische verrichtingen door ggz in het gevangeniswezen (art. 42 Pbw);

252. Een selectiefunctionaris is een door de minister van Justitie aangewezen persoon die is belast met de plaatsing en overplaatsing van gedetineerden (art. 15 lid 3 Pbw).

253. Eind 2015 zijn er 25 fz-titels. Genoemde strafrechtelijke titels voor (bekostiging van) fz zijn dan aangevuld met voorgenomen indicatiestelling, zorg in het kader van forensisch psychiatrisch toezicht (bij proefverlof en voorwaardelijke beëindiging) en verdiepingsdiagnostiek. De voorgenomen indicatiestelling is kort na de inwerkingtreding van het Ibzf als 'bekostigingsgrondslag' toegevoegd op basis waarvan de 3RO "in uitzonderlijke gevallen kan indiceren voor zorg wanneer er nog geen sprake is van een van de strafrechtelijke titels" (VenJ, 2012, p. 137).

19. voorwaardelijke invrijheidsstelling [van gedetineerde] met bijzondere voorwaarden (art. 15a WvSr);
20. voorwaardelijke gratieverlening [veroordeelde] (art. 13 Gratw jo. 558 WvSv);
21. strafbeschikking met aanwijzingen [van OvJ voor veroordeelde] als bedoeld in artikel 257a, lid 3, WvSv.

Uit de opsomming van strafrechtelijke titels, en de strekking daarvan, kan worden opgemaakt dat fz kan worden verleend in alle fasen van het strafrechtelijk traject. Dit betreft derhalve zowel zorg aan personen die enkel nog worden verdacht van een strafbaar feit (6, 11) of waarbij de vervolging daarvan onder voorwaarden wordt geseponeerd (10) als aan personen die strafrechtelijk zijn veroordeeld door ofwel een OvJ (21) ofwel een rechter (overige titels). In een enkel geval is sprake van een veroordeling door de rechter zonder oplegging van straf of maatregel in verband met ontoerekeningsvatbaarheid (1). Vaak vindt fz plaats tijdens de uitvoering van de sanctie (2, 3, 4, 5, 8, 12, 13, 15 tot en met 18, 21), in andere gevallen is sprake van zorgverlening als voorwaarde om een (zwaardere) sanctie te voorkomen (9, 10, 11, 14) of om een opgelegde sanctie te beëindigen (7, 19, 20). Samenhangend met de verschillen in zwaarte van de strafrechtelijke titel verschillen de procedures en de betrokkenheid van actoren bij de oplegging en uitvoering daarvan. Alleen een rechter kan een vrijheidsbenemende gevangenisstraf of maatregel opleggen.²⁵⁴ In de aangehaalde wetgeving is vastgelegd wie, wanneer, waarover in dit verband dient te beslissen. De strafrechtelijke titel als kader voor het verlenen van fz heeft daarmee tot gevolg dat, afhankelijk van het betreffende strafrechtelijk traject, op enig moment officieren van justitie, rechter-commissarissen, rechters, de minister van Justitie, selectiefunctionarissen, directeurs van PI's of zorginrichtingen of (bij voorwaardelijke gratieverlening) de Kroon kunnen beslissen dat, waar en hoe een justitiabele fz krijgt dan wel dat deze wordt beëindigd. In regelgeving is bovendien vastgelegd welke (andere) actoren zijn betrokken bij de advisering over de aard van de sanctie en daarmee over de fz-verlening (zoals reclasseringsmedewerkers en gedragskundigen van NIFP), het toezicht op de justitiabele bij de uitvoering van de fz als voorwaarde bij sanctie (directeurs van inrichtingen, toezichthouders reclassering, officieren van justitie) en de bewaking van de rechtspositie van justitiabelen via medezeggenschap (verpleegdenraad, gedetineerdenoverleg) en het beklag en beroep tegen beslissingen van een directeur in een inrichting of selectiefunctionaris (beklag- en beroepscommissies). Een vergelijking van de strafrechtelijke titels aan het begin en aan het einde van de onderzoeksperiode²⁵⁵ leert dat deze begin 2006 reeds bestonden (met uitzondering van 21) en sindsdien deels (1, 3, 4, 6, 9, 12, 13, 15 tot en met 18) niet zijn veranderd. Voor zover zich

254. De OvJ kan een strafbeschikking uitvaardigen bij misdrijven waarvoor naar de wettelijke omschrijving gevangenisstraf is gesteld van niet meer dan zes jaar maar daarbij geen vrijheidsstraf opleggen (wel taakstraffen, geldboete en maatregelen zoals onttrekking aan het verkeer, met daarbij aanwijzingen voor gedrag waaraan de verdachte moet voldoen (art. 257a WvSv).

255. Inventarisatie van (wijzigingen in) de betreffende regelgeving via <http://wetten.overheid.nl> tussen begin 2006 en ultimo 2015 door vergelijking van: WvSr versies van 1-2-2006 en 17-11-2015; WvSv versies van 1-2-2006 en 17-11-2015; Bvt versies van 1-7-2005 en 1-7-2015; Pbw versies van 1-2-2006 en 1-7-2015; Pm versies van 1-1-2006 en 1-1-2015; Gratw versies van 1-7-2005 en 1-1-2015.

wijzigingen hebben voorgedaan, hebben deze voornamelijk betrekking op (voor volledig overzicht zie tabel B.3):

- verlenging van de totale duur van de voorwaardelijke beëindiging tbs (Stb. 2007, 465) en daarmee van de duur dat fz als voorwaarde kan worden opgelegd, met ingang van 1 januari 2007 (dit geldt voor 7);
- introductie van de strafbeschikking met ingang van 1 februari 2008 (Stb. 2006, 330). Hiermee zijn de mogelijkheden verruimd voor de buitengerechtelijke afdoening van strafzaken (door de OvJ in plaats van door de rechter) en daarmee voor aanwijzingen voor gedrag (dit geldt voor 10 en 21);²⁵⁶
- uitbreiding van de doelgroep en of toepassing van voorwaardelijke sancties door invoering van een voorwaardelijke in plaats van vervroegde invrijheidsstelling met ingang van 1 februari 2008 (Stb. 2007, 500; betreft 19);²⁵⁷
- aanpassing van voorwaardelijke veroordeling en voorwaardelijke invrijheidsstelling via de Wet voorwaardelijke sancties (Stb. 2011, 545; betreft 7, 8, 14, 20 en 21) en invoering van rechterlijk gebieds- of contactverbod als vrijheidsbeperkende maatregel (Stb. 2011, 546; betreft 20), beide met ingang van 1 april 2012. Vanaf dat moment zijn de op te leggen bijzondere voorwaarden verruimd met onder meer de opnemings in een zorginstelling, de verplichting zich onder behandeling te stellen van een deskundige of een zorginstelling en het verblijf in een instelling voor begeleid wonen of maatschappelijke opvang (Stb. 2011, 545).²⁵⁸ Leerstraf wordt als zelfstandige hoofdstraf opgeheven en gaat op in de voorwaardelijke straf als bijzondere voorwaarde. De rechter kan de reclassering opdracht geven toezicht te houden op naleving van de bijzondere voorwaarden;
- overige, in het kader van deze studie inhoudelijk niet relevante, aanpassingen in het sanctiebeleid met het oog op een meer betrouwbare vaststelling van de identiteit van de verdachte of veroordeelde (Stb. 2009, 317), versterking van de positie van het slachtoffer (Stb. 2010, 1), van de positie van jeugdigen (Stb. 2013, 485) of vanwege internationale verplichtingen (Stb. 2007, 354; Stb. 2009, 124; Stb. 2009, 525; Stb. 2010, 200; Stb. 2012, 533; Stb. 2013, 85).

Gezamenlijk leiden deze wijzigingen ertoe dat aan het einde van de onderzoeksperiode (ultimo 2015) er meer wettelijke mogelijkheden zijn dan aan het begin van de onderzoeksperiode (begin 2006) om fz, al dan niet voorwaardelijk, op te leggen. De doelgroep van personen die fz

256. Een strafbeschikking is geen voorwaardelijke sanctie maar een afdoeningswijze die aanwijzingen kan bevatten "het gedrag van een verdachte betreffend" waaraan deze gedurende een proeftijd van ten hoogste een jaar moet voldoen (artikel 257a WvSv, lid 3e).

257. De directeur van de PI en eventueel de reclassering adviseren over de bijzondere voorwaarden; het OM kan de gestelde bijzondere voorwaarden aanvullen, wijzigen of opheffen (art. 15a lid 6 en 7 WvSr).

258. Het openbaar ministerie (OM) en de reclassering zijn belast met het toezicht op naleving van de opgelegde voorwaarden (art. 14d en 15b WvSr). Bij verdenking van niet-naleving van de voorwaarden bij een vrijheidsstraf kan het OM de aanhouding van de justitiabele bevelen en bij de rechter-commissaris uitvoering van de niet-uitgevoerde vrijheidsstraf vorderen (art. 14fa WvSr). Deze kan onder meer besluiten de straf alsnog (gedeeltelijk) uit te voeren, met instandhouding of wijziging van de voorwaarden (art. 14g WvSr).

kregen (voornamelijk ter beschikking gestelden en gedetineerden) is derhalve formeel (aanzienlijk) uitgebreid met verdachten en personen met een voorwaardelijke sanctie.

3.3.1.3 Lagere regelgeving

Inventarisatie van lagere regelgeving op het terrein van de fz in de onderzoeksperiode levert het hiervoor beschreven Ibz en zes ministeriële regelingen op.²⁵⁹ Voor deze studie zijn daarvan met name de Aanwijzing inzake invoering prestatiebekostiging in de forensische zorg (Stcrt. 2012, 22537) en de Interimregeling aanwijzing forensische zorg (Stcrt. 2014, 37132) relevant.²⁶⁰

Op grond van de in 2013 in werking getreden Aanwijzing prestatiebekostiging merkt de minister van VWS de minister van Justitie met betrekking tot de inkoop van fz aan als zorgverzekeraar en verplicht daarbij de NZa om beleidsregels, maximumtarieven en een transitieplan voor de fz vast te stellen.²⁶¹ Via de Interim-regeling aanwijzing forensische zorg is geregeld dat zorg, die met ingang van 1 januari 2015 niet vanuit de (dan vervallen) AWBZ wordt overgeheveld naar de Wlz of de Zvw, tot aan de inwerkingtreding van de Wfz toch onder de definitie van fz blijft vallen. Dit betreft begeleiding, beschermd wonen en bepaalde vormen van behandeling.

3.3.2 Forensische zorgketen en strafrechtketen

In deze paragraaf wordt, vergelijkbaar met de eerdere beschrijving van zorgketen in de ggz, ingegaan op de fz-keten. Aangezien fz in alle fasen van het strafproces kan worden opgelegd en in die zin mede vanuit de strafrechtketen wordt aangestuurd, volgt ook daarvan een (korte) schets.

Zoals uit de vorige paragraaf kan worden opgemaakt, wordt in 2006 niet gesproken van een (functionerende) fz-keten. Een groot deel van het hierna beschreven fz-aanbod bestaat dan weliswaar (Jongebreur & Goedvolk, 2008) en wordt op grond van NZa-beleidsregels voor ggz gebudgetteerd (CA-76 en opvolgers daarvan), maar "lacunes in de samenwerking en afstemming tussen onder meer zorginstellingen en justitie ten aanzien van verslaafde,

259. Inventarisatie op basis van <http://wetten.overheid.nl> van jaarlijks geldende regelgeving (wetten, amvb's en ministeriële regelgeving) in de onderzoeksperiode (vanaf peildatum 1 januari 2006 tot en met 1 december 2015) met trefwoord 'forensische zorg' in de titel. Zoeken met trefwoorden 'zorg strafrechtelijk kader' of 'zorg justitieel kader' levert geen hits op.

260. Naast de in de genoemde regelingen komen bij bedoelde inventarisatie naar voren: Instellingsbesluit Landelijke adviescommissie plaatsing longstay forensische zorg (Stcrt. 2012, 8977); Vergoedingsbesluit Landelijke adviescommissie plaatsing longstay forensische zorg (Stcrt. 2014, 28456); Mandaatregeling Nederlands Forensisch Instituut (Stcrt. 2013, 27869); Besluit van de Minister van Veiligheid en Justitie, kenmerk 604498 d.d. 22 februari 2015, houdende toestemming tot het verstrekken van justitiële gegevens aan behandelaars van bij de Pilot Terugkoppeling Recidive betrokken forensische zorgaanbieders (Stcrt. 2015, 10919).

261. Dit gebeurt onder meer via (opvolgers van) de Regeling Declaratiebepalingen DBBC's FZ (Stcrt. 2012, 24621), Regeling Declaratiebepalingen prestaties ZP's en extramurale parameters FZ (Stcrt. 2015, 19846), Regeling verplichte aanlevering minimale dataset FZ (Stcrt. 2012, 24623) en Regeling Verplichte accountantscontrole kostprijzen forensische zorg (Stcrt. 2012, 26414).

psychisch gestoorde of geestelijke gehandicapte gedetineerden” vormden een belangrijke overweging in de motie-Van de Beeten (EK, 2003-2004) en de naar aanleiding daarvan in gang gezette overheveling vanuit de AWBZ naar Justitie (paragraaf 1.1). In de beleidsvisie ggz uit 2006 (TK, 2005-2006e) wordt geconstateerd:

Voor mensen die (mede) als gevolg van een psychische stoornis niet alleen een gevaar dreigen te veroorzaken maar een strafbaar feit hebben gepleegd is een circuit van gevangenisstraf en gedwongen behandeling in strafrechtelijke zin ontwikkeld . . . In het netwerk voor deze doelgroep spelen de ggz, verslavingszorg, Justitie, de maatschappelijke opvang en de rechterlijke macht een rol. In het netwerk blijken witte vlekken op te treden. De rechtspraak sluit niet aan bij het beschikbare (zorg)aanbod, en de continuïteit van zorg wordt niet geborgd in de overgang van tbs-kliniek naar de ggz en naar opvang daarna.
(p. 9)

De knelpunten in de continuïteit van zorg hebben daarmee met name betrekking op ter beschikking gestelden. (Ook) Van Vliet (2006, p. 125) heeft het over deze doelgroep wanneer hij in zijn proefschrift constateert: “gezien de stand van de ontwikkelingen van de forensische samenwerking en circuitvorming moet worden vastgesteld dat deze in onvoldoende mate beantwoordt aan de eis dat de forensische patiënt [ter beschikking gestelde] op het juiste moment kan beschikken over de juiste behandelvoorziening met het juiste beveiligingsniveau. Verdere pogingen om deze samenwerking en circuitvorming zich op organische wijze, vanuit de betrokken organisaties, te laten voltrekken zouden mijns inziens kunnen worden gestaakt.” Daarnaast wijst hij op beperkingen in het aanbod van de instelling: “Wat in het algemeen opvalt is dat bij het afbreken van behandelingen geen of beperkte nazorg wordt gegeven. . . . Er lijkt vaak te grote waarde te worden gehecht aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt” (Van Vliet, 2006, p. 117). Ook anderen leggen een relatie met het functioneren van de reguliere ggz die sinds de jaren negentig steeds minder een gesloten karakter heeft en waarvan hun ‘asielfunctie’ op de achtergrond is geraakt voor patiënten die zich niet aan de regels willen houden: “Men is dan niet in staat om een geschikte plaats te bieden [in de reguliere ggz] waar voldoende waarborgen zijn voor beveiliging en controle. Het enige alternatief lijkt dan te zijn dat de patiënt na ernstige verstoring van de openbare orde of het plegen van een delict in de forensische psychiatrie belandt” (Lucieer, 2006, p. 70; zie ook Zwemstra, 2009, p. 173).

Aan het einde van de onderzoeksperiode bestaat een scala aan klinische en ambulante forensische voorzieningen (zie tabel 3.2). De Regeling DBBC’s FZ (Stcrt. 2014, 20240) onderscheidt:

- behandeling met en zonder verblijf;
- begeleiding met verblijf zonder [beveiliging en] behandeling;
- ambulante begeleiding.

In de bekostigingssystematiek van behandelzorg worden zeven verblijfsintensiteiten (de mate van verzorgingsgraad) en vier beveiligingsniveaus onderscheiden. Voor begeleiding met verblijf zijn er dertien ZZP’s, waarvan zes voor de ggz-doelgroep en zeven voor verstandelijk gehandicapten (DForZo, 2013, p. 13; NZa, 2015a, p. 14). Bij de bekostiging van de fz-

instellingen vindt in de onderzoeksperiode daarmee een overgang plaats van “functiegerichte bekostiging naar prestatiebekostiging” waardoor in de overgangperiode “Naast productieafspraken in budgetparameters, tenderafspraken en normtarieven voor het gevangeniswezen, (prestatie)afspraken [worden] gemaakt in DBBC’s, ZZP’s en extramurale (AWBZ)zorgparameters” (NZa, 2013b, p. 23).²⁶² Voor de behandelenzorg zijn de jaren 2013 tot en met 2015 als transitieperiode aangehouden. De begeleiding met verblijf wordt zonder transitieperiode vanaf 2015 bekostigd op basis van ZZP’s en de ambulante begeleiding op basis van extramurale parameters (NZa, 2015a, pp. 7, 18).²⁶³ Tabel 3.2 geeft een overzicht van het type fz-aanbod in 2015.²⁶⁴ De variaties in intensiteit binnen en tussen deze zorgaanbieders blijven hierbij buiten beschouwing. Bijlage 2 biedt een inhoudelijke beschrijving per fz-type.

Tabel 3.2 Fz-instellingen naar type fz en beveiligingsniveau

Type fz	Fz-instelling	
Behandeling	Ambulant	FPP, FACT, sglvg, ggz, vz, vgz
	Klinisch, naar beveiligingsniveau:	
	1 (zeer) laag	Ggz, vz
	2 gemiddeld	FPA, FVA, sglvg(+)
	3 hoog	FPC, FPK, FVK
	4 zeer hoog	FPC, PPC
Begeleiding	Ambulant	FPP, sglvg, ggz, vz, vgz
	Verblijf	RIBW, vgz

Bronnen

NZa (2015a, pp. 69-70, 74-75) en DJI (2014a), bewerkt.

Toelichting

FACT= Flexible Assertive Community Treatment; FPA= Forensisch Psychiatrische Afdeling; FPK= Forensisch Psychiatrische Kliniek; FPP= Forensisch Psychiatrische Polikliniek; FVA= Forensische Verslavingsafdeling; FVK= Forensische Verslavingskliniek; sglvg= sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt

262. De NZa vat bekostiging op als “het daadwerkelijk afrekenen op basis van geleverde zorgprestaties” en financiering als “de opbrengsten uit het factureren van de zorgprestaties [die] leiden tot de inkomsten van de zorgaanbieders” (NZa, 2017a, p. 7).

263. ZZP’s houden een bekostiging in op basis van een bedrag per dag; bij extramurale parameters worden bedragen per tijdseenheid vergoed (NZa, 2017a, p. 5).

264. Tabel 3.2 is gebaseerd op de Marktscan 2014 van de NZa (2015a) en de Kenniskaart forensische zorg van DJI (2014a) met betrekking tot 2014. Verondersteld wordt dat eventuele veranderingen in het zorgaanbod in 2015 beschreven zouden zijn door de NZa in de Marktscan 2015 (2016c) of door DJI (2016a) indien dit aan de orde zou zijn.

Tabel 3.2 en de beschrijving in bijlage 2 laten zien dat aan het einde van de onderzoeksperiode een uitgebreid fz-aanbod bestaat.²⁶⁵ Daarbij wordt deels gebruikgemaakt van de reguliere zorg (ggz, vz en vgz), deels betreft het gespecialiseerde voorzieningen binnen deze reguliere zorg (FPK, FVK, FPA, FVA, FPP, sglvg). De meeste fz-instellingen betreft (onderdelen van) particuliere inrichtingen (NZa, 2013b, p. 18). De verschillende typen zorgaanbieders bieden mogelijkheden tot doorstroming van bijvoorbeeld zware verblijfszorg met behandeling naar lichtere typen, zoals van een FPC of PPC naar een FPK of FPA, of van een zorginstelling naar een RIBW. FPA's en FVA's zijn opgezet als voorziening tussen de hoger beveiligde zorgaanbieders en de reguliere zorg en een RIBW kan als voorziening tussen verblijf in een meer gesloten setting en de samenleving worden gezien. De continuïteit van zorg is echter nog steeds een probleem (zie verder subparagraaf 5.5.1).

Een bijzonder kenmerk van de fz-keten is dat fz-instellingen aan het einde van de onderzoeksperiode niet zelfstandig kunnen besluiten om een patiënt door te verwijzen naar een andere (forensische) zorgaanbieder. De indicatiestelling wordt uitgevoerd door (NZa, 2013b, p. 20, zie ook paragraaf 3.3.1.1):

- NIFP (IFZ): klinische zorg buiten het gevangeniswezen en voor beschermd wonen na klinisch verblijf;
- 3RO: alle ambulante zorg en beschermd wonen in voorwaardelijke trajecten, met uitzondering van beschermd wonen na klinisch verblijf;
- het Psychomedisch overleg (PMO) indiceert klinische en ambulante zorg binnen het gevangeniswezen fz voor gedetineerden.

Voor plaatsing van justitiabelen in fz zijn verantwoordelijk (NZa, 2013b, p. 21):

- 3RO: ambulante fz;
- NIFP: klinische fz, exclusief tbs met dwangverpleging;
- PMO: ambulante fz binnen het gevangeniswezen;
- Bureau selectiefunctionaris: klinische fz binnen PPC's;
- DForZo, afdeling plaatsing: tbs met dwangverpleging;
- Ministerie van Justitie/ het Forensisch Plaatsingsloket: eindverantwoordelijk voor plaatsing, bevoegdheid om te interveniëren en bemiddelen om zo toch tot een plaatsing te komen.

Samenhangend met de strafrechtelijke titel op grond waarvan de justitiabele fz krijgt, is in regelgeving vastgelegd welke (justitiële) actor hierbij een adviserende en besluitvormende rol heeft (zie subparagraaf 3.3.2.1). Fz vindt namelijk plaats binnen en wordt aangestuurd vanuit de strafrechtketen. In elke fase van de strafrechtketen vindt door beslissingen van politie, OvJ, rechter-commissarissen en rechters een selectieproces plaats (zie kader 9). Mede door dit selectieproces leidt een beperkt deel van de (geregistreerde) criminaliteit tot

265. In hoeverre dit afwijkt van 2006, is onderwerp van (een deel) van het empirisch onderzoek (hoofdstuk 5). Ten opzichte van de inventarisatie over 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008) zijn (F)ACT, forensische verslavingsafdelingen en -klinieken alsmede forensische RIBW's nieuwe voorzieningen.

vrijheidsbeperkende of vrijheidsbenemende straffen en maatregelen, die de basis (kunnen) vormen voor fz.

Strafrechtketen

Kader 9

"De strafrechtketen bestaat uit organisaties die samen de rechtshandhaving verzorgen: van opsporing via vervolging en berechting tot en met de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen. Wanneer de politie kennisneemt van een misdrijf kan de politie overgaan tot opsporing en proberen bewijzen te verzamelen en de verdachte te vinden. De politie kan een zaak, indien daartoe gemachtigd door het Openbaar Ministerie (OM), afdoen met een sepot, Halt-verwijzing, transactie of reprimande. Andere zaken worden, gezien hun ernst en de bewijsbaarheid, ter vervolging aangeboden aan het OM. Het OM kan vervolgens besluiten, al dan niet onder voorwaarden, een zaak niet verder te vervolgen (seponeren), de zaak zelf af te doen (transactie of strafbeschikking) of de zaak voor te leggen aan de rechter. De rechter doet daarna een uitspraak, waartegen OM en/of verdachte, onder voorwaarden, in beroep kunnen gaan. De definitieve uitspraken en afdoeningen zoals boete, gevangenisstraf, taak- of werkstraf worden vervolgens ten uitvoer gelegd door het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB), de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK), Halt en de reclassering." (Algemene Rekenkamer, 2012, p. 4)

3.3.3 Actoren en rollen in de forensische zorg

In deze paragraaf wordt in verband met de focus op sturende en uitvoerende actoren in deze studie, net zoals bij de ggz in subparagraaf 3.2.3, samengevat welke actoren in de fz in dat opzicht bepalend zijn in de onderzoeksperiode. Voor de stelselwijziging (2006) heeft fz betrekking op zorg aan ter beschikking gestelden en gedetineerden die vanwege een psychische stoornis in een FPC of psychiatrisch ziekenhuis werden geplaatst. De overige fz valt formeel dan nog onder reguliere zorg, zoals de ggz (zie tabel 3.1). Aan het einde van de onderzoeksperiode (2015) is de doelgroep van personen die fz krijgen wettelijk aanzienlijk uitgebreid met personen die van een strafbaar feit worden verdacht en/of een voorwaardelijke sanctie opgelegd krijgen met fz als bijzondere voorwaarde (zie subparagraaf 3.3.1.2). Tabel 3.3 biedt een schematisch overzicht van de relevante actoren in de peiljaren. In de tabel wordt, net zoals eerder bij de ggz (tabel 3.1), tot uitdrukking gebracht dat sturing in de praktijk op verschillende niveaus (macro, meso en micro) voorkomt en dat behalve de voor het perspectief van deze studie relevante sturende en uitvoerende actoren ook actoren met toezichthoudende en andere rollen kunnen worden onderscheiden. De eerstgenoemde actoren zijn onderscheiden naar het object waar het toezicht zich op richt: zorgmarkt, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en (anders dan de reguliere zorg) de verzekerde ofwel patiënt zelf. Het toezicht op zorgaanbieders is voorts gespecificeerd naar toezicht op (in hoofdzaak) tarieven en de (kwaliteit van) zorg.

Tabel 3.3 Wettelijke kaders en actoren in de fz (2006 en 2015)

Type actor		(Begin) 2006 (FPC en gw)		(Ultimo) 2015 (fz)	
		Kwaliteit	Beveiliging	Kwaliteit	Aard en omvang
Wettelijke basis		AWBZ	Cw 2001	Wkz, Wet BIG, Wkcz, Wmcz	Wlz, Cw 2001
Sturende actoren	Macro	Staten-Generaal Minister van VWS	Staten-Generaal Minister van Justitie	Staten-Generaal Minister van VWS	Staten-Generaal Minister van Justitie
	Meso	CVZ Zorgkantoren	DJI		DForZo
	Micro	Rechter RC	Minister van Justitie		Rechter RC, OvJ, Minister van Justitie
Uitvoerende actoren		Particuliere instellingen en rijksinstellingen fz		Particuliere instellingen en rijksinstellingen fz	
Toezicht- houdende actoren	Zorgmarkt	NMa, (CTG)	Staten-Generaal Algemene Rekenkamer Minister van Financiën	NZa (beperkt)	Staten-Generaal Algemene Rekenkamer Minister van Financiën
	ZorgaanbiedeV erzekeraar (tarieven)	CTG, CTZ	Staten-Generaal Algemene Rekenkamer Minister van Financiën	NZa (maxima tarieven)	Staten-Generaal Algemene Rekenkamer Minister van Financiën
	Zorgaanbieder (zorg en diensten)	IGZ Vertrouwenscie Kantonrechter	ISJ Klachtencie RSJ	IGZ	IVenJ Klachtencie RSJ Vertrouwenscie Kantonrechter
	Verzekerde (patiënt)		Directeur FPC Directeur PI OvJ	Directeur fz-instelling Directeur PI Toezichthouder reclassering, OvJ	
Overige actoren		Gedragdeskundigen NIFP Gw (PMO) Selectie-functionaris gw		Indicatiesteller (NIFP, PMO, 3RO) Selectie-functionaris gw Forensisch Plaatsingsloket Verzekeraar VGZ	
Belendende wetgeving		Gezw, Wtg, WTZi, Wet BIG, Wkz, Wmcz, Wkcz	WvSr, WvSv, Bvt, Pbw	Gezw, Wmg, WTZi	WvSv, WvSr, Gratw, Bvt, Pbw

Tabel 3.3 laat zien dat een groot aantal actoren betrokken is bij de sturing en uitvoering van de fz en dat hierin in de onderzoeksperiode vele veranderingen zijn opgetreden. Enerzijds hangt dit samen met de stelselwijziging, waardoor de verantwoordelijkheden van de ministers van VWS en Justitie en de hiermee samenhangende actoren zijn veranderd. Anderzijds heeft dit, zoals in subparagraaf 3.3.1.2 werd toegelicht, te maken met het feit dat de procedures bij de toeleiding naar zorg zijn veranderd, waardoor meer actoren in de strafrechtelijke keten betrokken zijn bij de (micro)sturing dan in 2006. Bovendien bestaan in 2015 organisaties zoals het CVZ, de NMa, het CTG, het CTZ en de Ist niet meer en zijn deze opgevolgd door respectievelijk het Zorginstituut, de ACM, de NZa en de Inspectie Veiligheid en Justitie (IvenJ). De rollen van de in de tabel genoemde actoren worden hierna op hoofdlijnen toegelicht.

De Staten-Generaal zijn verantwoordelijk voor de wetgeving en de financiële kaders voor zowel de gezondheidszorg als de strafrechtketen en in die zin te beschouwen als sturende actor op macroterrein voor de fz, net zoals de ministers van VWS en Justitie. In 2006 is de minister van VWS op macroniveau verantwoordelijk voor de zorg en de minister van Justitie voor zorg aan gedetineerden en de rechtspositie van ter beschikking gestelden in FPC's. In 2015 betreft de verantwoordelijkheid van de minister van VWS de kwaliteit van fz, terwijl de minister van Justitie verantwoordelijk is voor de sturing van het stelsel van fz.

De sturing op mesoniveau van particuliere FPC's lag in 2006 bij het CVZ en de zorgkantoren (namens zorgverzekeraars, zie subparagraaf 3.2.3). Aanvullend was de DJI verantwoordelijk voor de beveiliging ervan. In 2015 treedt DForZo namens de minister van Justitie op als fz-verzekeraar en is belast met de inkoop van de fz.

De sturing op microniveau vindt, anders dan bij de ggz, niet plaats in de relatie tussen zorgaanbieder en patiënt. De aard, timing en duur van het individuele zorgtraject wordt bij de fz niet door de verzekerde bepaald, maar door de actoren die de strafrechtelijke titel vastleggen of voor de uitvoering daarvan verantwoordelijk zijn. Zij zijn het die bepalen of en welke fz een justitiabele krijgt en, in 2015 met ondersteuning van het Forensisch Plaatsingsloket, bij welke zorgaanbieder. In 2006 heeft de fz formeel alleen betrekking op ter beschikking gestelden en personen die tot een vrijheidsstraf zijn veroordeeld maar vanwege psychische problemen in een psychiatrisch ziekenhuis worden geplaatst. Hierdoor waren destijds naast de rechter en rechter-commissaris, enkele functionarissen (selectief functionarissen in verband met plaatsing of overplaatsing van gedetineerden en medewerkers van Afdeling Plaatsing van de sectordirectie DJI) namens de minister van Justitie bij de sturing in een individueel traject betrokken. In 2015 is de doelgroep van fz uitgebreid en zijn, in verband met de introductie van strafbeschikkingen ook officieren van justitie, en afhankelijk van de strafrechtelijke titel, daarnaast andere functionarissen namens de minister van Justitie betrokken bij de sturing van fz op microniveau (zoals medewerkers van het Forensisch Plaatsingsloket en reclasseringsmedewerkers bij zorgtoeleiding naar een ambulante zorgverlener of plaatsing in een RIBW).

De fz-aanbieders worden beschouwd als de uitvoerende actoren. Voor een belangrijk deel betreft dit (onderdelen van) particuliere instellingen (subparagraaf 3.3.2).

Het toezicht op fz komt in 2006 deels overeen met die op de ggz (zie subparagraaf 3.2.3). Voor de aanvullende (budgettaire) verantwoordelijkheid in verband met beveiliging kunnen de minister van Financiën, de Algemene Rekenkamer en de Staten-Generaal als toezichthouders worden gezien. De ISt en de (latere) IVenJ vervult ten opzichte van zorgaanbieders een op de IGZ aanvullende toezichthoudende rol. In 2015 is de NZa in beperkte mate bevoegd toezicht te houden op de zorgmarkt en stelt zij maximumtarieven vast voor prestaties. Aanvullend kan ook in 2015 het (op doelmatigheid en rechtmatigheid gerichte) toezicht van de minister van Financiën, de Algemene Rekenkamer en de Staten-Generaal als toezicht op zorgmarkt en tarieven worden beschouwd. Kenmerkend voor fz is dat door (of namens) de directeur van de zorginstelling ook toezicht wordt gehouden op de patiënt zelf. Dit hangt samen met het strafrechtelijk kader waarbinnen de fz plaatsvindt. Voor de inhoudelijke beoordeling van klachten waren door zorgaanbieders in te richten vertrouwenscommissies (in het verlengde daarvan de kantonrechter) en klachtencommissies werkzaam.

Tot slot maakt tabel 3.3 duidelijk, zonder in dit opzicht volledigheid te willen suggereren, dat in wisselende mate ook andere actoren een rol spelen op het fz-terrein. Dit betreft actoren die betrokken zijn bij de indicatiestelling en plaatsing van fz-patiënten, zoals gedragskundigen (psychiaters en psychologen) van het NIFP die adviseren over eventuele oplegging van een tbs-maatregel of een andere klinische opname. De OvJ is, behalve met het opleggen van bijzondere voorwaarden als onderdeel van een strafbeschikking (in 2015), belast met het toezicht op voorwaardelijk gesanctioneerden. Zorgverzekeraar VGZ int de eigen bijdragen voor verblijf in de fz.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de minister van Justitie een belangrijke rol en verantwoordelijkheid heeft bij zowel de vraag naar als het aanbod van fz. Via strafrechtelijk wettelijk kader is in de onderzoeksperiode de doelgroep van fz formeel verruimd. Via actoren in de strafrechtketen wordt een bredere doelgroep dan voorheen naar fz toegeleid. Na de stelselwijziging is de minister van Justitie (eind)verantwoordelijk als zorgverzekeraar voor de inkoop van zorg, als fz-aanbieder (in PPC's en rijks-FPC's) voor het leveren van zorg en op casusniveau voor de toeleiding van justitiabelen naar een fz-instelling. De verantwoordelijkheid en rol van de minister van Justitie ten aanzien van fz gaat daarmee (veel) verder dan de in paragraaf 3.2 beschreven systeemverantwoordelijkheid van de minister van VWS bij ggz. De relatie tussen de minister van Justitie en een fz-patiënt wijkt bovendien af van die tussen de minister van VWS en een (reguliere) ggz-patiënt.

4 Onderzoeksopzet

4.1 Inleiding

Na de beschrijving in de vorige hoofdstukken van de probleemstelling, de onderzoeksvragen, het theoretisch kader en het onderzoeksterrein, komt in dit hoofdstuk de opzet van het empirisch onderzoek aan de orde. Dit empirisch onderzoek is gericht op het vaststellen en verklaren (begrijpen) van de effecten van de stelselwijziging fz in 2007 van VWS naar Justitie en de daarmee gepaard gaande verandering van sturing.

De empirische onderzoeksvragen luiden:

4. In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) forensische zorg, vergeleken met de situatie daarvoor?
5. In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in verklarende theoretische variabelen, vergeleken met de situatie daarvoor?
6. Welke alternatieve verklaringen zijn er voor de geconstateerde veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van forensische zorg?
7. In hoeverre zijn de na de stelselwijziging geconstateerde verschillen in kwaliteit, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) forensische zorg terug te voeren op deze theoretische en alternatieve verklaringen?

Bij de bestudering van de bestuurskundige NWB is de legitimiteit van een systeem als relevante aanvullende te verklaren variabele naar voren gekomen (paragraaf 2.4). Gelet op de probleemstelling, onderzoeksvragen en haalbaarheid blijft deze variabele in het empirische onderzoek echter buiten beschouwing.

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden wordt de situatie kort vóór de stelselwijziging fz vergeleken met de situatie zo lang mogelijk erna. Een belangrijk gegeven daarbij is dat de fz in 2006 formeel nog niet als zodanig werd geregistreerd, met uitzondering van de zorg aan ter beschikking gestelden in FPC's. Analooq aan de formele definitie van fz in 2015, maar rekening houdend met het destijds geldende juridische kader, wordt fz in 2006 in deze studie daarom opgevat als:²⁶⁶

Zorg als omschreven in de AWBZ voor zover het geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg betreft, die wordt verleend aan een justitiabele met een psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, verslaving daaronder begrepen, of een verstandelijke handicap, en die al dan niet als een voorwaarde, onderdeel uitmaakt van een straf of een maatregel, of van de tenuitvoerlegging van een straf of maatregel.

266. In het Ibzf (geldend 2015) wordt verwezen naar Wlz en het aan de Zvw gelieerde Besluit zorgverzekering. De Wlz en de Zvw waren in 2006 echter nog niet ingevoerd, evenmin als strafrechtelijke modaliteiten zoals strafbeschikkingen, voorwaardelijke invrijheidsstelling en voorwaardelijke sancties waarbij fz als bijzondere voorwaarde kan worden opgelegd of onderdeel uitmaakt van de sanctie (zie subparagraaf 3.3.1.2).

Op basis van deze begripsopvatting wordt geprobeerd de (sturing van de) fz in de uitgangssituatie 2006 als eerste peiljaar in beeld te brengen. Om zoveel mogelijk de structurele effecten van de stelselwijziging te kunnen bepalen, is het laatste peiljaar zo laat mogelijk in de tijd gekozen. Rekening houdend met de beschikbaarheid van consistente realisatiegegevens wat de zorginkoop betreft bij de start van de dataverzameling – die plaatsvond van voorjaar 2017 tot en met voorjaar 2018 –, is gekozen voor 2015 en daarmee voor een onderzoeksperiode van tien jaar (zie ook subparagraaf 4.5.1).

De opdracht voor het empirische onderzoek is daarmee om de fz in (tenminste) beide peiljaren te beschrijven in termen van de te verklaren variabelen – kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie en doelmatigheid van fz – en de verklarende variabelen, dat wil zeggen de theoretische factoren en de rivaliserende, alternatieve verklaringen. Voor de vraag welke theoretische factoren dit betreft, wordt verwezen naar het conceptueel model (subparagraaf 2.5.3). Wat de alternatieve verklaringen betreft zijn in paragraaf 1.3 de direct voor de hand liggende aandachtspunten genoemd die een verklaring kunnen geven voor ontwikkelingen in de (prijzen en volume en daarmee de) kosten van fz. Met het oog op een zo compleet mogelijk beeld dient de onderzoeksopzet en dataverzameling echter ruimte te bieden voor mogelijke aanvullende verklaringen.

In het vervolg van dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode en -objecten (paragrafen 4.2 en 4.3) beschreven en wordt ingegaan op de operationalisering van de begrippen en de wijze van dataverzameling (paragrafen 4.4 en 4.5).

4.2 Onderzoeksmethode

In paragraaf 1.4 is toegelicht dat casusonderzoek de basisopzet vormt van het empirische onderzoek. De stelselwijziging fz wordt hiermee als hedendaags verschijnsel in zijn context onderzocht met een groot aantal variabelen, steunend op meerdere informatiebronnen (Yin, 2014, pp. 16-17, 106). Het doel is tot betrouwbare, analytisch generaliseerbare bevindingen te komen over de (richting van de) effecten van de verandering van sturing na de stelselwijziging, door de validiteit vast te stellen van het conceptuele model en de theoretische proposities. Het onderzoeken van rivaliserende alternatieve verklaringen is hierbij een essentieel onderdeel.

De probleemstelling en onderzoeksvragen geven aanleiding tot dataverzameling op het niveau van het systeem als geheel. Neijmeijer, Rijkaart et al. (2012) constateerden echter eerder:

‘De’ forensische patiënt bestaat niet, evenmin als ‘de’ ggz-patiënt. Zo hebben tbs-patiënten andere kenmerken dan FPA-patiënten, terwijl FPA-patiënten weer andere kenmerken hebben dan patiënten die verblijven in PPC’s of in zorg zijn van forensische FACT-teams. . . Ook binnen de ggz zijn er grote verschillen. Zo hebben patiënten die met een civielrechtelijke maatregel in de ggz verblijven, andere kenmerken dan degenen die vrijwillig verblijven. Ook tussen klinische en ambulante ggz-patiëntenpopulaties bestaan grote verschillen. (p. 54-55)

Bovendien is hiervoor gebleken dat de doelgroep van personen die in 2006 fz kregen aan het einde van de onderzoeksperiode is uitgebreid (subparagraaf 3.3.1.2). Hoewel de strafrechtelijke titels die de grondslag vormen voor de (bekostiging van) fz voor ter beschikking gestelden en gedetineerden in de onderzoeksperiode niet of nauwelijks zijn gewijzigd, is dit wel het geval bij de voorwaardelijke sanctiemodaliteiten op grond waarvan justitiabelen voor fz in aanmerking komen (zie paragraaf 3.3 en tabel B.3).

Ontwikkelingen in volume en kosten op geaggregeerd systeemniveau kunnen onjuist worden geïnterpreteerd wanneer dergelijke onderliggende verschillen niet in beeld worden gebracht. De ontwikkelingen in de fz worden om die reden niet alleen op systeemniveau onderzocht, maar ook op het niveau van de drie doelgroepen patiënten die voor fz in aanmerking komen (ter beschikking gestelden, gedetineerden en overige forensische patiënten) en hiermee samenhangende fz-domeinen (FPC's, zorgafdelingen in het gevangeniswezen en intra- en extramurale overige fz). In termen van Yin (2014, p. 50) is hiermee sprake van een ingebed (*embedded*) casusonderzoek, waarbij analyses niet alleen plaatsvinden op het niveau van het systeem als geheel, maar ook op onderdelen daarbinnen.

Met betrekking tot het patiëntperspectief laat hoofdstuk 3 zien dat de patiënt in theorie (paragraaf 2.3) en in de praktijk van de reguliere zorg (tabel 3.2) als opdrachtgever (principaal) een belangrijke rol wordt toegekend in de regulering van het zorgsysteem. In de fz ligt dit anders en is de sturende (opdrachtgevende) rol nadrukkelijk niet bij de patiënt belegd maar bij actoren in de strafrechtelijke keten, zoals officieren van justitie, rechters en de minister van Justitie (tabel 3.3). Mede met het oog op (toetsing van het) nationaal en internationaal aanvaarde equivalentiebeginsel wordt in deze studie echter, behalve aan het in de fz gebruikelijke *justitieperspectief*, ook aandacht besteed aan het *perspectief van de fz-patiënt*. Aangezien het niet realistisch is te verwachten fz-patiënten te kunnen vinden die verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid van zorg in de onderzoeksperiode kunnen beoordelen, worden hierover waar mogelijk indicatoren in beeld gebracht die in de reguliere zorg worden gebruikt en wordt fz-instellingen gevraagd naar (gegevens over) patiëntervaringen, ter vergelijking met die in de reguliere zorg.

Als belangrijkste analysetechniek kan *pattern matching* worden genoemd, waarbij het empirische patroon tussen de verklarende en te verklaren variabelen wordt vergeleken met de theoretisch verwachte patronen (Yin, 2014, pp. 143-147). Concreet wordt nagegaan of de empirische relaties zich voordoen zoals in de proposities wordt verwacht en in hoeverre de in paragraaf 1.3 genoemde (of andere) alternatieve verklaringen hierbij in het geding zijn. Daartoe worden de verklarende variabelen op (tenminste) twee peilmomenten (voor en na de stelselwijziging) gemeten, in de jaren 2006 en 2015. De te verklaren variabelen worden, met het oog op interpretatie van de geconstateerde ontwikkelingen en het opsporen van alternatieve verklaringen, zoveel mogelijk ook in de tussenliggende jaren onderzocht. Door kwantitatieve en kwalitatieve informatie uit verschillende bronnen te combineren, vindt de voor betrouwbaarheid van de bevindingen belangrijke triangulatie van bronnen plaats (Yin, 2014, pp. 120-121). Vanwege de reproduceerbaarheid en controleerbaarheid van bevindingen en om de onderzoekslast voor respondenten te beperken, wordt zoveel mogelijk

gebruikgemaakt van openbaar beschikbare informatie (overheidsdocumenten, onderzoeksrapporten en databases). Informatie die niet (volledig) langs deze weg kan worden verkregen, wordt bij de verantwoordelijke organisaties of via interviews gevraagd. Om de (effecten van) verschillen in sturing voor en na de stelselwijziging in beeld te brengen, worden interviews gehouden onder sleutelfiguren (sturende actoren, bestuurders en zorgverleners van fz-instellingen, vertegenwoordigers van brancheorganisaties en toezichthoudende organisaties) die waar mogelijk beide situaties hebben meegemaakt en kunnen vergelijken. Dit betekent dat enkel fz-instellingen zijn benaderd waarvan bekend is dat de instelling in 2006 of 2007 fz leverde.²⁶⁷ Tabel 4.1 maakt duidelijk dat na de stelselwijziging in de overige fz (ofz) – waarmee, tenzij anders aangegeven, wordt bedoeld op fz exclusief door FPC's en PPC's geleverde fz – het aantal door DForZo gecontracteerde fz-instellingen relatief sterk is gestegen. De omzet (productiekosten) van deze later gecontracteerde instellingen is echter relatief beperkt, zoals nog zal blijken (figuur 6.1). In subparagraaf 4.5.2 wordt ingegaan op de selectie van de fz-instellingen ten behoeve van interviews en de representativiteit daarvan.

Tabel 4.1 Aantal fz-instellingen (2006 t/m 2015)

	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
FPC	12	12	13	13	13	13	13	13	12
OFZ	53	circa 45			104	123	124	125	118
PPC*	>25		5	5	5	5	4	4	4

Bronnen

Fpc: DForZo (MITS); ppc: 2006 (Van Gemmert & Valstar, 2008, p. 5), vanaf 2009 (Linckens & De Looff, 2013; 2014); ofz: 2006: (Jongebreur & Goedvolk, 2008); 2008: (Van Gemmert & Van Schijndel, 2011, p. 31); 2011 t/m 2015: DForZo (in: NZa, 2016, p. 12)

Legenda

* In 2006: voorzieningen in penitentiaire inrichtingen (psc, iba, foba, vba) verspreid over > 25 locaties; vanaf 2009: geconcentreerd in ppc's

4.3 Onderzoeksubjecten

In tabel 3.3 is weergegeven welke actoren een rol spelen bij de sturing van fz. In dit onderzoek naar (effecten van) veranderde sturing wordt ingezoomd op de veranderende relaties tussen de meest betrokken sturende en uitvoerende actoren als objecten van onderzoek, namelijk die tussen de ambtelijke leiding en de coördinerende uitvoeringsorganisatie(s) belast met de zorginkoop enerzijds en de fz-instellingen anderzijds. Aangezien fz-instellingen alleen indirect (via het bekostigen van zorgkantoren) met CVZ te maken hadden, en de zorgkantoren waren belast met de zorginkoop (zie subparagraaf 4.5.2) en in die zin beter vergelijkbaar zijn met DForZo, worden de zorgkantoren hierbij als onderzoeksubject beschouwd. Constaterend dat het bij zorgverlening uiteindelijk gaat om de relatie tussen zorgverlener en patiënt, wordt bij fz-instellingen niet alleen het bestuurlijk perspectief, maar ook dat van zorgverleners betrokken. Daarmee komen zowel bij sturende als uitvoerende actoren het strategisch en het operationeel niveau aan bod. Eventuele verschillen

267. Op basis van onderzoek (Jongebreur & Goedvolk, 2008, tabel 2.1 en overzicht A van bijlage D) respectievelijk de administratie van DJI/ DForZo.

in perspectieven tussen politiek verantwoordelijke bewindslieden en de ambtelijke leiding blijven echter buiten beschouwing. Aan de patiënt wordt in de fz, anders dan in de reguliere zorg, geen sturende rol toegedacht, maar vanwege het equivalentiebeginsel wordt diens perspectief wel in beeld gebracht. Figuur 4.1 toont de relaties en sturingsniveaus waarop deze studie zich concentreert.

Figuur 4.1 Onderzochte sturingsniveaus in casus

Bij fz-instellingen gaat het zowel om particuliere zorginstellingen als instellingen in rijksbeheer, namelijk de rijks-FPC's en de bijzondere zorgafdelingen in PI's. De stelselwijziging fz heeft weliswaar in principe alleen betrekking op particuliere zorginstellingen, maar de zorgaanbieders onder beheer van DJI kunnen na de stelselwijziging met een veranderde sturing te maken hebben gekregen en worden om die reden in het onderzoek betrokken.²⁶⁸ Naar doelgroep heeft het onderzoek betrekking op verschillende typen fz-instellingen:

- ter beschikking gestelden: twaalf (in de peiljaren niet dezelfde) FPC's, waarvan drie (minder beveiligde) FPK's. In 2006 gaat het om drie rijksinrichtingen en in de onderzoeksperiode wordt één daarvan geprivatiseerd. Het gaat alleen om ter beschikking gestelden met dwangverpleging die in of onder verantwoordelijkheid van een FPC vallen. De zorg aan voorwaardelijk ter beschikking gestelden en aan ter beschikking gestelden die met proefverlof zijn, valt in de categorie ofz (zie hierna);

268. Zowel de rijksinrichtingen (FPC's) als de bijzondere zorgafdelingen (latere PPC's) vallen voor en na de stelselwijziging onder directe verantwoordelijkheid van de minister van Justitie.

- gedetineerden: in 2006 gaat het om een groot aantal kleinschalige bijzondere afdelingen (FOBA, IBA, PSC en VBA) van PI's (zie subparagraaf 3.3.2).²⁶⁹ Vanaf 2009 wordt dit aanbod eerst geconcentreerd in vijf, later vier penitentiaire PPC's. Aanvullend op deze zorgplekken binnen de PI's koopt DJI ambulante fz in met het oog op kwaliteitsbevordering van het personeel of direct ten behoeve van gedetineerden (forensische zorg gedetineerden ofwel fzg). Zorgverlening aan personen die in het kader van detentiefasering buiten de PI verblijven, valt echter onder ofz (zie hierna);
- overige forensisch patiënten (ofp): dit betreft ambulante behandeling en begeleiding alsook behandeling of begeleiding met verblijf, voornamelijk aan personen met een voorwaardelijke sanctie. Dit vindt plaats in een al dan niet forensische psychiatrische (of verslavings)polikliniek. Klinische behandeling in forensisch psychiatrische afdelingen of klinieken of verslavingsafdelingen of -klinieken (FPA, FVA, FPK, FVK) of sglvg-instellingen. Ambulante begeleiding met verblijf vindt plaats in RIBW's en vgz-instellingen.

Zorginstellingen kunnen meerdere relatief zelfstandige zorgeenheden (dochterorganisaties) bevatten, met verschillende namen, vestigingen, type zorgaanbod en doelgroepen. Bij interviews met vertegenwoordigers van geïntegreerde zorginstellingen die forensische en reguliere zorg combineren kan in die gevallen zowel naar (gevolgen van) verschillen in sturing voor en na de stelselwijziging fz worden gevraagd als, vanuit het oogpunt van het equivalentiebeginsel, naar verschillen in sturing bij forensische en reguliere zorg.

4.4 Operationalisering begrippen

4.4.1 Te verklaren variabelen (prestaties)

In de probleemstelling komen kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van fz naar voren als de te onderzoeken (veranderingen van) prestaties in de fz. Voor een begrip van de onderzoeksaanpak op hoofdlijnen wordt in deze paragraaf vooral ingegaan op de (centrale) variabele doelmatigheid. Bijlage 4 (subparagrafen B.4.1 tot en met B.4.6) licht de operationalisering van de overige begrippen toe. In hoofdlijnen wordt daarbij opgemerkt dat, vanwege het equivalentiebeginsel en onderzoekstechnische vergelijkbaarheid, waar mogelijk wordt aangesloten op definities en werkwijzen zoals die bij de reguliere zorg (veelal ggz) worden gehanteerd. Daarnaast worden, waar mogelijk, indicatoren gebruikt die betrekking hebben op overwegingen die de aanleiding vormden voor de stelselwijziging fz (paragraaf 1.1). De beschikbaarheid van gegevens is uiteraard steeds medebepalend.

269. Naar aanleiding van de aanbevelingen van de parlementaire tbs- onderzoekscommissie (Visser) wordt de capaciteit van de psychiatrische zorg in detentie uitgebreid naar 700 plaatsen (TK, 2006-2007a, p. 17). Uit het plan van aanpak noch uit de hierop betrekking hebbende voortgangsrapportages wordt duidelijk of het zorgniveau in de (voormalige) bijzondere afdelingen vergelijkbaar is met de (huidige) PPC's of dat met de uitbreiding van de capaciteit tegelijkertijd een kwaliteitsverbetering heeft plaatsgevonden. Aangegeven wordt dat met de concentratie van de voorzieningen "naar verwachting de effectiviteit en efficiëntie toenemen" (TK, 2007-2008a, p. 16), zie verder paragraaf 5.5.

Doelmatigheid wordt opgevat als de verhouding tussen de voor fz ingezette middelen (transactie- en productiekosten) en de daartoe geleverde prestaties (omvang en kwaliteit) ofwel als kostenefficiëntie (Mol, 2008, p. 102). In de literatuur wordt dit (type) doelmatigheidsbegrip ook wel aangeduid als 'kleine' doelmatigheid, doelmatigheid van uitvoering of bedrijfsvoering (Pen, 1961, p. 415; Dolmans, 1987, p. 28) en als prijs-kwaliteitverhouding (Wolfson, 2001, p. 79). Het relateren van voor fz ingezette middelen aan de daarmee bereikte effecten, ofwel de allocatieve efficiëntie – in de literatuur ook wel aangeduid als 'grote' doelmatigheid en doelmatigheid van beleid (Pen, 1961, p. 415; Dolmans, 1987, p. 28), als doeltreffendheid en effectiviteit (Wolfson, 2001, p. 79; Boorsma, 2010, p. 48) –, is niet mogelijk vanwege de tijdspanne waarop dergelijke effecten meetbaar en gegevens beschikbaar zijn (paragraaf 1.3 en B.4.1.4).

Aangezien de administratie van agentschap DJI is gebaseerd op het baten-lastenstelsel kunnen diens opbrengsten, vanwege de jaarlijkse bijdrage van het departement voor de inkoop van fz en de organisatie daarvan, worden opgevat als kosten van fz op macroniveau in het betreffende jaar. Op mesoniveau (DJI/ DForZo) worden productie- en transactiekosten onderscheiden. De afschrijvingskosten zijn relatief beperkt en blijven buiten beschouwing.²⁷⁰ Met productiekosten wordt in dit kader bedoeld op de gerealiseerde uitgaven (de financiële afrekening) van DForZo aan fz-instellingen op grond van nacalculatie van de geldende productieparameters. Transactiekosten worden opgevat als kosten die samenhangen met de organisatie van het fz-systeem (zie verder B.4.1.2).

4.4.2 Verklarende variabelen

De verklarende variabelen worden gevormd door theoretische variabelen en rivaliserende, alternatieve verklaringen (onderzoeksvragen 5 tot en met 7). Wat theoretische variabelen betreft (zie figuur 2.12) gaat het om het aantal principalen en actoren, de economische rechten van sturende en uitvoerende actoren, de opdracht aan sturende actoren om kosten te besparen, het verschil in doelen tussen actoren, het gedrag van sturende actoren (centralisatie van sturing, sturing vanuit de zorg- en strafrechtketen, netwerkmanagement, discretionair gedrag en afknijpgedrag) en het gedrag van uitvoerende actoren (informatie-uitwisseling, samenwerking, concurrentie, innovatie, ontduikgedrag, belangenbehartiging, conflicten). Als alternatieve verklaringen voor veranderingen in de fz wordt gekeken naar (veranderingen in) de aard en omvang van de (potentiële) fz-populatie, de mogelijkheid van registratie- en implementatie-effecten, prijsstijgingen en veranderingen in de reguliere zorg (zie paragraaf 1.3). Daarnaast wordt respondenten een open vraag voorgelegd of en zo ja, welke andere ontwikkelingen een rol spelen.

270. Fz-instellingen (uitgezonderd rijksinstellingen en instellingen die voor 2013 geen fz met verblijf leverden) ontvangen tot 2013 een afzonderlijke nacalculerbare of vaste vergoeding voor de kapitaallasten (NZa, BR/FZ-0025); tot 2018 gaan ze daarna stapsgewijs over naar een integraal tarief dat mede is gebaseerd op een 'normatieve huisvestingscomponent' (zie ook paragraaf 5.3 en subparagraaf 6.3.3).

Meer nog dan bij de te verklaren variabelen gaat het bij de theoretische verklarende variabelen om abstracte en lastig meetbare begrippen. Gelet op het specifieke karakter zijn hierover geen gegevens beschikbaar in de (forensische) zorg. Mondelinge, semigestructureerde interviews vormen in dergelijke gevallen de belangrijkste informatiebron en onderzoeksmethode,²⁷¹ waar mogelijk – in het kader van triangulatie (Yin, 2014, pp. 118-123) – aangevuld met andere bronnen. De variabelen worden daartoe uitgewerkt als onderwerpen ter bespreking met de respondenten. Bij abstracte onderwerpen worden meerdere vragen per onderwerp gesteld (zie verder subparagraaf 4.5.2). Aangezien het doel is de (meer structurele) effecten op de langere termijn te achterhalen en niet de (implementatie)effecten op de korte termijn, wordt respondenten gevraagd het accent te leggen op vergelijking van de situatie voorafgaand en zo lang mogelijk na de stelselwijziging, dat wil zeggen tussen 2006 en 2015. In bijlage 4 worden de definitie en meetmethode beschreven per theoretische variabele (B.4.2.1 tot en met B.4.2.12) en alternatieve verklaring (B.4.3.1 tot en met B.4.3.6).

Het voorgaande houdt in dat het niet mogelijk is om de ontwikkelingen van de (theoretische) verklarende variabelen kwantitatief te duiden, maar enkel de richting (toe- of afname) ervan te bepalen. Voor het toetsen van de proposities is dit echter voldoende.

4.5 Dataverzameling

4.5.1 Kwantitatief deelonderzoek (zorginkoop)

De dataverzameling wat betreft volume, kosten en (daarvan af te leiden) tarieven van fz wordt waar mogelijk gebaseerd op de gerealiseerde zorginkoop en heeft betrekking op de financiële eindafrekening van fz-instellingen op basis van (nacalculatie van) de productie. Uitzonderingen betreffen de inkoop van plaatsen in bijzondere zorgafdelingen van het gevangeniswezen (die pas in later stadium door DForZo werden ingekocht) en de 'overige forensische' zorginkoop in 2006. Gegevens over zorgplaatsen in het gevangeniswezen over 2006 zijn achterhaald op basis van inventariserende onderzoeken van DJI (Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008; Van Gemmert & Valstar, 2008) en vanaf 2009 via jaarverslagen van het ministerie van Justitie.²⁷²

Aangezien fz voorafgaand aan de stelselwijziging nog niet als zodanig werd geregistreerd (paragraaf 1.1) wordt, als best beschikbare benadering daarvan in 2006, gebruikgemaakt van ander inventariserend onderzoek dat is uitgevoerd met het oog op het bepalen van de omvang van het over te hevelen budget vanuit de AWBZ naar de justitiebegroting (Jongebreur &

271. Behalve vanuit noodzaak omdat de gevraagde informatie niet uit bestaande documentatie of via observatie is te verkrijgen, wordt voor (mondelinge) interviews gekozen omdat deze de mogelijkheid bieden om verdiepende inzichten te krijgen. Het doel is immers inzicht te verkrijgen in wat de verandering van sturing inhield, wat betreft de variabelen genoemd in het theoretisch kader en daarbuiten (alternatieve verklaringen).

272. Anders dan bij FPC's en ofz zijn (hierdoor) in de bedragen voor zorgplaatsen in het gevangeniswezen overheadkosten van het hoofdkantoor DJI inbegrepen.

Goedvolk, 2008). Betreffend onderzoek bevat schattingen van de omvang van de ofz per zorginstelling en zorgcategorieën. De productiegegevens over aard en omvang van het zorgaanbod zijn daarin echter alleen geaggregeerd en niet per instelling gerapporteerd en ook niet (meer) bij de onderzoekers aanwezig.²⁷³ Ondanks dat de onderzoekers destijds veel moeite hebben gedaan om de fz zo goed mogelijk in beeld te brengen, spreken zij in dat verband van onderschattingen van de fz in 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008, pp. 6, 7, 13, 23).²⁷⁴ De achteraf over 2006 verzamelde gegevens zijn om die reden dan ook niet volledig vergelijkbaar met de gegevens over 2008 tot en met 2015 (zie hierna).

Voor de dataverzameling met betrekking tot de zorginkoop van FPC's en ofz (vanaf 2008) is medewerking gevraagd en verkregen van DForZo.²⁷⁵ De onderzoeker heeft toegang gekregen tot het digitale archief en de aldaar beschikbare informatie kunnen raadplegen. Het merendeel van de informatie, zoals het aantal plaatsen en hiermee gemoeide uitgaven aan FPC's en de (ofz) in de jaren 2008 tot en met 2015 bleken systematisch verkrijgbaar op basis van de hierop betrekking hebbende informatiesystemen (MITS respectievelijk REPAD) en zijn verkregen met de hulp van een informatiespecialist.²⁷⁶ De fysieke DJI-archieven waren ten tijde van de dataverzameling (tot en met eind 2017) niet eenvoudig toegankelijk, omdat documenten destijds niet digitaal werden opgeslagen of bewaard zijn gebleven. Aangezien betrouwbare informatie over de situatie voorafgaand aan de stelselwijziging van essentieel belang is voor dit onderzoek, is in opdracht van DJI een specialistische zoekvraag uitgezet via de archiefdienst van het ministerie van Binnenlandse Zaken om zodoende de meest noodzakelijke informatie te achterhalen. Hiermee konden de financiële afrekeningen van FPC's in 2006 worden achterhaald. De ofz-productiegegevens in 2007 bleken echter niet (volledig) te achterhalen.²⁷⁷ De beperkingen in de dataverzameling leiden ertoe dat zorginkoopgegevens over ofz ontbreken in 2007 en over FPC's en PPC's (fz in gevangeniswezen) in 2007 en 2008.

273. In overleg met betreffende onderzoeker wordt (ter bepaling van het aandeel geïnterviewde fz-instellingen, zie hierna) voor gegevens op instellingsniveau uitgegaan van de in bijlage C.d gepresenteerde bedragen (Jongebreur & Goedvolk, 2008).

274. Niet alleen blijven de beheerskosten en indexering buiten beschouwing (waarvoor bij de overheveling wordt gecorrigeerd), maar er wordt op verschillende plaatsen gesproken van onderschattingen van de fz-productie: "het aanvullend onderzoek betrof slechts 24 instellingen en leidt daarom tot onderschattingen voor dit onderdeel"; (fz aan) personen met voorwaardelijke septs ontbreekt; "sglvg- en vz-instellingen hebben maar beperkt gebruikgemaakt van de mogelijkheid om aanvullende personen te leveren" (omdat dit niet werd geregistreerd) (Jongebreur & Goedvolk, 2008, pp. 4, 6, 8). De bevindingen moeten derhalve als ondergrens van de fz in 2006 worden gezien.

275. Vanwege het niet registreren van fz bij de overige doelgroepen voorafgaand aan de stelselwijziging, is het beeld van de fz in het begin van de onderzoeksperiode aan ter beschikking gestelden (in FPC's) naar verwachting het meest betrouwbaar.

276. Bij beschouwing van de beschikbaar gestelde gegevens bleek het bestand enkele onvolkomenheden te bevatten (enkele uitschieters, ontbrekende gegevens en dubbeltelling in verband met schaduwboekhouding bij de invoering van zorgzwaartepakketten), welke met de informatiespecialist zijn besproken en door de onderzoeker aangepast.

277. In 2007 werd de zorginkoop voor de ofz op verzoek van DForZo nog door de zorgkantoren gedaan. DJI zorgde voor de financiële eindafrekening met de zorginstellingen. In het digitale archief van DForZo zijn afrekeningen van fz-instellingen terug te vinden, waarbij de bijlages met de geleverde productie echter

4.5.2 Kwalitatief deelonderzoek (interviews)

De dataverzameling met betrekking tot de kwaliteit, toegankelijkheid en equivalentie van fz, de theoretische verklarende variabelen en de alternatieve verklaringen, is voor een belangrijk deel gebaseerd op interviews met ervaringsdeskundigen, dat wil zeggen op de kennis en ervaringen van personen die de situatie voor en na de stelselwijziging hebben meegemaakt en beide kunnen vergelijken. In verband met uniforme verwerking van de gegevens wordt gewerkt met halfgestructureerde interviews, waardoor een vast aantal vragen (stellingen) aan de orde komt met vaste antwoordcategorieën en met ruimte om door te vragen of een verdere toelichting te geven (bijlage 5 bevat een voorbeeld vragenlijst).²⁷⁸

Om subjectieve vertekeningen zoveel mogelijk te voorkomen, worden personen met verschillende (sturende, uitvoerende en andere) rollen zoveel mogelijk in dezelfde bewoordingen over een bepaald onderwerp bevraagd. Hiermee wordt niet zoiets als de objectieve waarheid gemeten, maar met behulp van statistische toetsen kan hier wel een intersubjectieve beoordeling (consensus) over een bepaald onderwerp worden gegeven. Om zowel het aantal vragen en daarmee de voor het interview benodigde tijd voor een respondent te beperken als om de validiteit van de antwoorden te vergroten, krijgen respondenten enkel vragen voorgelegd over een onderwerp (via een vooraf bepaalde routing), waarvan op grond van hun rol en positie verondersteld wordt dat zij hier voldoende zicht op (kunnen) hebben.

Waar mogelijk worden de bevindingen van de interviews getoetst en aangevuld met anderszins beschikbare informatie (subparagraaf 4.5.3). Deze triangulatie van bronnen draagt bij aan de begripsvaliditeit (Yin, 2014, pp. 118-123). Ook hier levert het gegeven dat fz voor de stelselwijziging niet werd geregistreerd echter beperkingen op. Voor zover cijfers ontbreken over de situatie voor de stelselwijziging, is de feitelijke verandering niet vast te stellen en moet op de indruk van de ervaringsdeskundige respondenten worden afgegaan (voor zover hierover consensus bestaat).

Idealiter wordt bij het ontwikkelen van een vragenlijst de te hanteren vragenset in kleine kring getest en op basis daarvan bepaald of de vraagstelling voldoende helder is, (voldoende) zicht geeft op de te beschrijven variabelen, zodat de vraagstelling indien nodig kan worden aangepast. Vanwege de hiermee gemoeide doorlooptijd en met name het beperkte aantal potentiële respondenten (zie hierna) bleek deze aanpak in dit onderzoek niet haalbaar. De vragen aan bestuurders en behandelaren van fz-instellingen, die de basis vormen voor en

ontbreken. Voor een meer volledige bepaling van het zorgaanbod in 2007 zijn fysieke archieven geraadpleegd, maar zonder resultaat.

278. Voor de interviews is (toegesplitst op het type actor) gebruikgemaakt van zes (half)gestructureerde vragenlijsten die, waar mogelijk (dezelfde) stellingen bevat met vijf antwoordcategorieën. De vragenlijsten combineren een groot aantal stellingen (in een vijfpuntschaal, waarbij 3 de neutrale score 'geen verandering na stelselwijziging' weergeeft en 1 of 5 de grootste toe- of afname) met een uitnodiging tot toelichting (vrije tekst) en enkele open vragen (vrije tekst). De opzet is zodanig dat per onderwerp met statistische significantie ($p < 0,05$) kan worden vastgesteld of respondenten het eens zijn (of er consensus bestaat) over de richting (toe- of afname) van een bepaalde ontwikkeling. Gelet op het streven eventuele veranderingen voor en na de stelselwijziging vast te stellen, worden in principe afwijkingen ten opzichte van de neutrale, middelste score (3, geen effect) getoetst.

grotendeels overeenkomen met vragen aan andere actoren (zie bijlage 6), zijn derhalve bij één goed ingevoerde voormalig bestuurder en tevens behandelaar van een fz-instelling getest. Als belangrijkste aandachtspunt kwam daarbij naar voren dat fz-instellingen voor de stelselwijziging niet rechtstreeks te maken hadden met het CVZ maar met zorgkantoren, zodat (voor vergelijking van ervaringen met DForZo) niet over CVZ maar over zorgkantoren moet worden gesproken.²⁷⁹ Daarnaast is de vragenlijst aangevuld met een open vraag naar de (drie) sterkste en zwakste plekken in het fz-stelsel. De overige vragenlijsten zijn dienovereenkomstig aangepast.

In bijlage 6 is het interviewplan opgenomen met een toelichting op de selectie van te interviewen fz-instellingen en respondenten en de variabelen waarover zij worden bevraagd. Voor een goed begrip van het vervolg is het volgende onderscheid van belang:

- sturende actoren op strategisch (SA1) en operationeel niveau (SA2).
Bij actoren op SA1-niveau gaat het om sleutelfiguren werkzaam bij een directoraat-generaal, beleidsdirectie of financiële directie van de ministeries van VWS en Justitie, die in de onderzoeksperiode namens de desbetreffende minister een opdrachtgevende rol hebben gehad ten opzichte van actoren op SA2-niveau.
Bij actoren op SA2-niveau gaat het om sleutelfiguren werkzaam bij organisaties die in de onderzoeksperiode namens de desbetreffende minister verantwoordelijk zijn geweest voor de opdrachtgevende rol richting uitvoerende actoren (UA1 en UA2, zie hierna). Vóór de stelselwijziging betreft dit DJI (verantwoordelijk voor FPC's en zorg in detentie) en zorgkantoren (ofz). Aangezien laatstgenoemden geen zicht hebben op de ontwikkelingen in fz na de stelselwijziging, konden zij echter niet worden bevraagd. Na de stelselwijziging ligt de sturing alleen bij DJI, met name DForZo;
- uitvoerende actoren op strategisch (UA1) en operationeel niveau (UA2), dat wil zeggen bestuurders en zorgverleners (behandelaren) van fz-instellingen;
- overige actoren: Inspectie der Rijksfinanciën (IRF) als opdrachtgever sturende actoren (OSA), brancheorganisaties GGZ Nederland, VGN en De Borg (OA1), NZa (OA2) en inspecties IGZ en IvenJ (OA3).

Speciale aandacht is nodig voor de realiteit van rol- en daarmee perspectiefwisselingen die zich kunnen voordoen bij respondenten gedurende de onderzoeksperiode. Vooropstaat dat respondenten de stelselwijziging zelf hebben meegemaakt en de situatie hiervoor en hierna kunnen vergelijken. Bij voorkeur worden daarbij steeds respondenten geselecteerd die in 2015 dezelfde rol (perspectief) hadden als in 2006. Dit blijkt in de praktijk niet altijd mogelijk. Zo komen rolwisselingen voor waarbij een respondent die in 2006 een rol had als SA2 of UA2 gedurende de onderzoeksperiode de rol van UA1 of SA2 krijgt. Wanneer het niet mogelijk is om in de betreffende organisatie het voorkeursscenario te volgen (namelijk het vinden van een respondent met dezelfde rol in de onderzoeksperiode), worden aan een dergelijke respondent

279. Dit is bevestigd door contactpersonen bij ministerie van VWS. Ook Van der Wolf (2012, pp. 127-128) beschrijft dat de niet-justitiële tbs-klinieken (Hoeve Boschoord en de FPK's) voor de stelselwijziging niet afspraken maakten met de minister van Justitie, maar met reguliere zorgkantoren.

de vragen voorgelegd die horen bij de rol die deze in 2006 had. Deze procedure is eerst bij één respondent uitgetoetst en, omdat dit goed bleek te gaan, nog bij (twee) andere respondenten gevolgd. Met hen is besproken om aan te geven wanneer het verschil in perspectief de beantwoording van de vraag beïnvloedde en dit in de toelichting te verduidelijken. Hiervan is nauwelijks gebruikgemaakt. Wanneer de toelichting wordt weergegeven, wordt het perspectief (de rol) vermeld van waaruit deze is gegeven

In totaal zijn 33 mondelinge interviews gehouden met 41 personen (bijlage 7):

- Zeventien interviews vonden plaats met 21 vertegenwoordigers (bestuurders en behandelaren) van vijftien fz-instellingen. Bij zeven fz-instellingen werd met twee of drie vertegenwoordigers gesproken, drie respondenten vertegenwoordigden één fz-instelling, een respondent sprak namens twee fz-instellingen en een respondent namens drie fz-instellingen;
- Een interview is gevoerd met een persoon die als opdrachtgever van sturende actoren is aangemerkt;
- Zeven interviews zijn gevoerd met acht personen die als sturende actor zijn aangemerkt (waarvan vier op strategisch en vier op operationeel niveau);
- Drie interviews zijn gevoerd met vier vertegenwoordigers van brancheorganisaties;
- Vier interviews zijn gevoerd met zes vertegenwoordigers van toezichthoudende organisaties.

De respondenten hebben afzonderlijk en gezamenlijk een ruime ervaring op het fz-terrein en zicht op de ontwikkelingen op dit terrein voor en na de stelselwijziging.²⁸⁰ Vrijwel alle sturende actoren waren persoonlijk bij de stelselwijziging betrokken. Tenzij op onderdelen expliciet anders afgesproken, is respondenten anonimiteit toegezegd, omdat zij veelal nog op het onderzochte terrein werkzaam zijn (Yin, 2014, p. 197). Voor zover hierop een uitzondering is gemaakt (met name waar het oordeel van de vertegenwoordigde toezichthoudende organisatie in het geding is), is aan (betreffende) respondenten een uitdraai van de antwoorden als verslag van het interview ter goedkeuring voorgelegd.

De interviews vonden (soms in een dubbelinterview van twee respondenten) plaats in de periode oktober 2017 tot en met februari 2018, verliepen in een open en prettige sfeer en duurden gemiddeld circa een uur en drie kwartier. Aangezien deze door de(zelfde) onderzoeker op basis van in LimeSurvey opgestelde halfgestructureerde vragenlijsten (zie

280. Circa 70% (29) van de 41 respondenten was vóór de stelselwijziging beroepshalve bij de fz betrokken, waarvan dertien respondenten meer dan tien (sommigen zelfs meer dan 20) jaar, acht respondenten vijf tot tien jaar, zes respondenten twee tot vijf jaar en twee respondenten één jaar.

De twaalf respondenten (30%) bij wie dit niet het geval is, betreffen drie (van de vier) vertegenwoordigers van brancheorganisaties, vier (van de zes) vertegenwoordigers van toezichthoudende organisaties, twee (van de acht) sturende actoren en drie (van de 22) vertegenwoordigers van fz-instellingen. De meesten van hen raakten door de stelselwijziging als zodanig, of door het registreren van fz naar aanleiding daarvan, beroepshalve bij fz betrokken.

Driekwart (31) van de 41 respondenten was de gehele periode 2007 tot en met 2015 beroepshalve bij de fz betrokken; zeven respondenten vijf tot en met acht jaar en drie respondenten twee tot en met vier jaar.

bijlage 5 voor een voorbeeld) zijn geregistreerd, is zoveel mogelijk voldaan aan de randvoorwaarden van consistentie en betrouwbaarheid.

De in de vragenlijsten opgenomen stellingen worden met bijbehorende scores in paragraaf 6.2 gepresenteerd. Wat inhoudelijke toelichtingen op de scores betreft, wordt een selectie gemaakt en worden vooral de meest opvallende of kenmerkende opgenomen.

De selectie van fz-instellingen heeft tot een vrijwel volledige dekking van typen fz geleid (zie tabel 4.2) en een evenwichtige spreiding van de zorginstellingen die in 2006 reeds fz leverden, zoals beschreven in bijlage 6. Enkel de directie gevangeniswezen van DJI liet weten geen behoefte te hebben aan dit onderzoek en gaf geen toestemming om functionarissen in het gevangeniswezen – hoofdkantoor en PPC's – te interviewen die zicht hebben op (veranderingen in) sturing, behandeling en toegankelijkheid van fz in PI's.²⁸¹ Vier fz-instellingen gaven aan geen geschikte respondenten te kunnen leveren.

Tabel 4.2 Aantal in interviews betrokken fz-instellingen naar type en doelgroep

	Totaal	FPA	FPC	FPK	RIBW	VG	VZ	TBS	OFZ
Aantal fz instellingen	16	6	5	3	1	2	3	8	14
Interviews (mede) perspectief UA1	15	6	5	3	1	2	3	7	14
Interviews (mede) perspectief UA2	11	4	4	2	1		3	6	8

Toelichting

Een instelling kan meerdere typen fz aanbieden, voor diverse doelgroepen, waardoor totalen horizontaal niet overeenstemmen. Namens een fz-instelling kunnen een bestuurder (UA1), een zorgverlener (UA2) of beiden zijn geïnterviewd, waardoor totalen verticaal niet overeenstemmen

De fz-instellingen die (via de respondenten) meewerkten aan de interviews vertegenwoordigen een deel van het totale fz-aanbod. Analyse van zorginkoopgegevens hierna (paragrafen 5.2 tot en met 5.4 en subparagraaf 6.2.3), maakt duidelijk dat de bestuurders en behandelaren spreken namens fz-instellingen die gezamenlijk circa de helft van het totale fz-budget vertegenwoordigen. Figuur 6.1 toont de stijgende productiekosten van (alle) zorginstellingen die reeds in 2006 fz leverden en tabel B.12 (bijlage 9) toont het aandeel fz-instellingen dat is geïnterviewd in het perspectief van de totale fz-productiekosten (ongeveer 50%). Op basis van het vertegenwoordigde aandeel in het totale fz-budget, de evenwichtige spreiding van instellingen die in 2006 reeds fz leverden en dekking naar type fz en doelgroep, wordt geconcludeerd dat de (ervaringsdeskundige) geïnterviewden gezamenlijk een representatief beeld (kunnen) geven van ontwikkelingen in de fz in de onderzoeksperiode.

4.5.3 Overige dataverzameling

Voor aanvullende informatie (triangulatie van bronnen) is waar mogelijk gebruikgemaakt van beschikbare rapporten en documenten, zoals onderzoeken, rapporten en jaarverslagen. Waar nodig en mogelijk zijn aanvullende gegevens gevraagd en verkregen van DForZo, NZa, het

281. Aangezien de toegankelijkheid van fz vanuit justitieperspectief hierdoor slechts gedeeltelijk in beeld zou kunnen worden gebracht is, mede gelet op de haalbaarheid van het onderzoek, afgezien van het interviewen van vergelijkbare vertegenwoordigers bij het NIFP en de reclassering.

Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) en de 3RO.

In dit verband is ook contact gezocht met instituten die zich bezighouden met het bevorderen en monitoren van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de reguliere zorg, zoals het Kwaliteitsinstituut/ Zorginstituut, het Nederlands Instituut Voor onderzoek van de EersteLijnsgezondheidszorg (NIVEL), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Vektis – die zorgdeklaratiedata beheert en analyseert – en Stichting Benchmark Geestelijke Gezondheidszorg (SBG). Deze houden zich echter niet of hooguit incidenteel bezig met fz en blijken niet over gegevens hierover te beschikken.

DEEL 3 EMPIRISCH ONDERZOEK

5 Veranderingen in forensische zorg 2006-2015

5.1 Inleiding

Onderzoeksvraag 4:

In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) forensische zorg, vergeleken met de situatie daarvoor?

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in de fz in de onderzoeksperiode beschreven ofwel, preciezer geformuleerd, de resultaten van het empirisch onderzoek naar de te verklaren variabelen in de probleemstelling. In het volgende hoofdstuk komen de verklarende variabelen aan bod. Naast theoretische verklarende variabelen zoals genoemd in figuur 2.12, gaat het daarbij om alternatieve verklaringen, zoals veranderingen in aard en omvang van de (potentiële) fz-populatie en in de reguliere zorg.

In paragrafen 5.2 tot en met 5.4 worden, voornamelijk op basis van gerealiseerde zorginkoopgegevens, het volume, de kosten en de tarieven van fz in beeld gebracht. In paragrafen 5.5 tot en met 5.7 komt, voornamelijk op basis van beschikbare data en interviews, de ontwikkeling in kwaliteit, toegankelijkheid en equivalentie van fz aan bod. Paragraaf 5.8 vat de belangrijkste bevindingen per domein (FPC, PPC, ofz) samen om een eerste beeld te krijgen van ontwikkelingen in doelmatigheid. Aangezien andere ontwikkelingen hierbij eveneens een rol (kunnen) spelen en in paragraaf 6.3 aan de orde komen, moet deze paragraaf als aanzet worden opgevat, als vertrekpunt voor verdere analyse in hoofdstuk 7. Het hoofdstuk is zelfstandig leesbaar en licht de dataverzameling in hoofdlijnen toe. Voor een toelichting op de achtergrond van onder meer de gehanteerde begrippen en de selectie van respondenten, wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

5.2 Volume

Fz is een verzamelnaam voor een grote verscheidenheid aan individuele of groepsgewijze behandeling of begeleiding van justitiabelen die kan plaatsvinden in een klinische of verblijfssetting van een zorginstelling (intramurale fz) dan wel poliklinisch in een zorginstelling, binnen de muren van een gevangenis of thuis (extramurale ofwel ambulante fz). Om het fz-volume in de onderzoeksperiode in beeld te kunnen brengen, is gebruikgemaakt van gegevens over het gerealiseerd aantal tbs-plaatsen (afkomstig van informatiesysteem MITS van DForZo)²⁸², het gerealiseerd aantal zorgplaatsen in PI's (voornamelijk afkomstig van

282. Analooq aan de productiegegevens bij de ofz op nacalculatiebasis, wordt in deze studie de productie door FPC's gemeten door middel van het in een jaar gerealiseerd aantal verzorgingsdagen. Dit is het aantal dagen gemeten binnen een bepaalde periode dat een bewoner mee mag tellen met de bezetting. In de bezetting telt niet mee het niet aanwezig zijn vanwege ongeoorloofde afwezigheid, verblijf in het Pieter Baan Centrum of een Huis van bewaring (Bron: DForZo). Doordat in de jaarverslagen van Justitie capaciteitscijfers worden gepresenteerd, wijken de in deze studie gepresenteerde gerealiseerde aantallen tbs-plaatsen daarvan af (de productiecijfers zijn lager).

jaarverslagen van het ministerie van Justitie)²⁸³ en zorginkoopgegevens op basis van nacalculatie met betrekking tot de ofz (afkomstig van informatiesysteem REPAD van DForZo). Gedurende de onderzoeksperiode werden in de ofz-bekostigingssystematiek, samenhangend met de duur, intensiteit en inzet van bepaalde professionals, ruim 240 zorgcodes gebruikt. Een substantieel deel daarvan komt niet gedurende de gehele onderzoeksperiode voor, maar slechts in enkele jaren. Dit hangt deels samen met veranderingen in zorg of bekostigingssystematiek daarvan, waardoor de ene zorgcode ophoudt en een andere kan verschijnen,²⁸⁴ en deels met veranderende behoeften en daarmee samenhangende pilots en aanbestedingen door de zorginkoper.

Vanwege het grote aantal en in de loop der jaren wisselende zorgcodes is aggregeren van de gegevens noodzakelijk om deze inhoudelijk te kunnen interpreteren. De onderzoeker heeft de zorginkoopgegevens daartoe aanvullend gecodeerd naar type zorg en doelgroep. Met het oog op betrouwbaarheid en begripsvaliditeit is een zorgcode daarbij alleen aan een bepaald type fz (of doelgroep) gekoppeld als dit expliciet valt af te leiden van de herkomst van de gegevens, de codering door DForZo van de ofz-gegevens ten behoeve van de NZa of in het productiefORMAT, de toelichting of systematiek (zie tabel B.7 in bijlage 8). Dit impliceert dat gegevens over sommige specifieke categorieën (bw, vz, gedetineerden) als ondergrens zijn op te vatten en andere (ggz en overig forensische patiënten) als containerbegrip. In dit onderzoek worden in het forensisch zorgaanbod de volgende typen onderscheiden (zie verder bijlage 2):

- bw: verblijf, begeleiding en dagactiviteiten in het kader van beschermd wonen (beveiligingsniveau 0);
- FPA: behandeling in een Forensisch Psychiatrische Afdeling (beveiligingsniveau 2);
- FPC: behandeling van ter beschikking gestelden met dwangverpleging in Forensisch Psychiatrische Centra (waaronder FPK's; beveiligingsniveau 3 en 4);
- FPK: behandeling van overig forensisch patiënten in Forensisch Psychiatrische Klinieken (beveiligingsniveau 3);
- fzg: fz die binnen een PI aan gedetineerden wordt geleverd door zorgaanbieders van buiten de PI (beveiligingsniveau 4);

283. Voor het aantal plaatsen in bijzondere zorgafdelingen in PI's vanaf 2009 is gebruikgemaakt van de capaciteitsgegevens in jaarverslagen van Justitie die daarin worden gepresenteerd als "intramurale inkoop fz in PPC's". Voor gegevens over 2006 is gebruikgemaakt van twee inventariserende studies van onder meer capaciteit en bezetting van voorzieningen voor 'bijzondere groepen' waarvan verwacht werd dat deze in "vier of mogelijk vijf aparte locaties zouden worden geconcentreerd" (Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008, p. 5 en 16; Van Gemmert & Valstar, 2008, p. 16), waarmee de latere PPC's werden bedoeld. In de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing gedetineerden (Stcrt. 2009, 19971) is opgenomen dat de FOBA, IBA, PSC en VBA gefaseerd opgaan in de PPC's. In verband met vergelijkbaarheid met latere jaren worden over 2006 de capaciteitscijfers van (enkel) deze voorzieningen meegenomen (Van Gemmert & Valstar, 2008, p. 49), zie verder subparagraaf 3.3.2 en paragraaf 4.3.

284. Bijvoorbeeld: door de invoering van ZZP's zijn bepaalde productieparameters (BED6, BED7, BED8, SGLVG, VG1, VG2, VZ2.1, VZ2.2, VZ2.3 en VZ2.4) vanaf 2015 vervangen door andere (Z320, Z3330, Z340, Z350, Z360, Z425, Z433, Z443, Z457, Z463 en Z473). Aangezien in 2013 en 2014 een schaduwadministratie voor de nieuwe zorgcodes is bijgehouden, is voor dubbeltellingen gecorrigeerd.

- ggz: extra- en intramurale behandeling of begeleiding (respectievelijke beveiligingsniveaus 0 en 1);
- PPC: zorgafdeling binnen PI, vanaf 2009 geconcentreerd in Penitentiaire Psychiatrische Centra (beveiligingsniveau 4);
- vg: verblijf, behandeling, begeleiding en dagactiviteiten (beveiligingsniveau 0 bij extra- en intramurale reguliere vgz en 2 in sglvg-instellingen);
- vz: intramurale en extramurale behandeling (beveiligingsniveau 0 bij extramurale vz, 1 in reguliere intramurale vz, 2 in forensische verslavingsafdelingen en 3 in forensische verslavingsklinieken);

Op basis van de verkregen gegevens kan de intramurale ofz in de onderzoeksperiode worden uitgedrukt in aantallen bedden, eerste opnames en dagen behandeling of begeleiding. Intramurale zorg in FPC's en in PI's wordt (zoals gebruikelijk) uitgedrukt in aantallen bedden.²⁸⁵ Extramurale ofz kan op grond van de beschikbare gegevens worden uitgedrukt in aantallen contacten, patiënten, uren en dagdelen behandeling of begeleiding. Voor contacten buiten de instelling gelden toeslagen. Doordat de presentatie van de gegevens is gebaseerd op de bekostigingssystematiek (budgetparameters), kunnen de gepresenteerde aantallen overigens afwijken van door DJI gepresenteerde gegevens.²⁸⁶ Uit de verkregen gegevens blijkt bijvoorbeeld dat de aanbestedingen van fz voor gedetineerden in bw, FPA of FPK zijn bekostigd op basis van het aantal dagen, terwijl ze in de DJI-reeks Forensische zorg in getal (Van Gemmert, Van Schijndel, Gordeau & Casanova, 2015, p. 40) worden gepresenteerd in aantallen plaatsen. Tabel 5.1 toont de gerealiseerde volumeontwikkeling in de onderzoeksperiode op basis van de bekostigingsgrondslag, uitgedrukt per eenheid; omdat de onderzoeksbevindingen in dit rapport (steeds) realisatiecijfers betreffen, wordt dit niet als zodanig in de titel van de tabel (of figuur) vermeld.

285. Het aantal gerealiseerde plaatsen voor ter beschikking gestelden is gebaseerd op het aantal verzorgingsdagen volgens informatiesysteem MITS (DForZo). In verband met herkenbaarheid worden deze gegevens, zoals gebruikelijk, in het omgerekend aantal bedden gepresenteerd. Van PI's is alleen het aantal plaatsen en niet het gerealiseerd aantal behandeldagen bekend.

286. Een toelichting op de gepresenteerde indeling ontbreekt.

Hoofdstuk 5

Tabel 5.1 Productievolume naar type fz per eenheid (2006 t/m 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>BW</i>										
Bedden			83	180	251	294	432	506	819	
Begeleiding (dagen)	23.061		34.425	58.976	80.730	110.954	137.014	167.747	290.325	9.362
Dagactiviteit (uren)			2.465	9.169	9.498	17.145	60.443	4.376	188.949	205.755
<i>FPA</i>										
Bedden			239	262	257	286	293	357	367	307
Behandeling (dagen)	66.023		87.628	105.323	135.079	126.113	148.657	156.306	157.786	148.443
Eerste opnames	146		322	317	338	358	405	449	542	508
<i>FPC</i>										
Bedden	1.582	1.757	1.880	1.957	1.983	1.897	1.789	1.714	1.596	1.484
<i>FPK (ofz)</i>										
Bedden			151	173	194	228	237	230	234	248
Behandeling (dagen)	41.269		54.879	57.010	62.250	82.378	105.122	93.146	94.732	99.725
Eerste opnames	128		246	271	293	351	433	385	359	271
<i>FZG</i>										
Behandeling (contacten)					3.114	363	1.737			
Behandeling (dagdelen)								368	13	
Behandeling (uren)					779		2.017	9.385	6.424	3.038
Contact buiten instelling	10.834				700	319	1.817			
<i>GGZ</i>										
Bedden			56	70	88	80	97	87	50	50
Begeleiding (dagen)								1.736	12.724	338.935
Begeleiding (uren)	14.701		34.665	55.508	72.222	80.653	121.687	157.072	198.314	215.994
Behandeling (contacten)	58.418		109.919	146.675	148.126	156.389	187.646	226.898	245.993	259.387
Behandeling (dagen)	27.542		18.337	24.757	27.163	27.005	27.112	19.058	15.790	13.393
Casemanagement (cliënten)				44	50	63	199	234	209	142
Contact buiten instelling	1.235		8.788	11.167	11.060	13.016	17.214	20.716	24.590	27.060
Dagactiviteit (uren)	8.456		67.506	56.028	61.583	91.430	131.947	262.151	234.013	238.484
Dagbesteding (dagdelen)							5.475	7.232	6.266	6.956
Eerste opnames	67		139	176	209	266	229	135	137	102
Thuiszorg en preventie (uren)	2.938		7.915	9.989	6.896	6.746	7.143	4.484	4.105	2.559
(leeg)	2.181									
<i>PPC</i>										
Bedden	530			194	700	700	692	680	620	620
<i>VG</i>										
Bedden			10							
Begeleiding (dagen)			280	2.854	10.276	13.679	15.435	20.754	30.890	45.003
Behandeling (dagen)	7.214		11.336	19.517	44.065	35.176	41.291	48.513	47.507	49.502
Behandeling (uren)	2.557		1.323	7.733	15.446	7.189	8.510	11.406	20.679	25.453
Contact buiten instelling				50						
Dagbesteding (dagdelen)	38			390	837	367				
<i>VZ</i>										
Bedden			145	187	187	182	216	205	197	158
Behandeling (contacten)	15.631		38.269	59.878	73.705	77.284	74.352	74.075	57.660	51.578
Behandeling (dagen)	39.187		47.985	63.489	55.495	54.007	61.467	65.396	66.428	53.236
Contact buiten instelling	18		2.984	8.778	13.565	10.595	9.752	8.764	6.929	5.497
Eerste opnames	297		400	555	545	442	334	329	423	341
Methadonverstrekking				14.337	22.498	28.492	30.682	34.927	41.560	41.111
(leeg)	401									

Bronnen

Bedden FPC: DForZo (MITS); bedden PPC 2006 (Van Gemmert & Valstar 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk 2008), daarna jaarverslagen Justitie; overig: 2006 (Jongebreur & Goedvolk 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt)

In tabel 5.1 vallen allereerst de lege cellen op. In 2007 heeft dat te maken met de beschikbaarheid van gegevens en niet met de aan- of afwezigheid van fz in dat jaar (zie ook subparagraaf 4.5.1).²⁸⁷ Wat 2006 betreft valt op dat het aantal ofz-bedden niet is ingevuld. In het inventariserend onderzoek dat in 2008 is verricht om de ofz in 2006 in beeld te brengen, zijn de bedtarieven aan verpleegdagen toegerekend (Jongebreur & Goedvolk, 2008, p. 9). Deze zijn daarmee in het tarief verrekend. Of in 2006 voor forensische patiënten dagactiviteiten plaatsvonden in het kader van beschermd wonen en methadon werd verstrekt, is niet bekend.²⁸⁸ Over de jaren 2008 tot en met 2015 hebben lege cellen meer betekenis, omdat de dataverzameling in die jaren compleet is, met uitzondering van PPC's in 2008 waarover dat jaar gegevens ontbreken. Lege cellen houden, met uitzondering van PPC's, in dat voor de betreffende categorie op die bekostigingsgrondslag geen fz is gefinancierd.

Concluderend dat de onderzoekers spreken van onderschatting van de ofz in 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008, pp. 23, zie subparagraaf 24.25.21) dient een vergelijking met de situatie in latere jaren met enig voorbehoud te worden gemaakt. Het verschil in de ofz tussen 2006 en 2008 betreft, behalve de toerekening van bedtarieven aan verpleegdagen, echter (hooguit) een verschil in *casemix*.²⁸⁹ Een serieuzer voorbehoud moet worden gemaakt bij de vergelijking van de diverse kleinschalige zorggerichte voorzieningen (VBA, IBA, FOBA en PSC) in 2006 in een groot aantal penitentiaire instellingen, die vanaf 2009 zijn geconcentreerd in vijf (later vier) specialistische PPC's, omdat hierbij zowel de voorziening als zodanig als de informatiebron verschilt. Dat gezegd hebbend maakt tabel 5.1 ten tweede duidelijk dat de volumes in de eerste jaren sterk toenemen. Deze ontwikkeling slaat allereerst om in een daling bij de FPC's (vanaf 2011) en PPC's (vanaf 2012). In latere jaren neemt ook in FPK's, ggz en vz het aantal bedden als bekostigingsgrondslag af, terwijl dat bij bw tot en met 2014 (deels ogenschijnlijk)²⁹⁰ nog stijgt, om in 2015 echter te verdwijnen. Laatstgenoemde hangt samen met een verandering van de bekostigingssystematiek, waardoor bw in 2015 minder herkenbaar onder dagen begeleiding ggz en vg valt, die als gevolg daarvan toenemen. De ambulante posten bij ggz en vg (aantal contacten, uren behandeling en begeleiding en dagactiviteit) nemen in dezelfde periode relatief sterk toe. Genoemde ontwikkelingen zijn in lijn met de "afspraken die in 2013 zijn gemaakt tussen de staatssecretaris van VenJ en de voorzitters van GGZ Nederland en Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland om de fz kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar te houden" (DJI, 2014b, p. 9). Daarbij is onder meer

287. Vanwege het vrijwel ontbreken van zorginkoopgegevens over 2007 worden deze verder niet gepresenteerd.

288. De bekostigingssystematiek in 2006 voorzag hierin overigens wel in een vergoeding voor methadonverstrekkingen (beleidsregel CA-76 van het CTG).

289. De in 2006 voorkomende ofz-codes komen grotendeels overeen met die in 2008: van de 100 in 2006 voorkomende codes komen twee niet voor in latere jaren (F124 en F140). Van de 101 voorkomende codes in 2008 komen, afgezien van BED1 tot en met BED8 die aan verpleegdagen zijn toegerekend (Jongebreur & Goedvolk, 2008, p. 9), er drie niet voor in 2006 (F128, H140 en sglvg).

290. DJI merkt met betrekking tot RIBW's (bw) op (Van Gemmert et al., 2015, p. 10): "De stijging in 2014 is mede het gevolg van het overnemen van de financiering van circa 200 nazorgplaatsen bij de zgn. DEMO-instellingen. Tot en met 2013 werden deze plaatsen middels een subsidierelatie bekostigd door de Directie Sanctie- en Preventiebeleid van het Ministerie van Veiligheid en Justitie."

afgesproken om de FPC-capaciteit te verminderen tot 1339 in 2018 en een goedkopere mix aan ofz te realiseren door zorg te ambulantiseren.

Tot slot kan naar aanleiding van tabel 5.1 worden opgemerkt dat in 2006, het jaar voorafgaand aan de stelselwijziging, een weliswaar in omvang beperkter maar desondanks gevarieerd aanbod fz bestond.

De ontwikkelingen in volume kunnen op basis van de aanvullende codering ook naar doelgroep in beeld worden gebracht. In herinnering wordt geroepen dat in de fz drie doelgroepen worden onderscheiden (subparagraaf 3.3.1.1 en paragraaf 4.3):

- Voor ter beschikking gestelden met dwangverpleging is er intramurale zorg in FPC's (en FPK's).²⁹¹ Wanneer ter beschikking gestelden in het kader van transmuraal verlof of proefverlof buiten de beveiligde zone van de kliniek wonen (zelfstandig, in een instelling voor beschermd wonen of een zorginstelling) en zorg ontvangen valt dit onder de noemer ofz;
- Voor verdachte of veroordeelde gedetineerden zijn er binnen de penitentiaire setting speciale zorgafdelingen die vanaf 2009 zijn omgevormd tot PPC's. Daarnaast wordt intra- en extramurale ofz voor gedetineerden ingekocht (zie hierna);
- Overig forensische patiënten (ofp) betreft verdachten of veroordeelden die fz als bijzondere voorwaarde opgelegd hebben gekregen. Zij ontvangen intra- en extramurale ofz in bw, FPA's, FPK's, ggz, vg en vz (samen aangeduid als ofz).

Gekoppeld aan de herkomst van gegevens (jaarverslagen Justitie, MITS en REPAD) is het aantal bedden voor gedetineerden, ter beschikking gestelden en overig forensisch patiënten goed te bepalen. De toerekening van intra- en extramurale ofz aan gedetineerden is echter lastiger. Omdat de fz-instellingen geen zicht hadden op de in 2006 geleverde poliklinische zorg in detentie is deze destijds geschat op basis van zorgcode F208 'toeslag contact buiten de instelling' (Jongebreur & Goedvolk, 2008, pp. 6, 13). Uit navraag bij DForZo ten behoeve van onderhavig onderzoek blijkt echter dat deze en vergelijkbare codes ook betrekking kunnen hebben op overig forensische patiënten. Om die reden is deze werkwijze hier niet gevolgd en zijn (in latere jaren) alleen zorgcodes toegerekend die expliciet betrekking hebben op gedetineerden (codes AFZ1, AFZ2 en AFZ3 in tabel B.7) en de ten behoeve van gedetineerden ingekochte zorg (zorgcodes 20A.H329 tot en met 23D.T01). Het aldus per doelgroep geconstrueerde overzicht wordt in tabel 5.2 gepresenteerd. Voor lege cellen geldt hetzelfde als bij tabel 5.1 is opgemerkt.

291. Tbs'ers met dwangverpleging kunnen in een FPK verblijven. Voor zover dat het geval is, vallen deze onder de noemer FPC. Met de afzonderlijke aanduiding FPK wordt in deze studie bedoeld op ofz.

Tabel 5.2 Productievolume naar doelgroep per eenheid (2006 t/m 2015)

	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Gedetineerden</i>									
Bedden	530		194	700	700	692	680	620	620
Begeleiding (dagen)			3.219	9.272	7.417	6.672	3.650	3.643	9.362
Behandeling (contacten)				3.114	363	1.737			
Behandeling (dagdelen)							368	13	
Behandeling (dagen)			20.571	48.466	28.664	55.543	60.468	42.889	53.823
Behandeling (uren)				779		2.017	9.385	6.424	3.038
Contact buiten instelling	10.834			700	319	1.817			
<i>Overig forensisch patiënten</i>									
Bedden		683	872	977	1.070	1.274	1.385	1.667	762
Begeleiding (dagen)	23.061	34.705	58.611	81.734	117.216	145.777	186.587	330.296	383.938
Begeleiding (uren)	14.701	34.665	55.508	72.222	80.653	121.687	157.072	198.314	215.994
Behandeling (contacten)	74.049	148.188	206.553	221.831	233.673	261.998	300.973	303.653	310.965
Behandeling (dagen)	181.235	220.165	249.525	275.587	296.015	328.106	321.951	339.353	310.476
Behandeling (uren)	2.557	1.323	7.733	15.446	7.189	8.510	11.406	20.679	25.453
Casemanagement (cliënten)			44	50	63	199	234	209	142
Contact buiten instelling	1.253	11.772	19.995	24.625	23.611	26.966	29.480	31.519	32.557
Dagactiviteit (uren)	8.456	69.971	65.197	71.081	108.574	192.390	266.527	422.962	444.239
Dagbesteding (dagdelen)	38		390	837	367	5.475	7.232	6.266	6.956
Eerste opnames	638	1.107	1.319	1.385	1.417	1.401	1.298	1.461	1.222
Methadonverstrekking			14.337	22.498	28.492	30.682	34.927	41.560	41.111
Thuiszorg en preventie (uren)	2.938	7.915	9.989	6.896	6.746	7.143	4.484	4.105	2.559
Verdiepingsdiagnostiek							892	905	
Zak- en kleedgeld (maanden)					560	375	1.643	2.076	379
(leeg)	2.582								
<i>Tbs met dwangverpleging</i>									
Bedden	1.582	1.880	1.957	1.983	1.897	1.789	1.714	1.596	1.484

Bronnen

Bedden gedetineerden: 2006 (Van Gemmert & Valstar 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk 2008), daarna jaarverslagen Justitie; bedden FPC: DForZo (MITS); overig: 2006 (Jongebreur & Goedvolk 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt)

Tabel 5.2 laat voor gedetineerden en overig forensisch patiënten een toename van fz zien, al is het beeld bij gedetineerden wisselend. Het aantal gerealiseerde bedden voor ter beschikking gestelden neemt tot en met 2010 toe, maar is in 2015 lager dan in 2006. Constatierend dat het aantal bedden in detentie in 2009 een onderschatting betreft, omdat in dat jaar alleen de plaatsen in PPC's in oprichting bekend zijn, terwijl een onbekend aantal plaatsen in de nog bestaande kleinschalige bijzondere zorggerichte afdelingen werd afgebouwd, is de groei van het aantal plaatsen voor gedetineerden in bijzondere zorgafdelingen van PI's na 2006 kwantitatief relatief beperkt (zie paragraaf 5.5 voor de ontwikkeling in kwaliteit). De inkoop van intramurale ofz voor gedetineerden (dagen behandeling en begeleiding in FPA, FPK, ggz, vz en bw) neemt in 2010 sterk toe om daarna op ongeveer vergelijkbaar niveau te blijven. Met name in de jaren 2010 tot en met 2012 wordt daarnaast extramurale ofz voor gedetineerden (aantal contacten en uren behandeling) ingekocht. In 2015 is de omvang van de ambulante ofz voor gedetineerden relatief beperkt. Bij de overig forensisch patiënten is over de hele linie sprake van stijgingen, waarbij met uitzondering van de categorie 'thuiszorg en preventie', volumes in 2015 in het algemeen beduidend hoger zijn dan in 2006. Op de vraag hoe deze

ontwikkelingen zich verhouden tot veranderingen in de aard en omvang van de strafrechtelijke populatie als geheel en tot de reguliere zorg wordt in subparagrafen 6.3.1 en 6.3.5 ingegaan.

5.3 Kosten

Voor een beeld van de kosten van fz bieden de in de jaarverslagen van het ministerie van Justitie gepresenteerde programma-uitgaven 'DJI-fz', in latere jaren aangeduid als bijdrage van het kerndepartement aan agentschap DJI voor fz, een eerste aanknopingspunt. De in de onderzoeksperiode gerealiseerde programma-uitgaven²⁹² worden weergegeven in figuur 5.1 en afgezet tegen het budget dat het ministerie van Justitie/ DJI heeft ontvangen in verband met de overheveling van fz vanuit de AWBZ (tabel B.8 bevat de bedragen).

Figuur 5.1 Programma-uitgaven fz en overheveling vanuit AWBZ in mln.

Bronnen

Programma-uitgaven: jaarverslagen VWS (2006, p. 78) en Justitie 2010 (p. 51), 2011 (p.43), 2012 (p. 43), 2013 (p. 65); Overheveling AWBZ: jaarverslagen Justitie 2007 (p. 25), 2008 (p. 47) en 2013 (p. 116) met aanvulling DForZo. In 2006 betreffen programma-uitgaven enkel tbs (Justitie en VWS gezamenlijk)

Figuur 5.1 laat een sterke toename van de departementale programma-uitgaven voor fz zien van circa € 280 mln. in 2006 tot ruim € 750 mln. in 2015, een stijging van circa 170%. Hierbij wordt opgemerkt dat deze uitgaven in 2006 een onderschatting te zien geven, omdat destijds enkel de uitgaven van het ministerie van Justitie en VWS aan tbs-instellingen in de begroting en het jaarverslag werden opgenomen. De zorggerelateerde uitgaven in het gevangeniswezen en de met fz samenhangende uitgaven die op grond van de AWBZ werden bekostigd, werden

292. Programma-uitgaven inclusief opdrachten fz, die in 2013 en 2014 abusievelijk bij het instrument 'opdrachten' zijn begroot (TK, 2016-2017b, p. 79).

niet geoormerkt en bleven buiten beeld.²⁹³ Vanaf 2007 is het fz-budget in de onderzoeksperiode in drie stappen overgeheveld vanuit de AWBZ (zie ook figuur 1.1):

- In 2007 werd € 229,3 mln. overgeheveld vanuit de AWBZ naar Justitie (TK, 2007-2008c, p. 29). Volgens aanvullend verkregen informatie van DForZo was structureel € 148,3 mln. begroot (ongeveer twee derde) voor de component 'tbs-behandeling' en € 65,5 mln. voor de inkoop fz (ongeveer een derde);
- In 2008 werd, naar aanleiding van eerdergenoemd inventariserend onderzoek naar fz in 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008), aanvullend € 35,1 mln. overgemaakt behoeve van de inkoop van fz in het strafrechtelijk kader (TK, 2008-2009a, p. 47). Daarnaast waren er overboekingen in verband met eerder vergeten instellingen, lopende bouwprogramma's, beheerskosten en indexatie. In totaal betrof de overheveling een bedrag van € 59,5 mln. (in 2008) oplopend naar structureel € 92,9 mln. in 2011. Alleen wat de lopende bouwprogramma's betreft wordt daarin een toename verdisconteerd, van € 5,8 mln. naar € 39,2 mln. (aanvullende informatie van DForZo);
- In 2013 is tot slot aanvullend structureel € 26,7 mln. overgemaakt in verband met nog niet overgehevelde kapitaalslasten, vanwege de ontwikkeling van een 'normatieve huisvestingscomponent' (TK, 2013-2014a, pp. 116, zie ook paragraaf 116.113.113).

Figuur 5.1 laat verder zien dat de fz-uitgaven van het ministerie van Justitie relatief sterker stijgen dan de bedragen die vanuit de AWBZ zijn overgeheveld. Dit hangt onder meer samen met toekenning in 2007 van structureel € 13,5 mln. in verband met capaciteitsuitbreiding in de tbs (TK, 2007-2008c, p. 25), een tussen 2008 en 2014 jaarlijkse compensatie voor autonome groei van fz in strafrechtelijk kader met bedragen die variëren tussen circa € 5 mln. en € 15 mln. (zie tabel B.8) en met (niet naar fz gespecificeerde) vergoedingen voor loon- en prijsbijstellingen.²⁹⁴

Het voorgaande samenvattend, stijgen de programma-uitgaven voor fz in de onderzoeksperiode met circa 170%, maar hebben deze in 2006 enkel betrekking op FPC's en zijn deze niet goed vergelijkbaar met latere jaren. Tussen 2009 en 2015 stijgen de programma-uitgaven relatief veel minder sterk met 31%. De productiekosten per type fz hierna bieden inzicht in de onderliggende ontwikkelingen.

5.3.1 Productiekosten

Om de kosten van de in paragraaf 5.2 beschreven typen fz in de onderzoeksperiode in beeld te brengen, is gebruikgemaakt van bij DForZo verkregen gegevens over de gerealiseerde productie ofwel zorginkoop bij tbs- en ofz-instellingen (subparagraaf 4.5.1). De uitgaven voor zorgplaatsen in het gevangeniswezen (PPC) zijn berekend op basis van het gemiddeld aantal plaatsen en de gemiddelde dagprijzen. In jaarverslagen van het ministerie van Justitie zijn vanaf 2009 zowel het jaarlijks gemiddelde aantal plaatsen als de bijbehorende gemiddelde

293. In 2006 werd 80% van de justitie-uitgaven aan justitiële tbs-klinieken (volgens jaarverslag € 131 mln.) verhaald op het AFBZ (zie subparagrafen 3.3.1 en 3.3.1.2). Daarnaast kwam € 148 mln. voor rekening van het ministerie van VWS in verband met uitgaven aan (niet-justitiële) tbs-klinieken.

294. Voor het effect van loon- en prijsbijstellingen op de tarieven, zie subparagraaf 6.3.3.

dagprijzen in PPC's opgenomen, al zijn de PPC's in 2009 zijn nog in opbouw en is het aantal plaatsen daardoor onvolledig (paragraaf 5.2). Over 2006 is het aantal plaatsen in bijzondere zorgafdelingen (Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008; Van Gemmert & Valstar, 2008) en de (lagere) gemiddelde dagprijs in het gevangeniswezen beschikbaar. In beide peiljaren is hierdoor sprake van een onderschatting van de werkelijke kosten voor fz in het gevangeniswezen. Met het oog op enerzijds een zo compleet mogelijk beeld en anderzijds een meer consistente vergelijking in de tijd worden de totale productiekosten in dit proefschrift om die reden zowel in- als exclusief de kosten voor PPC's gepresenteerd.

Tabel 5.3 Productiekosten naar type fz in € 1.000 (2006 t/m 2015)

	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BW	€ 2.043	€ 3.293	€ 6.508	€ 9.556	€ 12.656	€ 17.046	€ 20.235	€ 36.868	€ 3.921
FPA	€ 20.269	€ 27.296	€ 35.754	€ 48.643	€ 44.942	€ 55.484	€ 61.405	€ 61.608	€ 59.258
FPC	€ 259.067		€ 330.667	€ 334.954	€ 330.666	€ 334.076	€ 314.063	€ 302.986	€ 287.478
FPK (ofz)	€ 17.122	€ 22.731	€ 24.999	€ 28.581	€ 36.824	€ 47.605	€ 43.581	€ 44.961	€ 48.084
FZG	€ 2.846			€ 317	€ 73	€ 448	€ 666	€ 431	€ 203
GGZ	€ 16.939	€ 23.742	€ 33.533	€ 36.954	€ 39.801	€ 49.929	€ 54.413	€ 61.060	€ 103.420
PPC*	€ 35.014		€ 23.200	€ 93.800	€ 92.100	€ 100.800	€ 98.700	€ 101.200	€ 93.200
VG	€ 2.707	€ 3.662	€ 7.264	€ 18.096	€ 15.535	€ 19.041	€ 23.891	€ 27.767	€ 32.520
VZ	€ 8.960	€ 14.010	€ 20.600	€ 22.373	€ 22.958	€ 28.791	€ 31.255	€ 29.559	€ 23.323
ZK&VD					€ 33	€ 23	€ 657	€ 778	€ 25
<i>Totaal</i>	<i>€ 364.967</i>		<i>€ 482.526</i>	<i>€ 593.274</i>	<i>€ 595.589</i>	<i>€ 653.243</i>	<i>€ 648.866</i>	<i>€ 667.218</i>	<i>€ 651.432</i>
<i>Excl. PPC</i>	<i>€ 329.952</i>		<i>€ 459.326</i>	<i>€ 499.474</i>	<i>€ 503.489</i>	<i>€ 552.443</i>	<i>€ 550.166</i>	<i>€ 566.018</i>	<i>€ 558.232</i>

Bronnen

FPC: DForZo (nacalculatie); PPC: 2006 (Van Gemmert & Valstar 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk 2008 en jaarverslag Justitie), daarna jaarverslagen Justitie; overig: 2006 (Jongebreur & Goedvolk 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt). * In 2006 bijzondere zorgafdelingen in penitentiaire inrichtingen

Tabel 5.3 laat zien dat de aan fz-productie toe te schrijven uitgaven aan zorginstellingen in de onderzoeksperiode toenemen van circa € 365 mln. in 2006 tot circa € 650 mln. in 2015. Dit impliceert een stijging van 78%, dat wil zeggen fors minder dan eerdergenoemde stijging van de programma-uitgaven met circa 170% (figuur 5.1). Gelet op de onderschatting in 2006 en 2009 van de kosten van zorgplaatsen in het gevangeniswezen en (in veel mindere mate) van de ofz, valt de werkelijke stijging van fz-productiekosten in de onderzoeksperiode (nog) lager uit. Op twee manieren kan een indicatie worden gegeven van het effect van de onderschatting. Ten eerste valt uit tabel 5.3 af te leiden dat, wanneer de productiekosten voor PPC's buiten beschouwing worden gelaten, de op FPC's en ofz betrekking hebbende productiekosten in de onderzoeksperiode toenemen van circa € 330 mln naar circa € 560 mln, dat wil zeggen met 69% in plaats van genoemde 78% ten opzichte van 2006 (22% ten opzichte van 2009). De stijging van 22% ten opzichte van 2009, ten tweede, betreft een ondergrens. Een gevoeligheidsanalyse leert namelijk dat de totale fz-productiekosten tussen 2009 en 2015 met tenminste 25% stijgen wanneer voor de PPC's in 2009 wordt uitgegaan van het aantal

plaatsen in 2006 en het voor PPC's in 2009 geldende tarief.²⁹⁵

Uit tabel 5.3 valt verder op te maken dat in de onderzoeksperiode in de ofz over de hele linie sprake is van relatief sterke stijgingen van de productiekosten, met name bij bw²⁹⁶ en de vgz. De met FPC's gemoeide productiekosten nemen relatief beperkt toe: aanvankelijk (tot en met 2012) nog met bijna 30% om in 2015 uit te komen op een stijging van 11% ten opzichte van 2006. De inkoop van fz in het gevangeniswezen (fzg) bedraagt circa 7% van de € 2,8 mln. over 2006 geschatte poliklinische zorg in detentie (Jongebreur & Goedvolk, 2008, pp. 5, 29). Dit hangt gedeeltelijk samen met de verschillen in wijze waarop dit type zorg in 2006 en latere jaren is berekend (paragraaf 5.2). Vanaf 2010 is de dataverzameling met betrekking tot fzg dezelfde, maar is desondanks sprake van sterke fluctuaties (van € 317.000 in 2010 oplopend naar bijna € 670.000 in 2013, om in 2015 uit te komen op ruim € 2000.000). De post ZK&VD, tot slot, betreft een combinatie van het zak- en kleedgeld aan gedetineerden dat van 2011 tot en met 2015 via de fz-instellingen aan justitiabelen is uitgekeerd en de uitgaven in 2013 en 2014 vanwege verdiepingsdiagnostiek.

De gerealiseerde productiekosten kunnen ook naar doelgroep worden onderscheiden. Hierbij wordt niet alleen de zorg in PPC's en poliklinische zorg in het gevangeniswezen, maar ook zorg in FPA's, FPK's en RIBW's aan gedetineerden toegerekend voor zover dit uit de zorginkoopgegevens blijkt (zie paragraaf 5.2 en bijlage 8). Figuur 5.2 toont de ontwikkeling van fz-uitgaven voor gedetineerden, ter beschikking gestelden en overig forensisch patiënten in de onderzoeksperiode. Tabel B.9 bevat de bijbehorende bedragen, aanvullend onderscheiden naar type fz.

295. Voor deze gevoeligheidsanalyse is bij PPC's voor 2009 uitgegaan van het aantal plaatsen in 2006 (een conservatieve aanname omdat het destijds bestaande aantal plaatsen nog moest worden uitgebreid tot 700 (TK, 2006-2007a, p. 17)) en het voor PPC's geldend tarief in 2009 (een overschatting omdat de voormalige bijzondere zorgafdelingen vanwege de beoogde opwaardering een lager tarief hadden dan de PPC's). De productiekosten voor PPC's komen in dit gedachtenexperiment uit op circa € 63 mln. in plaats van € 23 mln, zoals in tabel 5.3 weergegeven. De totale fz-productiekosten vallen in dit scenario (maximaal) € 40 mln. hoger uit en stijgen met (tenminste) 25%.

296. De relatief sterke stijging bij bw en vgz, doet zich voor, voorafgaand aan de verandering van bekostigingssystematiek van bw in 2015 (zie paragraaf 5.2).

Figuur 5.2 Productiekosten fz naar doelgroep in mln. (in 2006 t/m 2015)

Bronnen

Gedetineerden: 2006 (Van Gemmert & Valstar 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk 2008 en jaarverslag Justitie), daarna jaarverslagen Justitie; overig forensisch patiënten: 2006 (Jongebreur & Goedvolk 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt); ter beschikking gestelden: DForZo (nacalculatie)

Figuur 5.2 (en onderliggende tabel B.9) laat zien dat gedurende de onderzoeksperiode de uitgaven ten behoeve van overig forensisch patiënten als enige categorie een voortdurend stijgende trend laten zien en bovendien met productiekosten van € 68 mln. in 2006 naar € 244 mln. in 2015 het sterkst stijgen.²⁹⁷ De aan gedetineerden toe te rekenen uitgaven nemen in de onderzoeksperiode minder sterk toe van € 38 mln. in 2006 (onderschatting) tot € 127 mln. in 2012 om daarna licht te dalen tot € 120 mln. in 2015. De relatief sterke stijging van de uitgaven voor gedetineerden tussen 2009 en 2010 hangt, zoals gezegd, samen met het in opbouw zijn van het aantal PPC-plaatsen en daarmee onderschatting in 2009. De uitgaven aan ter beschikking gestelden nemen aanvankelijk toe van € 259 mln. in 2006 tot € 334 mln. in 2012, maar dalen daarna relatief sterk tot € 287 mln. in 2015. In paragraaf 7.3 worden de uitgaven per doelgroep gerelateerd aan de ontwikkeling in aard en omvang van de populatie justitiabelen (zie subparagraaf 6.3.1).

297. In 2015 vlakkt de stijging voor ofz iets af. Onderzoek naar de achtergronden van de (volgens opdrachtgever DForZo) relatief sterk gestegen ofz-kosten in 2013 en 2014 wijst op het beleid om meer voorwaardelijke sancties in te zetten (zie subparagraaf 3.3.1.2), ontwikkelingen binnen detentie, tbs, fz en ggz als oorzaken voor stijging en afvlakking daarvan in 2015 (Drost, Jongebreur, Lindenberg, Goedvolk & Remmerswaal, 2014, p. 26).

Tot slot kunnen de productiekosten (tabel 5.3) worden vergeleken met de in figuur 5.1 (tabel B.8) gepresenteerde bijdragen die DJI ontving van het kerndepartement ten behoeve van fz. Tabel 5.4 biedt een overzicht van beide.

Tabel 5.4 Programma-uitgaven en productiekosten in mln. (2006 t/m 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Programma-uitgaven fz*	€ 280	€ 403	€ 533	€ 577	€ 672	€ 675	€ 707	€ 724	€ 791	€ 757
Productiekosten fz	€ 365			€ 483	€ 593	€ 596	€ 653	€ 649	€ 667	€ 651
Vershil in mln				€ 95	€ 79	€ 80	€ 54	€ 75	€ 124	€ 105
Vershil in % (tov programma-uitgaven)				16%	12%	12%	8%	10%	16%	14%

Bronnen

Programma-uitgaven: jaarverslagen VWS (2006, p. 78) en Justitie 2010 (p. 51), 2011 (p.43), 2012 (p. 43), 2012 (p. 65). Productiekosten: FPC: DForZo (nacalculatie); PPC: jaarverslagen justitie; overig: DForZo (REPAD). In verband met afronding kunnen er verschillen ontstaan. *Programma-uitgaven betreffen in 2006 enkel tbs (Justitie en VWS gezamenlijk); productiekosten betreffen in 2006 fz als geheel

Tabel 5.4 laat zien dat, voor zover gegevens beschikbaar en vergelijkbaar zijn,²⁹⁸ in alle jaren sprake is van een overschot, dat wil zeggen dat de bijdragen die DJI voor fz ontvangt (programma-uitgaven) hoger zijn dan de uitgaven die DJI (DForZo) besteedt aan zorginkoop bij fz-instellingen (productiekosten). Het verschil tussen beide varieert en daalt aanvankelijk van € 95 mln. in 2009 naar € 54 mln. in 2012, maar loopt daarna op naar € 124 mln. in 2014 en komt in 2015 uit op € 105 mln. Uitgedrukt in programma-uitgaven bedraagt het verschil in de onderzoeksperiode tenminste 8% en maximaal 16%. Het overschot dient volgens DForZo ter dekking van sectorale en DJI-brede overhead.²⁹⁹ Verrekening met het departement vindt na afloop van het jaar plaats op grond van volumever verschillen. Prijsverschillen worden niet verrekend en komen ten laste of ten gunste van DJI.³⁰⁰

5.3.2 Transactiekosten

Beheerskosten speelden volgens diverse bij de stelselwijziging betrokken actoren geen rol van betekenis. Bij de overheveling vanuit de AWBZ naar het DJI-budget is € 1,9 mln. aan beheerskosten opgenomen, waarvan € 1 mln. was bestemd voor indicatiestelling door het NIFP (opgave DForZo). Er zijn geen cijfers over de ontwikkeling van de transactiekosten na de stelselwijziging, die daardoor slechts globaal kan worden geschat. Volgens sturende actoren is het ambtelijk apparaat op het bestuursdepartement (DFEZ/ beleidsdirectie) niet toegenomen,

298. Vanwege het verschil waarop in 2006 de programma-uitgaven en de productiekosten betrekking hebben (tbs respectievelijk fz), wordt het verschil tussen beide over 2006 niet gepresenteerd. Eerder in deze paragraaf (en paragraaf 5.2) is voorts toegelicht dat in 2009 sprake is van een onderschatting van de productiekosten PPC's van circa € 40 mln.

299. Bij sectorale overhead gaat het bijvoorbeeld om verlengingsadviezen tbs, kosten van somatische zorg van ter beschikking gestelden (zie subparagraaf 5.6.2) en het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). DJI-brede overhead betreft ICT-kosten, Shared servicecentra, Dienst Vervoer en Ondersteuning, NIFP en apparaatskosten van DJI (opgave DForZo).

300. Volgens DForZo wordt dit verschil mede veroorzaakt door verschillen in de wijze van administreren van productie en prijzen, omdat de programma-uitgaven (van het departement) zijn gebaseerd op het kasstelsel en de productiekosten (van DJI) op het baten-lastenstelsel.

maar wel bij DForZo waar "het werk moet gebeuren". Exacte, historische gegevens zijn daar niet voorhanden, maar op grond van de formatieve sterkte in beide peiljaren, schat DForZo de apparaatskosten in 2006 op circa € 3,2 mln. en in 2015 op circa € 4 mln. Respondenten van brancheorganisaties geven aan dat de formatie voor fz niet is gewijzigd na de stelselwijziging.

In interviews is aan bestuurders van zorginstellingen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties (aangeduid als UA1 voor 'uitvoerende actor type 1' respectievelijk OA1 voor 'overige actor type 1') gevraagd naar veranderingen in gedrag (informatie-uitwisseling, lobby en conflicten tussen fz-instellingen en DForZo), waarvan wordt verondersteld dat deze van invloed zijn op transactiekosten (tabel 5.5). N betreft het aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord. Voor een toelichting op de presentatie van de bevindingen en itemscores 1 tot en met 5, om op basis daarvan de afwijking ten opzichte van de neutrale score 3 te kunnen berekenen, wordt verder verwezen naar paragraaf 5.5.

Tabel 5.5 Gedrag met invloed op transactiekosten na stelselwijziging

Stelling	Na de stelselwijziging is sprake van (veel) meer/ evenveel/ (veel) minder. . .	Respondent	N	5	4	3	2	1	Frequentieverdeling	Gemiddelde
				Veel meer	Meer	Evenveel	Minder	Veel minder		
A	GED0100[3]. [Informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen en DforZo dan voorheen tussen fz-instellingen en zorgkantoren]	UA1 OA1	14	6	7	1	0	0		4,4*
B	GED0100[4]. [Lobbyen voor de eigen fz-instelling bij DforZo dan voorheen bij zorgkantoren]	UA1 OA1	14	3	9	1	1	0		4*
C	GED0100[5]. [Conflicten tussen fz-instellingen en DforZo dan voorheen tussen fz-instellingen en zorgkantoren]	UA1 OA1	12	0	8	4	0	0		3,7*

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

Uit tabel 5.5 blijkt dat de respondenten het erover eens zijn dat de informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen en DForZo (A), lobbyen voor de eigen fz- instelling bij (B) en conflicten tussen beide (C) na de stelselwijziging zijn toegenomen, vergeleken met hun relatie voorheen met zorgkantoren:

- "Er wordt veel meer info aangeleverd in het kader van DIZ (documentatie- en informatiesysteem), ROM en verantwoordingsinformatie." (UA1)
- "Meer lobby, via met name Forensisch Netwerk. Voorzitters FPA-/ FPK-beraad en inhoudelijk overleg tbs zijn vertegenwoordigd in het Forensisch Netwerk." (UA1)
- "De zorg is in de onderzoeksperiode niet efficiënter geworden vanwege verschillende schotten en de verantwoordingsdruk. Je zou in deze instelling alleen al 1 mln. kunnen besparen en in zorg kunnen steken. Er is een aparte zorgadministratie ingericht voor de ambulante tak van de fz-instelling." (UA1)
- "Meer conflicten met DForZo is logisch gelet op toename van contacten. Conflicten hebben betrekking op tarieven en zijn ook niet per se negatief. Fz-instelling krijgt voor langdurige

ggz in een FPA zonder problemen toeslag van zorgverzekeraar of zorgkantoor (Zvw/ Wlz). Bij DForZo is dit lastig. Zij overzien niet wat het effect is van een tariefkorting bij diagnostiek verslaving. Vaak is er meer aan de hand. Toch krijg je dan een niet-intensieve benadering die uiteindelijk kan uitmonden in een duurdere klinische opname. Samenhang/ overzicht over het totale effect ontbreekt bij dit soort afwegingen." (UA1)

- "Conflicten hebben tenminste betrekking op financiën, toewijzen van patiënten, en capaciteitsontwikkeling." (UA1)
- "Conflicten tussen DForZo en fz-instellingen gaan over geld (fz-instellingen komen niet met budget uit) en de regelruimte voor struikelend leren schiet te kort. Dit speelt bijvoorbeeld bij de interpretatie van ongeoorloofd verlof en consequenties daarvan. Justitie heeft meer last van formalistisch hanteren van regels dan zorgkantoren." (OA1)

Daarnaast worden in interviews de administratieve druk en 'bureaucratie' zwakke punten van het stelsel genoemd:

- "De korte lijnen met andere fz-instellingen over behandeling en instroom zijn verdwenen en vervangen door een bureaucratisch apparaat." (UA1)
- "Verantwoordingsdruk in verband met bekostiging, de manier waarop bijvoorbeeld de prestatie-indicator verlof wordt berekend en jaarlijks tot betere scores moet leiden, anders volgt korting op het budget." (UA1)
- "Behandelcoördinatoren zijn te zwaar belast vanwege de vereiste administratieve afhandeling, waardoor ze patiënten nog maar een keer in twee weken een half uur spreken. Dat is te weinig om behandeling in te richten." (UA2)
- "De hoge administratieve last gaat ten koste van de zorg. Het steeds meer en te sterk sturen op lagere zorgintensiteit leidt tot lagere tarieven. Dit begint zijn grenzen te overschrijden." (UA2)
- "Bemoeizucht DForZo is groter geworden (minder zelfstandig kunnen regelen). Er is toename van bureaucratie, meer administratieve processen (format moeten invullen, terwijl patiënt net geplaatst is." (UA2)
- "Extra administratie vanwege verschillen in registratie van forensische en reguliere cliënten (twee systemen naast elkaar)." (OA2)
- "Hoge werkdruk vanwege administratieve lasten door loslaten van lumpsumfinanciering en doorgeslagen alles meten via DBBC (staat los van stelselwijziging)." (OA3)

Hoewel consistente cijfers ontbreken, duiden voorgaande bevindingen erop dat de transactiekosten in de onderzoeksperiode zijn toegenomen. Wat PPC's betreft ontbreken hierover gegevens. Bij de respondenten namens FPC's en ofz zijn er geen signalen naar voren gekomen dat dit zich op het ene domein meer of minder voordoet dan op het andere.

5.4 Tarieven

Op basis van de hiervoor beschreven ontwikkelingen in volume en kosten van de fz kunnen de gemiddelde kosten per product, anders gezegd, de per product gerealiseerde tarieven worden berekend. (Enkel) voor PPC's zijn de dagprijzen gebruikt zoals in jaarverslagen van het ministerie van Justitie vermeld, vermenigvuldigd met het aantal dagen in het betreffende jaar. In twee tabellen wordt de ontwikkeling van de (gewogen) gemiddelde tarieven in de intra- en extramurale fz weergegeven voor de verschillende typen fz en naar bekostigingsgrondslagen: tabel 5.6 geeft de tarieven weer per type fz-bed in € 1.000 en in indexcijfers met 2009 als

basisjaar (omdat eerdere jaren grotendeels ontbreken). Tabel 5.7 heeft betrekking op tarieven van overige bekostigingsgrondslagen in euro's en indexcijfers met 2006 als basisjaar. Het betreft gewogen gemiddelde tarieven, berekend als quotiënt van de productiekosten en het volume per eenheid fz.

Tabel 5.6 Gewogen gemiddelde tarieven per type bed in € 1.000 en indices (2009=100)

	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index (2009=100)
BW		€ 9,3	€ 9,4	€ 9,6	€ 9,7	€ 10,0	€ 10,3	€ 10,5		112**
FPA		€ 23,7	€ 24,7	€ 25,5	€ 25,9	€ 26,7	€ 27,5	€ 28,2	€ 28,7	116
FPC	€ 163,8		€ 169,0	€ 168,9	€ 174,3	€ 186,7	€ 183,2	€ 189,9	€ 193,8	115
FPK (ofz)		€ 34,9	€ 36,2	€ 38,7	€ 37,3	€ 36,8	€ 36,6	€ 37,5	€ 38,0	105
GGZ		€ 18,2	€ 19,1	€ 19,7	€ 20,0	€ 20,6	€ 21,2	€ 21,8	€ 22,1	116
PPC*	€ 66,1		€ 119,7	€ 134,0	€ 131,4	€ 146,0	€ 145,3	€ 147,1	€ 150,4	126
VG		€ 23,7								
VZ		€ 20,4	€ 20,6	€ 21,1	€ 21,8	€ 27,2	€ 29,1	€ 31,5	€ 30,2	147

Bronnen

FPC: DForZo (nacalculatie en MITS); PPC: jaarverslagen Justitie; overig: 2006 (Jongebreur & Goedvolk 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt)

Legenda

* In 2006: gemiddelde dagprijs gevangeniswezen (geen bijzondere zorgplaats); vanaf 2009 inkoop ppc's. **Index 2014 (2009=100)

Tabel 5.6 toont een stijging van de bedtarieven bij alle typen fz. Vanaf 2006 zijn alleen tarieven van FPC's bekend en (grotendeels)³⁰¹ vergelijkbaar met die in 2015. Vanaf 2009 is sprake van een lichte toename (5%) van het tarief voor FPK's die ofz leveren, een gemiddelde toename bij bw, FPA's, FPC's en ggz (circa 15%) en een relatief sterke toename in PPC's en vz (meer dan 25%). De tarieven van PPC's zijn vanaf 2009 goed vergelijkbaar.³⁰² De bedtarieven per type fz zijn onderling overigens minder goed vergelijkbaar dan in de tijd. In de tarieven van PPC's zijn kosten van DJI-overhead inbegrepen (zie paragraaf 5.3) en in de de ofz wordt een belangrijk deel van de kosten via andere bekostigingsgrondslagen (dagen behandeling en begeleiding, zie tabel 5.7) vergoed. In paragraaf 5.8 worden, met het oog op een betere vergelijkbaarheid tussen fz-domeinen, integrale gewogen gemiddelde tarieven gepresenteerd.

301. De vergelijkbaarheid is ook bij FPC's niet 100% aangezien in 2014 en 2015 (eenmalige) frictiekosten zijn verdisconteerd in verband met het afbouwen van tbs-plaatsen in drie FPC's, waardoor sprake is van een vertekening (overschatting) van de productiekosten en gewogen gemiddelde tarieven.

302. Vanaf 2013 worden de kapitaalslasten van zorginstellingen die voor 2013 productieafspraken hebben gemaakt in DBBC's en/of ZZP's voor fz met verblijf, in toenemende mate gebaseerd op een normatieve huisvestigingscomponent in plaats van een nacalculeerbare of vaste vergoeding hiervoor te ontvangen (BR/FZ-0025). Omdat de hier gepresenteerde gegevens betrekking hebben op de (voorgaande) budgetparameters, blijft dit hier buiten beschouwing.

Tabel 5.7 Gewogen gemiddelde tarieven per type fz en eenheid in € en indices (2006=100)

	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index (2006=100)
BW										
Begel. p. dag	€ 89	€ 72	€ 80	€ 87	€ 87	€ 88	€ 89	€ 90	€ 176	199
Dagactiv. p. uur		€ 9	€ 10	€ 10	€ 10	€ 11	€ 11	€ 11	€ 11	
FPA										
Behand. p. dag	€ 304	€ 242	€ 274	€ 308	€ 294	€ 317	€ 326	€ 320	€ 335	110
Eerste opname	€ 1.383	€ 1.240	€ 1.300	€ 1.344	€ 1.368	€ 1.410	€ 1.452	€ 1.490	€ 1.519	110
FPK (ofz)										
Behand. p. dag	€ 406	€ 307	€ 316	€ 326	€ 332	€ 358	€ 365	€ 370	€ 379	93
Eerste opname	€ 2.862	€ 2.565	€ 2.689	€ 2.781	€ 2.830	€ 2.918	€ 3.004	€ 3.083	€ 3.143	110
FZG										
Behand. p. contact				€ 70	€ 117	€ 104				
Behand. p. dagdeel							€ 445	€ 598		
Behand. p. uur				€ 83		€ 70	€ 54	€ 66	€ 67	
Toeslag p. contact	€ 263			€ 50	€ 97	€ 70				
GGZ										
Begel. p. dag							€ 60	€ 62	€ 120	
Begel. p. uur	€ 67	€ 72	€ 75	€ 74	€ 75	€ 76	€ 69	€ 72	€ 72	108
Behand. p. contac	€ 160	€ 143	€ 150	€ 158	€ 160	€ 158	€ 143	€ 145	€ 143	89
Behand. p. dag	€ 212	€ 133	€ 140	€ 148	€ 151	€ 165	€ 167	€ 180	€ 188	89
Casemng. p. cliënt			€ 1.718	€ 1.768	€ 1.792	€ 1.843	€ 1.896	€ 1.947	€ 1.981	
Toeslag p. contact	€ 79	€ 73	€ 79	€ 87	€ 88	€ 92	€ 95	€ 98	€ 98	123
Dagactiv.p. uur	€ 8	€ 9	€ 10	€ 10	€ 10	€ 11	€ 11	€ 11	€ 11	135
Dagbest. p. dagdeel						€ 47	€ 49	€ 52	€ 51	
Eerste opname	€ 987	€ 887	€ 929	€ 961	€ 978	€ 1.008	€ 1.038	€ 1.066	€ 1.086	110
Thsz. & prev. p. u	€ 124	€ 90	€ 86	€ 90	€ 96	€ 98	€ 108	€ 120	€ 126	102
(leeg)	€ 82									
VG										
Begel. p. dag		€ 248	€ 207	€ 209	€ 228	€ 246	€ 250	€ 250	€ 241	
Behand. p. dag	€ 341	€ 284	€ 301	€ 324	€ 331	€ 347	€ 360	€ 371	€ 377	111
Behand. p. uur	€ 96	€ 100	€ 102	€ 105	€ 106	€ 109	€ 111	€ 117	€ 117	122
Toeslag p. contact			€ 23							
Dagbest.p. dagdeel	€ 35		€ 45	€ 53	€ 52					
VZ										
Behand. p. contac	€ 117	€ 105	€ 112	€ 118	€ 119	€ 121	€ 115	€ 114	€ 114	97
Behand. p. dag	€ 178	€ 142	€ 146	€ 151	€ 160	€ 209	€ 242	€ 241	€ 226	127
Toeslag p. contact	€ 34	€ 32	€ 55	€ 76	€ 74	€ 69	€ 60	€ 38	€ 39	114
Eerste opname	€ 351	€ 315	€ 330	€ 340	€ 347	€ 358	€ 368	€ 378	€ 385	110
Methadonverstrekking			€ 7	€ 7	€ 7	€ 7	€ 8	€ 8	€ 8	
(leeg)	€ 115									

Bronnen

2006 (Jongebreur & Goedvolk 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt)

Legenda

Begel.: begeleiding; behand.: behandeling; casemng: casemanagement; dagactiv.: dagactiviteit;
dagbested.: dagbesteding; toeslag p. contact buiten instelling; thsz.&prev.: thuiszorg&preventie

Tabel 5.7 laat voor de meeste typen fz een (uiteindelijk) matige groei zien, met uitzondering van het in 2015 sterk gestegen gewogen gemiddelde tarief bw, dat echter is terug te voeren op een wijziging van de bekostigingssystematiek (paragraaf 5.2), waardoor in 2015 alleen nog een relatief dure variant onder deze noemer valt. Het gewogen gemiddelde dagtarief vz laat een wisselend beeld zien en stijgt over de hele periode eveneens relatief sterk, maar is met acht tot tien achterliggende zorgcodes lastiger te interpreteren en in die zin te duiden.

Wat verder opvalt in tabel 5.7 is dat de gewogen gemiddelde tarieven in 2008 vaak (substantieel) lager zijn dan in 2006. Dit hangt (tenminste) wat dagtarieven betreft samen met het toerekenen van bedtarieven aan verpleegdagen in het inventariserend onderzoek over 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008, p. 9, zie ook paragraaf 5.2), waardoor de gewogen gemiddelde dagtarieven in dat jaar (vertekend) hoger uitvallen. Tussen 2008 en 2015 is vervolgens sprake van een geleidelijke toename van de diverse gewogen gemiddelde fz-tarieven.

Voor zover gegevens in betreffende jaren beschikbaar zijn (N=57 respectievelijk 64), blijken de gewogen gemiddelde tarieven op het (niet in de tabel gepresenteerde) onderliggende zorgcodeniveau in 2015 gemiddeld 8% (16%) hoger te liggen dan in 2006 (2009), met standaarddeviatie (p) van 17% (1%). De groei (en hoge standaarddeviatie) ten opzichte van 2006 valt lager uit vanwege de reeds genoemde toerekening van bedtarieven aan verpleegdagen in dat jaar.

Met het oog op een betere vergelijkbaarheid in jaren (dan naar type fz en zorgcodeniveau) worden in de samenvattende paragraaf 5.8 de gerealiseerde gewogen gemiddelde tarieven op hoger aggregatieniveau (per domein) gepresenteerd.

In interviews wordt de als sterk ervaren (financiële) druk die DForZo als enige fz-inkoper kan zetten spontaan als zwak punt van het stelsel genoemd:

- "De zorginkoop zet te veel druk op de organisatie, de druk op het terugdringen van de behandelduur levert risico op voor de veiligheid." (UA1)
- "De financiële duimschroeven zijn erg aangedraaid." (UA1)
- "De te lage tarieven geven grote druk op het veld. Er is geen mogelijkheid om daar iets aan te doen omdat Justitie de enige financier is, de patiënten plaatst, en de instantie aan wie verantwoording moet worden afgelegd. Justitie is een behoorlijk bepalende factor." (UA1)
- "Boete voor kliniek bij niet halen van prestatie-indicatoren, terwijl klinieken moeten vechten voor hun bestaan. Dit zet echt veel te veel druk." (UA2)
- "Het steeds meer en te sterk sturen op lagere zorgintensiteit leidt tot lagere tarieven. Dit begint zijn grenzen te overschrijden." (UA2)

5.5 Kwaliteit

Als fz al niet onder één noemer is onder te brengen, dan geldt dat des te meer voor de kwaliteit ervan. Zoals in subparagraaf 4.4.1 is beschreven, wordt de kwaliteit vanuit twee perspectieven, zorg en veiligheid, in beeld gebracht. Net zoals bij andere abstracte theoretische begrippen in deze studie wordt daartoe allereerst de beschikbare kwantitatieve en kwalitatieve informatie gepresenteerd en vervolgens de bevindingen van het empirisch onderzoek (mondelinge interviews) onder sturende, uitvoerende en overige actoren die voor en na de stelselwijziging bij fz betrokken waren (zie subparagraaf 4.5.2). Per theoretisch begrip worden stellingen gepresenteerd die aan respondenten zijn voorgelegd en betrekking hebben op betreffend begrip, aangevuld met statistische kerngegevens en kenmerkende mondelinge toelichting (citaten) van respondenten op de door hen genoemde antwoordcategorie. Sommige stellingen hebben betrekking op meerdere begrippen en komen om die reden op verschillende plaatsen in de hoofdtekst terug. Omdat niet alle stellingen aan

alle actoren zijn voorgelegd, wordt steeds het type actor en het aantal respondenten vermeld dat antwoordt.³⁰³ Voor zover vragen zowel aan sturende als uitvoerende actoren zijn voorgelegd, wordt steeds nagegaan of er significante verschillen zijn in beantwoording, maar wordt dit alleen vermeld wanneer dit zich voordoet.

Van de 33 respondenten zijn er tien die uitsluitend betrekking hebben op ofz, twee uitsluitend op FPC en 21 op beide. Hoewel dit de mogelijkheden tot interpretatie per domein beperkt, worden de bevindingen vanwege de overige bronnen waar mogelijk per domein gepresenteerd. Om de toegezegde anonimiteit te garanderen wordt, tenzij (op onderdelen) met bepaalde respondenten anders afgesproken (subparagraaf 4.5.2), een aantal van minimaal drie respondenten als ondergrens gehanteerd om het type respondent in detail (zoals opdrachtgever sturende actor) te vermelden in plaats van een ruimere categorie (zoals sturende actor). Om dezelfde reden zijn citaten (minimaal) redactioneel bewerkt, door bijvoorbeeld een verwijzing naar de betreffende instelling of andere naar de respondent herleidbare gegevens neutraal te formuleren.

5.5.1 Perspectief zorg

Tot 2013 werd de subset prestatie-indicatoren forensische psychiatrie ontwikkeld en verzameld onder verantwoordelijkheid van de Stuurgroep zichtbare zorg ggz (2011).³⁰⁴ Vanaf 2013 heeft DForZo deze verantwoordelijkheid overgenomen en de doorontwikkeling belegd bij het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Doel was de set, die primair bestond uit procesindicatoren, zoveel mogelijk door te ontwikkelen naar uitkomstindicatoren (DJI, 2013, p. 3). Uit navraag bij DForZo blijkt dat DForZo bij procesindicatoren niet zelf beschikt over de inhoudelijke gegevens. Tabel 5.8 geeft een overzicht van de van toepassing zijnde proces- en uitkomstgerichte prestatie-indicatoren en de beschikbare (zorggerelateerde) realisatiecijfers.

303. Gelet op de grote bereidheid tot medewerking, het besprokene en de sfeer in de interviews zijn de gevallen dat het antwoord van een respondent "geen antwoord" inhield te beschouwen als 'weet niet'. Aangezien het geen systematische afwijking (bias) betreft, worden deze bij de statistische toetsing buiten beschouwing gelaten en wordt enkel het aantal respondenten (N) gepresenteerd dat een antwoord heeft gegeven.

304. Vanaf 2008 zijn WTZi-erkende ggz-instellingen verplicht prestatie-indicatoren aan te leveren, ter verbetering van transparantie van de kwaliteit van de geleverde zorg (NZa, 2012a, p. 10).

Tabel 5.8 Prestatie-indicatoren fz en realisatie (2012 t/m 2015)

Indicator	Beschrijving Indicator	Type	2012			2013			2014			2015		
			Instelling	FPC	PPC	Klinische ofz	Ambulante behandeling	Beschermde wonen en ambulante behandeling	2013	FPC	PPC	Klinische behandeling	Ambulante behandeling	Beschermde wonen en ambulante behandeling
A	Meten van verandering ernst van problematiek patiënten	P	V	V	V	V	X	X		V	V	V	V	X
B	Continuïteit van zorg na afloop van strafrechtelijke titel	U								V	V	V	V	V
B.1	% Patiënten dat (vervolg)zorg nodig heeft na afloop van strafrechtelijke titel	R								31,1%	89,4%	60,0%	43,2%	43,2%
B.2	% Patiënten van alle patiënten dat (vervolg)zorg nodig heeft na afloop strafrechtelijke titel													
	waarvoor op datum afloop strafrechtelijke titel juiste verwijstype is geregeld en/of civielrechtelijke rechterlijke machtiging of inbewaaringstelling is afgegeven	R								35,9%	65,7%	49,9%	76,0%	84,6%
C	Meten van recidivrisico	P								V	V	V	V	X
D	Meten van verandering van recidivrisico	U/P*	V	V	V	V	V	V		V	V	V	V	X
D.1	% Clienten waarbij delictrisico tussen voor- en nameting is gestabiliseerd	R		44,8%	9,8%	23,3%	17,3%							
D.2	% Clienten bij wie in verslagjaar afname van delictrisico is vastgesteld	R		39,6%	22,3%	34,6%	25,0%							
E	Recidive tijdens (en na vanaf 2015) strafrechtelijke titel	P	V	V	V	V	V	X		V	V	V	V	V
F	Voortijdige beëindiging van behandel- of begeleidingsovereenkomst	U	V	X	X	V	V	V		X	X	V	V	V
F.1	Voortijdige beëindiging van behandel- of begeleidingsovereenkomst door patiënt ten opzichte van totaal aantal patiënten	R		8,7%	8,7%	8,7%	19,1% (BW); 6,1% (AB)					18,1%	10,6%	14,9%

Vervolg tabel 5.8

Indicator	Beschrijving indicator	Type	2012		2013	 
-----------	------------------------	------	------	--	------	 

Bronnen

DJI (Rapportages prestatie-indicatoren 2012 t/m 2015)

Legenda

P: procesindicator; U: uitkomstindicator; R: realisatie; V= verplichte indicator; X= niet verplichte indicator. U/P*: uitkomstindicator t/m 2013; P: procesindicator in 2015

Tabel 5.8 laat zien dat de oorspronkelijke set (in 2012) van vijf verplichte prestatie-indicatoren is doorontwikkeld tot een set van acht (in 2015). Van de drie oorspronkelijke uitkomstindicatoren – aantal geweldsincidenten, voortijdige beëindigingen en verandering van recidiverisico – is laatstgenoemde in 2014 veranderd naar procesindicator. Tegelijkertijd is continuïteit van zorg (B) als uitkomstindicator toegevoegd. Naast het meten van recidive vormt het meten van patiëntervaringen een nieuwe procesindicator.³⁰⁵ Niet alle indicatoren zijn na 2012 voor alle typen instellingen verplicht. Bij procesindicatoren beschikt DForZo zelf niet over desbetreffende inhoudelijke gegevens en heeft daar evenmin via een andere (centrale) organisatie zicht op.

De beschikbare realisatiecijfers maken duidelijk dat in 2014 en 2015 ruim de helft van de fz-populatie na afloop van de strafrechtelijke titel zorg nodig heeft (B.1) en dat dit in circa twee derde van deze gevallen is geregeld op de datum dat de strafrechtelijke titel afloopt (B.3). De mate waarin het delict risico is gestabiliseerd of afgenomen (D.1 en D.2) is alleen over 2013 bekend en loopt in dat jaar uiteen van 32% (PPC's), 42% (ambulante ofz), 68% (klinische ofz) tot 84% (FPC's). In 2013 en 2014 wordt bij circa 8% van de ofz-patiënten de behandelovereenkomst voortijdig afgebroken, vooral in de klinische ofz loopt dit percentage op naar 18% in 2015 (F.1). Circa 20% van de op jaarbasis afgesloten behandelingen betreft voortijdige beëindigingen (F.2). Omdat vergelijkbare gegevens over eerdere jaren niet voorhanden zijn, is een cijfermatige vergelijking van de ontwikkeling in de onderzoeksperiode in dit verband niet mogelijk. Wel constateert de NZa (2017b), na afloop van de onderzoeksperiode, in haar monitor Continuïteit van zorg nog steeds tekortkomingen:

Na uitstroom uit de forensische zorg lijkt er een structurele behoefte te zijn aan zorg in de reguliere ggz. Iets meer dan de helft van de patiënten zien we binnen drie jaar na hun behandeling in de forensische zorg weer terug in de reguliere ggz. Het percentage patiënten dat nog vervolgzorg nodig heeft wordt door behandelaars hoger ingeschat dan het percentage dat daadwerkelijk terug te zien is in de reguliere ggz. Er moet meer zicht en regie door ketenpartijen komen op de uitstroom om ervoor te zorgen dat patiënten de vervolgzorg krijgen die ze nodig hebben. Dit is belangrijk om terugval te voorkomen. (p. 5)

De NZa (2012b) toont zich in haar eerste Marktscan forensische zorg 2008 tot en met 2011 positiever over de ontwikkeling van (verantwoording over) kwaliteit:

Uit de marktscan blijkt dat de kwaliteitsverantwoording door zorgaanbieders sterk is toegenomen, dat het oordeel van toezichtorganen over de kwaliteit van aanbieders positief is (Ist) en dat er geen corrigerende maatregelen zijn opgelegd aan aanbieders. Daarnaast kan uit het aantal kwaliteitskeurmerken en certificaten worden geconcludeerd dat aanbieders bezig zijn met de professionalisering van bedrijfsprocessen. Dit is van

305. Navraag bij het EFP (september 2017 en 2018) leert dat er in de fz geen uniform meetinstrument is om patiëntervaringen te meten. In inkoop Eisen van DForZo is vastgelegd dat minstens tweejaarlijks patiënttevredenheidsonderzoek wordt uitgevoerd. In de prestatie-indicatoren gidsen is getracht het meten te uniformeren, maar dat heeft nog niet geleid tot een eenduidig gebruik van een meetinstrument. Uit inventarisatie van de gebruikte meetinstrumenten blijkt dat deze zeer divers zijn, waaronder ook de CQ-index.

belang voor de transparantie van kwaliteit en daarmee bevorderlijk voor scherpe zorginkoop. Ten algemene kan gezegd worden dat uit de beschikbare informatie een positief beeld van de kwaliteit naar voren komt. (beleidsbrief, p. 5)

In latere marktscans gaat de NZa hoofdzakelijk in op de noodzaak om de transparantie te verbeteren (2013b, p. 3 beleidsbrief) en de kwaliteit van zorg een belangrijkere rol te geven in de zorginkoop (2015a, p. 3 beleidsbrief; 2016c, p. 23).

Aan twee vertegenwoordigers bij de IGZ, de instantie die toezicht houdt op de kwaliteit van zorg, is in het kader van dit onderzoek gevraagd de ontwikkeling van kwaliteit van de fz (FPC's, PPC's, ambulante en klinische zorg) te beoordelen. Zij geven aan dat de IGZ bij fz naar dezelfde onderwerpen kijkt als in de reguliere zorg, zoals medicatieveiligheid, het tegengaan van geweldsincidenten, continuïteit van zorg en de ontwikkeling van zorgstandaarden. Met betrekking tot FPC's constateren zij dat op grond van beschikbare onderzoeken er geen indicaties zijn dat de kwaliteit in FPC's slechter is geworden. Het toegenomen gebruik van risicotaxaties, het verkorten van de behandelduur en de bouw van longstayklinieken kunnen volgens hen als kwaliteitsverbetering worden gezien, ervan uitgaande dat de beveiligingsnorm dezelfde is gebleven. Op deze gronden en met de kanttekening dat IGZ niet alles ziet, concluderen zij dat de kwaliteit in FPC's is toegenomen. Dezelfde conclusie trekken zij ten aanzien van PPC's, op basis van het onderzoek dat de IGZ (2011) kort na de oprichting van de PPC's uitvoerde, waarin werd geconcludeerd dat deze verantwoorde zorg leveren, en de follow-up daarvan. De respondenten van IGZ geven aan dat sprake is van professionalisering in de PPC's, zij voldoen aan een functie en zijn gecertificeerd. Zij hebben persoonlijk geen zicht op de kwaliteitsontwikkeling in de klinische en ambulante ofz. Aan hen is gevraagd om een overzicht te geven van het aantal fz-instellingen aan wie in de onderzoeksperiode een corrigerende IGZ-maatregel is opgelegd. Deze informatie bleek echter niet gespecificeerd naar zorgaanbieder of -sector beschikbaar.

Aan sturende actoren op strategisch en operationeel niveau (hierna aangeduid met SA1 respectievelijk SA2), bestuurders en behandelaren van zorginstellingen (UA1 respectievelijk UA2) en vertegenwoordigers van brancheorganisaties (OA1) en de NZa (OA2) is een wisselend aantal stellingen voorgelegd, waarvan enkele iets zeggen over (aspecten van) kwaliteit van fz na de stelselwijziging, de continuïteit van zorg daarbij inbegrepen. Tabel 5.9 geeft de frequentieverdeling van de antwoorden weer met in de laatste kolom de gemiddelde itemscore op een schaal van 1 tot en met 5 (variërend van zeer oneens tot zeer eens).

Tabel 5.9 Kwaliteit fz na stelselwijziging vanuit perspectief zorg

Stelling	Na de stelselwijziging . . .	Respondent	N	5 4 3 2 1					Frequentieverdeling	Gemiddelde
				Ze er eens	E ens	Niet (on) eens	O neens	Ze er oneens		
A	EFF0100[5]. [vermindert het niet zelf kunnen kiezen van de fz-verlener, de effectiviteit van de behandeling of begeleiding]	UA2 OA1	13	0	2	0	11	0		2,3*
B	EFF0100[6]. [wordt in de fz- behandeling of -begeleiding voornamelijk gewerkt aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van delict risico's]	UA2 OA1	13	1	8	2	2	0		3,6*
C	EFF0100[7]. [staat in de forensische zorg de eigen zorgvraag van de cliënt centraal, ook als deze niet is gerelateerd aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van delict risico's]	UA2 OA1	12	0	4	0	8	0		2.7
D	EFF0100[8]. [kan ik als FZ-behandelaar beter dan voorheen de vervolgzorg (laten) organiseren die ik passend vind]	UA2 OA1	13	0	7	2	4	0		3.2
E	EFF0100[9]. [hebben cliënten meer mogelijkheden tot passende vervolgzorg]	SA1 SA2 UA1 UA2 OA1 OA2	28	0	16	2	10	0		3.2
F	EFF0100[10]. [is het regelen van passende vervolgzorg geen probleem meer]	SA1 SA2 UA1 UA2 OA1 OA2	29	0	0	1	19	9		1,7*

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

Uit tabel 5.9 kan worden opgemaakt dat behandelaren en vertegenwoordigers van brancheorganisaties oordelen dat het niet zelf kunnen kiezen van een zorgaanbieder (zoals voor de stelselwijziging bij de ofz op basis van de AWBZ nog mogelijk was) de effectiviteit van de behandeling of begeleiding niet vermindert (A). Men is het erover eens dat in de fz voornamelijk aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van delict risico's wordt gewerkt (B). De meningen verschillen of de zorgvraag van de patiënt centraal staat als deze niet is gerelateerd aan het voorkomen daarvan (C). In brede kring is men het (zeer) oneens met de stelling dat het regelen van passende vervolgzorg geen probleem meer is (F). Over de aanwezigheid van meer mogelijkheden tot passende vervolgzorg zijn de meningen meer verdeeld (D en E). Kenmerkende toelichtingen zijn in dit verband (tussen haakjes wordt de respondent als type actor vermeld):

- "Ongeveer vijftig jaar lang was er het probleem van tbs-passanten die lang moesten wachten op tbs-behandeling. Dat leek onoplosbaar omdat we helemaal vastzaten. De stelselwijziging is ingezet vanuit het idee om tot een meer heldere verhouding tussen aanbieders, inkopers en stelselverantwoordelijke te komen. Dat is gelukt. De doelstelling van geen tbs-passanten is gelukt." (SA1)

- "Passende vervolgzorg is nog steeds heel ingewikkeld om te regelen. Binnen een kliniek zijn meerdere maatschappelijke werkers nodig om vervolgzorg te kunnen regelen. De reguliere zorg zit niet op fz-cliënten te wachten." (SA2)
- "De is verlegd. Na strafrechtelijk kader is het nog net zo moeilijk voor een fz-cliënt om plek te krijgen in de reguliere zorg vanwege grotere herkenbaarheid en stigma. Het zijn geen YAVIS-patiënten (young, attractive, verbal, intelligent, social)." (SA2)
- "Dus, ja, we [FPC's] hebben meer mogelijkheden tot passende vervolgzorg, maar we hebben ze zelf gecreëerd. De weerstand tegen het overnemen van tbs-patiënten in de reguliere zorg is nog net zo groot." (UA1)
- "De samenhang tussen de stelsels (fz, reguliere zorg) ontbreekt. Er is geen gezamenlijke capaciteitsplanning, geen afstemming van overgang tussen de systemen op zorginhoudelijke gronden. De fz eindigt als de strafrechtelijke titel eindigt. De duur van fz hangt samen met de titel. In de reguliere zorg hangt die samen met de ernst van de stoornis. Op overgangsmomenten komt dit niet bij elkaar." (UA1)
- "Sinds de scheiding is de continuïteit van zorg op de achtergrond geraakt. Er wordt nu hard gewerkt om verbindingen te creëren. Fz-cliënten komen uit de reguliere psychiatrie en gaan er weer naar terug. Op stelselniveau is niemand verantwoordelijk voor de verbinding." (UA1)
- "Voor de stelselwijziging was dit probleem minder, omdat er maar één financier was. Na de stelselwijziging zijn de discussies technisch en inhoudelijk ingewikkelder geworden, ook wat financiering betreft. Er hebben zich situaties voorgedaan waarin de behandelaar niet verder kon met de best passende behandeling in de reguliere zorg, omdat de financiering niet te regelen viel. Voor de stelselwijziging liep dat makkelijker in elkaar over." (UA1)
- "Bepalend voor de doorstroom is hoe gemeenten sturen. Gemeente Rotterdam bijvoorbeeld heeft een vlekkenplan, waardoor RIBW's of andere vormen van opvang van ingewikkelde patiënten in bepaalde gebieden (rode vlekken) niet mogen. Dan kun je als instelling niet het aanbod vormgeven dat nodig is. Deels vindt daarom opvang elders plaats voor Rotterdamse cliënten." (UA1)
- "Regelen van vervolgzorg is nog steeds hard werken." (UA2)
- "Er zijn meer mogelijkheden door een groter aanbod van vervolgzorg, maar je hebt er als fz-behandelaar minder over te zeggen wat betreft realisatie." (UA2)
- "Het is in 2015 gemakkelijker om fz-patiënten te plaatsen in reguliere en forensische zorg dan in 2006. Er zijn meer fz-aanbieders, omdat het voor instellingen interessant is zich meer/ ook op fz te richten (instellingen diversificeren vanwege organisatiebelang). Er zijn echter nog steeds problemen om bepaalde fz-cliënten te plaatsen." (UA2)
- "Van strafrechtelijk naar civielrechtelijk kan sprake zijn van voorzichtigheid, dan vervalt het gedwongen kader. Mogelijk is een neiging van fz-verleners om ze langer in fz te houden dan strikt nodig als vervolgzorg niet goed geregeld wordt. Er is sprake van voorzichtigheid gelet op incidenten. Ook het regime van zorgverzekeraars (strakke inkoop) minder bedden kan een drempel opwerpen." (OA)

Desgevraagd geven zeven respondenten (sturende actoren, vertegenwoordigers van brancheorganisaties) aan dat de behandeldoelen of kwaliteitseisen na de stelselwijziging zijn aangepast en niemand dat geen van beide is aangepast (DOE0150). De grotere gerichtheid op recidive speelt hierbij een belangrijke rol en in een enkel geval (inzake sglvg) wordt aanpassing van de groepsgrootte genoemd:

- "De behandeldoelen en kwaliteitsnormen zijn zeer aangepast omdat de behandeling ergens toe moest dienen. Steeds meer zijn/ worden via contracten afspraken gemaakt over wat er bereikt moet worden. Bij FPC's bijvoorbeeld worden boetes opgelegd als er te lang behandeld wordt. De behandeling is veel minder vrijblijvend, al is dat waarschijnlijk in de hele zorg zo. Een monopolistische inkoper is meer in de positie om daarop te sturen." (SA1)
- "De behandeldoelen en kwaliteitsnormen in de ggz zijn hetzelfde gebleven; Justitie is meer richting zorg opgeschoven. Binnen tbs en gw zie je verschuivingen. Aanvankelijk was fz veel meer gericht op beveiliging en veiligheid, daarna bewustwording dat de doelgroep meer zorg nodig heeft om recidive te verminderen. Daardoor meer zorg naar binnen gehaald, meer aandacht voor aansluiting op reguliere zorg, de zorgcomponent is meer gaan tellen bij Justitie. Positieve ontwikkeling." (SA1)
- "Aanpassing van doelen na stelselwijziging: veel meer toegesneden op recidive." (SA2)
- "De behandeldoelen zijn niet veranderd, maar de kwaliteitseisen zijn wel aangescherpt. DForZo heeft als inkoper een steeds helderder beeld van de te stellen kwaliteitsnormen voor fz. Heeft met stelselwijziging te maken gehad. De zorginkoop heeft zich ontwikkeld." (SA2)
- "Behandeldoelen en kwaliteitsnormen zijn aangepast: in 2015 is goed te zien dat de stelselwijziging enorme impact heeft gehad. Het zorgsysteem is zich meer naar vraag DJI gaan richten. Het feit dat dit ook in ICT-systemen is verankerd, betekent dat dit een geaccepteerde verandering is (geüniformeerd cliëntvolgsysteem tussen zorgsysteem en justitiële systeem)." (SA2)
- "FPA en FPK waren minder gefocust op recidive, meer op zorg. Sinds stelselwijziging zijn methodieken meer op recidive en risicotaxatie gericht. Bij tbs gebeurde dit al meer." (OA1)
- "De Borginstellingen hadden vergunning van VWS om vijf voorzieningen te bouwen van 24 bedden (4*6 bedden zoals hoort in de vg-sector, nodig om goed te functioneren). Na overheveling stelde Justitie dat dit qua prijs net zo duur is als tbs en werd het tarief verlaagd naar het niveau van FPA's (groepen van 12). De inzichten uit vg-sector moesten opnieuw bevochten worden en dat is niet gelukt." (OA1)

Tot slot kan met betrekking tot de kwaliteit van fz worden opgemerkt dat bij de (open) vraag om de sterke en zwakke punten na de stelselwijziging te evalueren, herhaald spontaan waardering blijkt voor de ontwikkeling daarvan door DForZo en het EFP:

- "Het budget is toegenomen en de kwaliteit van fz is echt omhooggegaan en dat was niet gebeurd zonder stelselwijziging." (SA1)
- "Justitie heeft inspanning gedaan om fz-instellingen te verbinden en de kwaliteit van fz (KFZ [Kwaliteit forensische zorg], kwaliteitsnetwerken) te stimuleren. Voorheen deed iedereen maar wat." (UA1)
- "Het fz-veld is heldere kwaliteitsmaatstaven gaan definiëren, met steun van DForZo en EFP." (UA1)
- "De inhoudelijke ontwikkeling van fz heeft een boost gekregen, er is een kwaliteitsslag gemaakt." (UA1)
- "Er vindt meer onderzoek plaats naar effectiviteit van behandelmethodes." (UA1)
- "Justitie heeft ingezet op samenwerking binnen de fz met een kwaliteitsimpuls." (UA1)
- "DForZo betaalt KFZ en EFP en zorgt ervoor dat kwaliteitsontwikkeling sterk van de grond komt." (UA1)

Een enkele kanttekening wordt ook geplaatst:

- "De toewijzing van cliënten wordt te veel door Justitie bepaald. Er is sprake van een gedwongen huwelijk. Zowel cliënt als instelling hebben geen invloed op de plaatsing. De invloed van triage is zo minimaal dat dit ten koste gaat van de kwaliteit." (UA1)

De problemen in het kader van de continuïteit van zorg worden spontaan het meest als zwak punt na de stelselwijziging genoemd (zie ook paragraaf 6.4). Een selectie van de reacties:

- "Continuïteit van zorg is nog niet gerealiseerd." (SA1)
- "De aansluiting op het reguliere systeem is niet verbeterd. Dat geldt voor aansluiting op zowel voor- als achterkant. Velen zouden niet in het justitiële circuit komen als ze eerder beter opgevangen waren." (SA1)
- "De aansluiting tussen forensische en reguliere zorg is verschoven: het schot zat eerst bij de toegang tot fz en nu bij de overgang naar de reguliere zorg." (SA1)
- "De overgang van fz naar reguliere zorg lag voor stelselwijziging bij [beëindiging] tbs en ligt nu bij beëindiging van strafrechtelijke titel. Het probleem van continuïteit zorg doet zich nu dus op grotere schaal voor." (SA2)
- "De uitstroom van fz (tbs en ofz) naar reguliere zorg moet beter. De huidige scheiding tussen reguliere en forensische zorg (stigma 'eng' en 'gevaarlijk') creëert een overgang en belemmert uitstroom uit tbs en ofz waar iets mee moet gebeuren." (SA2)
- "De aansluiting tussen de reguliere en forensische zorg is de minst geslaagde doelstelling van stelselwijziging." (SA2)
- "Reguliere en strafrechtelijke fz zijn aparte werelden geworden, dat is slecht voor de continuïteit van zorg." (OA)
- "Het faciliteren van doorstroming naar de reguliere zorg is onvoldoende." (OA)
- "De uitstroom fz is een heel groot probleem, een breukvlak. Het zichtbaar worden van fz-patiënt is een probleem geworden om door te stromen." (OA)

Samenvattend kan worden vastgesteld dat er te weinig informatie over uitkomstindicatoren beschikbaar is om de ontwikkeling van de kwaliteit van fz cijfermatig te kunnen beoordelen. Behandeldoelen en kwaliteitseisen zijn na de stelselwijziging aangepast, voornamelijk door een grotere gerichtheid op het verminderen van recidive. Het zorgsysteem is zich meer naar de vraag van DJI gaan richten. Enkel met betrekking tot de sglvg-doelgroep is er het signaal dat de kwaliteitsnorm na de stelselwijziging vanwege de kosten is aangepast (verdubbeling groepsgrootte). Op basis van de meer op het forensische karakter gerichte behandeldoelen en kwaliteitseisen, de volgens de NZa toegenomen kwaliteitsverantwoording, het oordeel van van de IGZ over de toegenomen IGZ over met name FPC's en PPC's, en de (spontane) brede waardering van respondenten voor de toegenomen aandacht hiervoor, lijkt de conclusie desondanks gerechtvaardigd dat de kwaliteit in de fz in de onderzoeksperiode is toegenomen. De vanaf 2014 beschikbare gegevens over de mate waarin noodzakelijk geachte aansluitende zorg is geregeld op de datum dat de strafrechtelijke titel afloopt, wijzen echter wel op problemen in de continuïteit met vervolgzorg. Sommige respondenten geven aan dat er, onder andere dankzij initiatieven van de fz-instellingen zelf, sprake is van enige verbetering voor met name ter beschikking gestelden (FPC) ten opzichte van de situatie voor de stelselwijziging. Anderen wijzen op structurele knelpunten (grotere herkenbaarheid fz-patiënten, schotten in verband met verschillen in financieringssystematiek en minder zeggenschap fz-instellingen) voor de fz als geheel. Met name voor ofz-patiënten lijkt hierbij sprake van een verslechtering

ten opzichte van de oude situatie. Of in dit opzicht voor gedetineerden (PPC) een verandering is opgetreden, is niet door respondenten genoemd en vertegenwoordigers konden niet worden geïnterviewd. Justitie en VWS zijn, mede naar aanleiding van de moord op voormalig politica Els Borst, in 2016 een programma gestart om de knelpunten aan te pakken (Programma Continuïteit van zorg, 2017a).

Concluderend: *Verandering kwaliteit na stelselwijziging vanuit perspectief zorg*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
Kwaliteit (zorg)	+	+	+	+
Kwaliteit (continuïteit)	+	?	-	-

Legenda. + Toegenomen; - afgenomen; ? onbekend

5.5.2 Perspectief veiligheid

In de fz wordt onderscheid gemaakt tussen veiligheid binnen en buiten de fz-instelling, ofwel interne en externe veiligheid. Opvallend is dat in de rapportages Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie (of de reeks 'DJI in getal') nauwelijks gegevens zijn gepubliceerd over het aantal geweldsincidenten, ondanks dat dit tenminste vanaf 2012 voor vrijwel alle fz-instellingen als een verplichte prestatie-indicator geldt (zie G in tabel 5.8). Beschikbare gegevens over agressie tegen medepatiënten of personeel zijn opgevraagd en verkregen via DJI, maar voor en na 2012 niet vergelijkbaar.³⁰⁶ Tabel 5.10 geeft een overzicht van de beschikbare gegevens in de onderzoeksperiode. Over ofz zijn geen andere gegevens beschikbaar dan in tabel 5.8 gepresenteerd. Bij tabel 5.10 wordt opgemerkt dat de gegevens over het gevangeniswezen betrekking hebben op de PI's als geheel en niet enkel op de zorgafdelingen (PPC) daarbinnen.

Met betrekking tot de externe veiligheid van fz laat tabel 5.10 zien dat er in de onderzoeksperiode fluctuaties zijn in het aantal ontvluchtingen en onttrekkingen maar dat het, zeker bij ontvluchtingen, om kleine aantallen gaat. Bij FPC's liggen de ontvluchtingen en onttrekkingen in 2015 globaal op hetzelfde (lage) niveau als in 2006. In PI's is het aantal onttrekkingen in 2015 lager dan in 2006.

Wat de interne veiligheid betreft, laat de tijdreeks over het aantal suïcides zien dat het eveneens kleine aantallen betreft. Dit aantal ligt in het gevangeniswezen in 2015 op een iets lager niveau dan in 2006. Het aantal geweldsincidenten tegen medepatiënten en personeel daalt tussen 2006 en 2011 in (een deel van) FPC's. Tussen 2012 en 2015 is in de FPC's sprake

306. Over de periode 2006 tot en met 2011 heeft DJI geen totaaloverzicht van het aantal geweldplegingen in FPC's en PPC's. Op grond van de planning- en controlcyclus waren FPC's niet verplicht om het aantal straf- en ordemaatregelen vanwege geweldpleging aan het hoofdkantoor aan te leveren. Het gevangeniswezen is dit niet verplicht op bestemmingsniveau (zoals PPC's). Vanaf 2012 wordt hier daarom gebruikgemaakt van de Incidentenmonitor, waarbij (voor FPC's en PPC's) als uitgangspunt voor registratie een bezoek aan de medische dienst, arts of ziekenhuis geldt. Overigens voldoen volgens DJI in de praktijk (tot en met 2015) niet alle voorvallen aan deze definitie en zijn ook dreigementen of geweldplegingen geregistreerd, waarbij geen medische behandeling nodig was.

Tabel 5.10 Indicatoren interne en externe veiligheid fz (2006 t/m 2015)

Indicator	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Externe veiligheid</i>										
Ontvluchtingen FPC	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
Ontvluchtingen GW	3	4	4	7	6	1	2	1	1	2
Onttrekkingen FPC	43	33	28	22	41	37	56	35	39	49
Onttrekkingen GW	811	682	684	736	663	514	448	397	381	336
Onttrekkingen OFZ								177	148	143
<i>Interne veiligheid</i>										
Suïcides FPC						2	3	4	2	1
Suïcides GW	16	15	12	10	18	15	10	4	14	11
Geweldsincidenten tbs patiënten onderling	3,0	2,8	2,3	1,0	0,8	0,2				
Geweldsincidenten tbs tegen personeel	5,9	4,4	4,0	1,3	1,5	0,8				
Agressie tegen medepatiënten FPC							22	15	28	25
Agressie tegen medepatiënten PPC							2	1	1	1
Agressie tegen personeel/ anderen FPC							35	46	40	72
Agressie tegen personeel/ anderen PPC							9	3	7	1

Bronnen

DJI (Forensische zorg/ gevangeniswezen/ DJI in geta), uitgezonderd geweld (jaarverslagen) en agressie (Incidentenmonitor, meldingen bijzonder voorval)

Toelichting

Ontvluchting: ontsnapping uit p.i. vanuit beveiligde inrichtingsgebouw of beveiligde terrein; ontrekking: ontrekking aan toezicht tijdens verblijf buiten p.i. en niet terugkeren van toegestaan tijdelijk verblijf buiten p.i. Geweldsincidenten t/m 2011 hebben als uitgangspunt dat een straf- of ordemaatregel moest volgen, worden uitgedrukt per 100 bezette plaatsen en hebben niet op alle fpc's betrekking. Agressie heeft vanaf 2012 betrekking op melding bijzonder voorval met als uitgangspunt bij geweldpleging dat bezoek aan medische dienst/arts/ziekenhuis nodig is (alle fpc's)

van een wisselend beeld, maar duiden de cijfers op een toename van agressie tegen het personeel. Of dit ten opzichte van 2006 een verbetering of verslechtering inhoudt, is vanwege de onvergelykbaarheid van definitie en reikwijdte van de gegevens echter niet te achterhalen. Het aantal meldingen in verband met agressie fluctueert ook in PPC's, maar duidt eerder op een daling. Hoe dit zich verhoudt tot 2006 is evenmin bekend.

Aan de IVenJ, de instantie die toezicht houdt op de veiligheid van fz, is (toen de onderzoeker nog niet de beschikking had over genoemde cijfers) gevraagd de ontwikkelingen in de fz (FPC's, PPC's, ambulante en klinische zorg) in de onderzoeksperiode te beoordelen. De twee betreffende respondenten melden dat de indicatoren voor externe veiligheid niet zijn veranderd, maar dat door veranderend justitiebeleid in de onderzoeksperiode de focus meer is gericht op forensische scherpste en beveiligen. "Die begrippen zijn harder en steviger neergezet dan in de jaren daarvoor. Het beleid ten aanzien van bijvoorbeeld drugsvrije inrichtingen is strakker en duidelijker geformuleerd. De IVenJ stemt daar haar handelen op af. Bij incidentonderzoek is de component beveiliging zwaarder geworden." Voorts geven ze aan dat (onder meer de) aangescherpte tbs-verlofpraktijk niet samenhangt met de stelselwijziging,

maar met aanbevelingen van de parlementaire commissie Visser (zie paragraaf 1.1).³⁰⁷ De externe veiligheid van hoog beveiligde fz (FPC, FPK, PPC) is volgens hen op orde. Op de toezichtportefeuille (ambulante ofz) hebben de respondenten zelf geen zicht. Het takenpakket van toezichthouders bij reclassering, de toegenomen zwaarte van de doelgroep en de piketmeldingen baren hen echter zorgen. Andere respondenten wijzen (bij de vraag naar sterke punten) overigens ongevraagd ook op de zwaardere tbs-verloftoetsing en beoordelen deze als positief:

- "De verloftoetsing is bij tbs-klinieken weggehaald. Dat is een serieuze toetsing en daarmee sterk punt." (UA1)
- "De invoering van Avt-toetsing [Adviescollege verloftoetsing tbs] van tbs-verlof is door het veld weliswaar als bureaucratisch ervaren, maar is toch puur winst vanwege de intercollegiale toetsing." (UA2)

De vraag of de interne veiligheid in FPC's is toe- of afgenomen leidt niet tot een eenduidig oordeel van de IVenJ-respondenten:

- "Het beleid is sterk gericht geweest op professionalisering van bijvoorbeeld de verlofpraktijk. Dit heeft tot een goede kwaliteitsontwikkeling geleid, maar de middelen die instellingen krijgen om dit uit te voeren zijn door bezuinigingen daarna afgenomen. Ook is er veel onrust ontstaan door dreigende sluiting van instellingen."

Volgens de ene respondent is de interne veiligheid in FPC door deze ontwikkelingen in 2015 per saldo afgenomen ten opzichte van voor de stelselwijziging. Volgens de andere weegt de professionaliseringsslag zwaarder en is deze per saldo toegenomen. De beelden komen meer overeen wat de interne veiligheid en kwaliteit van verblijf binnen het gevangeniswezen betreft. Volgens de respondenten is deze bevorderd door de inrichting van de PPC's. Voorheen zaten gedetineerden "meer kort gehouden" op een beheersafdeling in een PI.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de tijdreeksen over ontwikkelingen in de interne veiligheid van fz te kort zijn om deze cijfermatig te kunnen beoordelen. Voor zover gegevens beschikbaar zijn, laten de FPC's in de onderzoeksperiode een wisselend beeld zien. Ook de IVenJ-respondenten kunnen hierover niet eenduidig concluderen, met uitzondering van de interne veiligheid in PPC's die volgens hen toegenomen. Op de intra- en extramurale ofz hebben zij echter geen zicht. Op basis van de beschikbare informatie, het oordeel van en door vertegenwoordigers van de IVenJ geschetste beeld van "een duidelijker op beveiligen gerichte focus en het steviger neerzetten en handhaven van forensische scherpste in de instellingen", wordt geconcludeerd dat de externe veiligheid in de beveiligde fz (FPC's, PPC's en intramurale ofz) is toegenomen. De gegroeide tbs-verlofpraktijk wordt een sterk punt genoemd, maar wordt door sommigen als losstaand van de stelselwijziging gezien (zie verder subparagraaf 6.3.5 en paragraaf 7.2). Op eventuele verandering van de externe veiligheid in de extramurale

307. De uitspraak dat de professionalisering van de tbs-verloftoetsing niet het gevolg is van de stelselwijziging maar daarvoor reeds in gang is gezet, is terecht in die zin dat dit een uitwerking betreft van aanbevelingen 6 en 12 van de parlementaire onderzoekscommissie tbs (TK, 2005-2006d, pp. 119, 124), die werd ingesteld naar aanleiding van ernstige misdrijven gepleegd door ontsnapte ter beschikking gestelden. Aanbeveling 6 betreft de verdere ontwikkeling van bestaande risicotaxatie-instrumenten, aanbeveling 12 een meer professionele verloftoetsing. Zie verder subparagraaf 6.3.5.

ofz is geen zicht verkregen.

Concluderend: *Verandering kwaliteit na stelselwijziging vanuit perspectief veiligheid*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
Kwaliteit (externe veiligheid)	+	+	+	?
Kwaliteit (interne veiligheid)	..	+	?	?

Legenda. + Toegenomen; .. geen eenduidige input; ? onbekend

5.6 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van fz kan zowel vanuit het perspectief van Justitie (namens de samenleving) als vanuit dat van de justitiabele (patiënt) worden beschouwd.

5.6.1 Perspectief Justitie

Tijdige uitvoering van vonnissen is beleidsmatig en politiek gezien van belang en vormde mede aanleiding tot de overheveling van fz van VWS naar Justitie (paragraaf 1.1). In de jaren voor de stelselwijziging en de eerste jaren daarna, ging de aandacht daarbij uit naar ter beschikking gestelden. Op grond van artikel 12 van de Bvt dient een ter beschikking gestelde uiterlijk binnen een termijn van zes maanden na de terbeschikkingstelling in een FPC te worden geplaatst. DJI hanteert een interne norm van plaatsing in een FPC binnen 35 werkdagen, aansluitend op de vrijheidsstraf (DForZo, 2013, p. 186). Een groot deel van de ter beschikking gestelden, in de jaren 2011 tot en met 2015 waarover gegevens beschikbaar zijn betreft dit ruim 80% (DJI, 2016a, p. 60), zit in het kader van een combinatievonnis voorafgaand aan de tbs-behandeling eerst een gevangenisstraf uit. De ter beschikking gestelde verblijft dan vanaf de datum van beëindiging van de vrijheidsstraf als tbs-passant in de gevangenis. Tabel 5.11 toont hoe het aantal wachtenden en de wachttijd zich in de onderzoeksperiode ontwikkelen.

Tabel 5.11 Gemiddeld aantal en wachttijden tbs-passanten (2006 t/m 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gemiddeld aantal TBS-passanten	146	150	120	76	33	24	27	22	20	19
Gemiddelde wachttijd TBS-passanten die langer dan 30 dagen wachten (dagen)	359	297	312	261	135	124	88	100		
Gemiddelde wachttijd alle TBS-passanten (dagen)					134	85	82	81	62	42

Bronnen

DJI (2006 t/m 2010, wachttijd passanten > 30 dagen t/m 2013: Forensische zorg in getal; 2011 t/m 2015: DJI in getal)

Toelichting

TBS-passant: justitiabele van wie de tbs is aangevangen en in een penitentiaire inrichting wacht op opname in FPC. Vanaf 2010 is definiering van de wachttijd aangepast i.v.m. aansluiting op NZa-methodiek, door ook de wachttijd mee te nemen van personen die binnen de norm van 30 werkdagen in een FPC terecht kunnen

Tabel 5.11 laat zien dat zowel het gemiddeld aantal tbs-passanten als de gemiddelde wachttijd in de onderzoeksperiode afneemt en in 2015 substantieel lager is dan in 2006. Vanaf 2010 valt de gemiddelde wachttijd binnen de wettelijke termijn. In 2015 geldt dit ook voor de (strengere) interne DJI-norm. Na analyse van de inkoopgegevens en het plaatsingsproces in de jaren 2013 tot en met 2015 concludeert de NZa dat te hoge wachttijden vooral voorkomen

in situaties dat de terbeschikkingstelling aanvangt zodra het vonnis onherroepelijk is, waarbij dus niet eerst de vrijheidsstraf dient te worden uitgezeten, en dan het gevolg zijn van vertraging in het plaatsingsproces vanwege onvoldoende tijdige afstemming tussen ketenpartners en niet vanwege beschikbare capaciteit (NZa, 2016c, p. 43).

Voor de overige strafrechtelijke titels gelden geen wettelijke normen voor de wachttijd, maar hanteert DJI interne normen (DForZo, 2013, pp. 185-187). De wachttijden zijn vanaf 2011 bekend. Tabel 5.12 geeft een overzicht van de via de NZa verkregen gegevens over wachttijden in een PPC en in de ofz.

Tabel 5.12 Wachttijden PPC en ofz naar type, in weken (2011 t/m 2015)

	2011	2012	2013	2014	2015
Ambulante OFZ	11,0	10,5	10,4	11,6	12,4
OFZ met verblijf in beveiliging 1	11,0	10,0	6,9	6,6	4,1
OFZ met verblijf in beveiliging 2	8,5	9,0	5,5	6,2	5,2
OFZ met verblijf in beveiliging 3	8,8	8,3	6,9	6,1	3,7
Zorg in een PPC	7,0	4,5	2,6	1,5	1,0

Bron:

Nza/ DIS

Tabel 5.12 laat zien dat de wachttijden voor zorg in een PPC tussen 2011 en 2015 het sterkst zijn gedaald, van 7 weken naar 1 week. De wachttijden in de klinische ofz dalen eveneens, maar minder sterk van 11 naar 4,1 weken (beveiligingsniveau 1 ofwel ggz), van 8,5 naar 5,2 weken (beveiligingsniveau 2 ofwel FPA) en van 8,8 naar 3,7 weken (beveiligingsniveau 3 ofwel FPK). De wachttijd voor ambulante ofz stijgt in dezelfde periode van 11 naar 12,4 weken. Uit onderliggende gegevens blijkt dat de aanmeldwachttijd in de ambulante ofz ongeveer gelijk blijft, maar de behandelwachttijd toeneemt.³⁰⁸

In 2015 liggen bij gedetineerden de realisatiecijfers (vaak substantieel) lager dan de interne DJI-normen voor aanmeld- en behandelwachttijden, met uitzondering van poliklinische verrichtingen door ggz in het gevangeniswezen die als "minst urgent" zijn genormeerd (VenJ, 2012, p. 185). Bij de overig forensische patiënten worden in 2015 de interne DJI-normen vaak overschreden en vallen de realisatiecijfers in vergelijking met gedetineerden hoog uit (NZa, 2017b, pp. 24-26). Volgens de NZa is de toegankelijkheid van de zorg in het geding en verdient de toename van de wachttijden in de ambulante forensische behandelzorg nadrukkelijk aandacht (NZa, 2017b, pp. 31-32). De NZa concludeert verder dat de interne streefnormen voor de wachttijden van de overige forensische behandelzorg, per strafrechtelijke titel, onvoldoende aansluiten bij de zorgbehoefte en de zorginkoop en adviseert om ook normen op te stellen en te monitoren voor wachttijden in de forensische begeleidingszorg.

308. De NZa definieert de aanmeldwachttijd als de tijd (in weken) tussen het moment van aanmelden bij de zorgverlener en de intake bij de zorgverlener. De behandelwachttijd is de tijd (in weken) tussen het moment van aanmelden en het begin van de behandeling.

Tabel 5.13 toont hoe sturende actoren, bestuurders en behandelaren in fz-instellingen, brancheorganisaties, NZa en IGZ de toegankelijkheid in termen van 'de juiste patiënt op het juiste bed' beoordelen. Aangezien dit zowel beleidsmatig (TK, 2009-2010d, p. 3) als in de zorginkoop (DJI, 2009, p. 8) een belangrijke doelstelling is, wordt dit in het kader van het justitieperspectief besproken. Ook vanuit patiëntperspectief is dit van belang.

Tabel 5.13 Toegankelijkheid fz na stelselwijziging vanuit perspectief justitie

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

Uit tabel 5.13 valt af te lezen dat respondenten de stelling onderschrijven dat patiënten meer dan voorheen (vóór de stelselwijziging) op de juiste plek behandeld en beveiligd worden (A):

- "Er zit meer druk op, de hele keten is betrokken. Er is meer afstemming met PI's, omdat vanuit één verwijzer (DJI) wordt gewerkt." (UA1)
- "Meer op juiste plek: klinieken hebben zich aangepast aan de meer wisselende instroom van patiënten." (UA2)
- "Veel aandacht (door stelselwijzigingen) voor verschillen tussen doelgroepen: er wordt beter geïndiceerd." (OA3)

Enkelen die dit anders zien, lichten toe:

- "Vooral lvb'ers vallen tussen wal en schip." (UA1)
- "Er zitten niet meer fz-cliënten op de juiste plek vanwege de regionale plaatsing van tbs-gestelden. Voor ofz-cliënten geldt hetzelfde." (UA1)

Over de vraag of dat meer dan voorheen ook op het juiste moment gebeurt (B), is geen consistent beeld. Enkelen lichten dit toe:

- "Meer op het juiste moment want de wachttijden zijn korter; de behandeling in het kader van het vonnis wordt sneller uitgevoerd. DIZ heeft er belang bij om patiënten op tijd te plaatsen (schadevergoeding)." (UA1)
- "Meer op juiste moment behandeld omdat vraag- aanbodfrictie kleiner is en daardoor toegankelijker is. In het algemeen minder wachttijden en -lijsten." (UA1)
- "Cliënten worden minder dan voorheen op het juiste moment behandeld en begeleid vanwege het hele bureaucratisch apparaat en proces dat nodig is om een patiënt geplaatst

te krijgen. Vaak gaan hier een paar maanden aan op. Dit is trager dan voorheen en gaat ten koste van de behandeltime." (UA1)

- "ISD'ers [personen die door de rechter in een ISD zijn geplaatst] worden in ieder geval niet op het goede moment (te laat) behandeld (verblijven eerst een jaar in de gevangenis). Ze mogen maar twee keer teruggeplaatst worden. Het is niet bekend of ze eerder geplaatst worden/ instromen dan vroeger. ISD is geen verbetering ten opzichte van de SOV [Strafrechtelijke Opvang Verslaafden]." (UA2)

Enkelen zeggen expliciet dit niet te kunnen beoordelen en bepleiten onderzoek:

- "Het is een zorgvuldiger procedure, maar er is meer onderzoek nodig om te zeggen dat cliënten meer dan voorheen op de juiste plek of op het juiste moment worden behandeld. Indruk dat voorheen patiënten ook op juiste plek zaten." (UA2)
- "Geen zicht op . . . betere behandelplek of moment van behandeling. Om hier antwoord op te geven is nader onderzoek nodig." (OA2)
- "Indruk dat verkeerde beddenproblematiek is verminderd, maar kan dit niet onderbouwen." (OA3)

De mate waarin fz in vonnissen ten uitvoer wordt gelegd is niet bekend. Hiervoor is weliswaar een indicator geformuleerd waarmee DJI aan Justitie verantwoording zou afleggen met betrekking tot voldoende fz-capaciteit (NZa, 2015a, p. 43), maar volgens DForZo is deze indicator niet gebruikt aangezien de noodzakelijke gegevens ontbreken.

Samenvattend

Het aantal tbs-passanten en de wachttijden van ter beschikking gestelden zijn substantieel afgenomen in de onderzoeksperiode. Op basis daarvan kan worden geconcludeerd dat de toegankelijkheid van FPC's na het uitzitten van de vrijheidsstraf is verbeterd. Bij gedetineerden en overig forensische patiënten is op grond van beschikbare gegevens over wachttijden tussen 2011 en 2015 geen vergelijking mogelijk met de situatie voorafgaand aan de stelselwijziging (2006). Gelet op de ontwikkeling van de wachttijden vanaf 2011 en de aangehaalde bevindingen van de NZa ontstaat het beeld dat DForZo vooral is gaan sturen op toegankelijkheid van fz voor gedetineerden (met de laagste prioriteit voor poliklinische verrichtingen) en de klinische ofz. Omdat zorg in detentie deel uitmaakte van de problematiek die aanleiding gaf tot de stelselwijziging (TK, 2004-2005c, pp. 2-4) en DJI destijds deze sturingsmogelijkheid niet had, is aannemelijk dat de toegankelijkheid van fz voor gedetineerden in de onderzoeksperiode is verbeterd. Bij overige forensisch patiënten is het beeld minder duidelijk. In de probleemschets voorafgaand aan de stelselwijziging werd zorg als bijzondere voorwaarde in een vonnis (eveneens) als onderdeel van de problematiek genoemd. Of de fysieke toegankelijkheid van de ofz beter is in 2015 dan in 2006 is op grond van de beschikbare (wachttijd)gegevens niet te achterhalen.

Concluderend: *Verandering toegankelijkheid na stelselwijziging vanuit perspectief justitie*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
Toegankelijkheid (justitie)	+	+	?	?

Legenda. + Toegenomen; ? onbekend

5.6.2 Perspectief forensische patiënt

In het Ibzf (artikel 3) is het uitgangspunt vastgelegd dat DForZo de ggz, vz en vgz bekostigt die deel uitmaakt van een strafrechtelijke titel, waaronder (voorwaardelijke) sancties of de uitvoering daarvan. Indien een justitiabele voordat een strafrechtelijke titel werd opgelegd AWBZ-/ Wlz-zorg of klinische zorg uit de Zvw ontving (met uitzondering van ter beschikking gestelden³⁰⁹ en gedetineerden), blijft deze bekostigd door de AWBZ/ Wlz of Zvw. Alleen de aanvullende zorg waartoe de strafrechtelijke titel leidt, wordt als fz beschouwd (DForZo, 2013, p. 13). Wanneer voorafgaand aan de strafrechtelijke titel reeds sprake was van ambulante zorg op basis van de Zvw, dan wordt alle zorg waar de strafrechtelijke titel toe noodzaakt, vergoed als fz (DForZo, 2013, p. 13). DForZo betaalt daarmee (tenminste) de kosten voor fz van een justitiabele en kan in dat opzicht worden gezien als zorgverzekeraar. Een fz-patiënt is, om bij deze terminologie te blijven, 'verplicht verzekerd'.

Op grond van artikel 25 lid 1 Zvw wordt bij gedetineerden en ter beschikking gestelden (DForZo, 2013, p. 13) de zorgverzekering opgeschort wanneer "de minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan verzekerde" (art 24 lid 1 Zvw). Zolang en zodra de zorgverzekering is opgeschort, is een gedetineerde of ter beschikking gestelde premieplichtig noch eigen risico verschuldigd. Voor overige forensisch patiënten gelden iets andere regels: zij zijn via de Zvw verzekerd, betalen hiervoor premie en ontvangen (afhankelijk van het inkomen) zorgtoeslag, maar betalen geen eigen risico voor fz (opgave DForZo).

Toch zijn, tot aan de inwerkingtreding van de Wfz,³¹⁰ de kosten fz niet altijd zonder financiële consequenties voor betrokkenen. Voor justitiabelen die in een door Justitie gefinancierde zorginstelling verblijven, is op grond van artikel 4, lid 4 Ibzf een eigen bijdrageregeling in het leven geroepen.³¹¹ De hoogte van de eigen bijdrage hangt af van inkomen, leeftijd, gezinssituatie en duur van het verblijf.³¹²

In verband met de schuldenproblematiek van justitiabelen kan met zorgverzekeraar VGZ, belast met de inning van de eigen bijdrage, een betalingsregeling worden getroffen. Daartoe heeft DForZo met VGZ een incassoprotocol vastgesteld om zoveel mogelijk de verschuldigde eigen bijdrage te kunnen innen.³¹³ DForZo noch NZa hebben zicht op de financiële

309. Dit geldt niet voor ter beschikking gestelden tijdens proefverlof en voorwaardelijke beëindiging, zij hebben aanspraak op de Zvw.

310. Artikel 2.2 lid 3 Wfz bepaalt, naar aanleiding van amendement Bouwmeester: "Van de forensische patiënt kan geen bijdrage in de kosten voor verblijf in een instelling worden gevraagd".

311. Vanaf medio 2011 wordt de eigen bijdrage geïnd. In de hierop volgende jaren gaat het om de volgende bedragen (bron: DJI): € 1.551.545 (2012); € 1.535.292 (2013); € 1.707.682 (2014); € 2.326.096 (2015). De toename van het geïnde bedrag per jaar wordt door DJI toegeschreven aan de groei in de ofz, in het bijzonder bij het segment beschermd wonen.

312. Bij een verblijf in een RIBW is de eerste zes maanden een lage en daarna een hoge eigen bijdrage verschuldigd. Bij verblijf in een ggz-instelling gold tot 2015 dat na een jaar en vanaf 2015 na drie jaar een hoge bijdrage is verschuldigd. De lage eigen bijdrage varieert in 2011 tussen minimaal € 145 en maximaal € 765 en in 2015 tussen € 159 respectievelijk € 833. De hoge bijdrage bedraagt in 2011 maximaal € 2097 en in 2015 maximaal € 2285 (opgave DForZo).

313. Volgens DForZo lukt dit niet altijd, omdat VGZ geen mogelijkheid heeft tot broninhouding.

consequenties voor fz-patiënten van de eigenbijdrageregeling bij verblijf in ofz en of dit knelpunten oplevert.³¹⁴

Ter verdere verkenning van drempels in toegankelijkheid van fz vanuit het perspectief van de patiënt wordt hierna ingegaan op enkele (andere) onderwerpen die voor een patiënt van belang (kunnen) zijn, namelijk:

- de mogelijkheid om (zelf) een zorgaanbieder te kiezen;
- de mogelijkheid voor een patiënt om (zelf) een *second opinion* aan te vragen;
- de mogelijkheid (het risico) om niet voor zorg in aanmerking te komen wanneer de patiënt daar (zelf) behoefte aan heeft.

De stelling dat een fz-patiënt voldoende invloed heeft op de keuze van een zorgaanbieder is, onder expliciete verwijzing naar de situatie voorafgaand aan de stelselwijziging waarbij AWBZ-verzekerden deze keuze hadden, voorgelegd aan sturende actoren, bestuurders en behandelaren van zorginstellingen, vertegenwoordigers van brancheorganisaties en van de NZa (tabel 5.14). Omdat (het ontbreken van) keuzevrijheid van fz-patiënten mogelijk gevolgen heeft voor de duur en effectiviteit van de behandeling, zijn daarnaast aan behandelaren en brancheorganisaties stellingen voorgelegd over het mogelijke effect daarvan.

Tabel 5.14 Toegankelijkheid fz na stelselwijziging vanuit perspectief patiënt

Stelling	Respondent	5 4 3 2 1					Frequentieverdeling	Gemiddelde	
		N	Ze er eens	E ens	Niet (on) eens	O neens			Ze er oneens
Na de stelselwijziging . . .									
A EFF0100[1]. [hebben cliënten zelf nog voldoende invloed op de keuze voor een fz-aanbieder]	SA1 SA2								
	UA1 UA2	25	0	2	2	18	3		2,1
	OA1 OA2								
B EFF0100[4]. [heeft het niet zelf kunnen kiezen van de fz-verlener door cliënten, een negatieve invloed op de (benodigde) duur van de behandeling of begeleiding]	UA2 OA1	13	0	2	1	9	1		2,3
C EFF0100[5]. [vermindert het niet zelf kunnen kiezen van de fz-verlener, de effectiviteit van de behandeling of begeleiding]	UA2 OA1	13	0	2	0	11	0		2,3

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

314. Uit navraag bij DForZo (en via hen bij zorgverzekeraar VGZ) blijkt dat men geen zicht heeft op het gemiddelde bedrag van de geïnde eigen bijdrage per patiënt in de jaren 2011 tot en met 2015 en evenmin op het deel van de eigen bijdragen die tot een betalingsregeling met de patiënt leiden. Navraag bij de NZa leert dat dit (anders dan bij de ggz) geen aandachtspunt vormde, omdat het verplichte karakter van fz ervoor zorgt dat een fz-patiënt de zorg krijgt die nodig is. Een justitiabele moet echter instemmen met (zorgtoeleiding als een van de) bijzondere voorwaarden (subparagraaf 3.3.3.1) en zou zich door financiële overwegingen kunnen laten leiden. In de reguliere ggz blijken effecten van eigen bijdragen (prijsgevoeligheid) namelijk relatief hoog (Lambregts & Van Vliet, 2018).

Tabel 5.14 laat zien dat de respondenten het oneens zijn met de stelling dat patiënten zelf nog voldoende invloed hebben op de keuze voor een zorgaanbieder (A). Met stellingen (B en C) dat het ontbreken van keuzevrijheid van fz-patiënten geen negatieve invloed heeft op de duur of effectiviteit van de behandeling zijn respondenten het eens. Gelet op de verschillen in toelichting betreft de overeenstemming vooral dát er geen sprake is van keuzevrijheid van de fz-patiënt, niet de waardering van dat feit. Bij een aantal respondenten klinkt, in meerdere of mindere mate, begrip door:

- "Een fz-cliënt wordt niet betrokken bij plaatsing. DJI kijkt naar de woonplaats en plaatst zoveel mogelijk 'regionaal, tenzij' . . . om het netwerk in stand te houden. Bij tbs is vaker sprake van een contra-indicatie. Een fz-patiënt kan een overplaatsingsverzoek indienen, maar dat wordt weinig opgevolgd omdat de behandelrelatie dan verstoord wordt." (SA2)
- "Het plaatsingsbureau bepaalt waar de patiënten heen gaan. Wie het snelste kan leveren, krijgt de patiënt. Tegenwoordig vindt meer regionale plaatsing plaats, ook als patiënt dit liever niet wil." (UA1)
- "DForZo streeft naar regionale plaatsing (in de veronderstelling en hoop dat dit tegemoet komt aan wensen cliënt). Overigens is het bij fz begrijpelijk dat het niet uitmaakt wat de cliënt wil. Bij voorwaardelijke titels zou een breder aanbod echter ondersteunend, motiverend kunnen werken." (UA1)
- "Cliënten hebben geen verstand van noch overzicht op het fz-veld om zelf een goede fz-aanbieder te kiezen." (UA2)
- "Cliënten zijn al lang blij als ze naar een RIBW kunnen, want dan krijgen ze meer vrijheden dan ze hadden in een penitentiaire inrichting of kliniek." (UA2)
- "Een fz-cliënt heeft minder keus, dat is principieel minder wenselijk maar eigen keus is niet relevant voor de behandeling. Er wordt met behandelprogramma's gewerkt, dat moet goed zijn los van welke behandelaar dit aanbiedt." (UA2)
- "Geen keuze van fz-cliënt is inherent aan gedwongen zorg." (OA1)

Kritischer geluiden zijn er ook:

- "Het zou slim zijn om meer rekening te kunnen houden met voorkeuren van cliënten, waar dit niet conflicteert met het strafrechtelijk belang. We zijn er nog niet aan toe om te zoeken naar de juiste balans." (SA2)
- "De keuzevrijheid in de ofz valt erg tegen. Ambulant wordt door reclassering bepaald; klinisch door NIFP. Plaatsingen gebeuren centraal (DIZ); die hebben inhoudelijk geen verstand van fz. Wordt nu bureaucratisch afgehandeld. Hier is verarming ontstaan." (UA1)
- "Dat er geen sprake is van keuzevrijheid van fz-cliënten leidt tot problemen bij de fz-instelling omdat die geen zicht heeft op wie binnenkomt." (UA1)
- "Fz-cliënten worden geplaatst, zijn hierdoor niet goed voorbereid op waar ze ergens terecht komen. Zeker als het beveiligingsniveau hoger is dan verwacht, levert dit nogal eens een motivatieprobleem op. 'Tbs-effect': cliënten komen soms gedemotiveerd binnen, moeten gedurende de behandeling gemotiveerd raken. Het in de week leggen (voorbereiden, voorlichting, voorwasprogramma) van een behandeling bij de intake kan niet meer in de fz." (UA1)

De vraag of een fz-patiënt zelf de mogelijkheid heeft om een second opinion aan te vragen is voorgelegd aan sturende actoren, behandelaren en brancheorganisaties.

Tabel 5.15 Second opinion in fz na stelselwijziging

Vraag	Respondent	Frequentieverdeling		
		N	Ja	Nee
A GED1100. Heeft een fz-client de mogelijkheid om een second opinion aan te vragen?	SA1 SA2 UA2 OA1	14	12	2

Tabel 5.15 laat zien dat twaalf van de veertien respondenten die deze vraag beantwoordden, aangeven dat een second opinion mogelijk is in de fz. Uit hun toelichting komt naar voren dat dit niet vaak gebeurt, dat het nogal onduidelijk is hoe dit precies is geregeld en soms wordt ontmoedigd:

- "Binnen of buiten de eigen instelling zou dit mogelijk moeten zijn. Er zijn geen principiële redenen om hier nee op te zeggen. IGZ stelt dit ook voor bij vastgelopen relaties (separaties). Moet dus ook kunnen als cliënt dit zelf vraagt." (SA1)
- "Het mag wel, maar dan is het voor eigen rekening, gebeurt weleens." (SA2)
- "Bij verlengingszitting of oplegging tbs-maatregel of andere maatregel wordt dit aangedragen door advocaten, dus dit moet kunnen." (SA2)
- "Onduidelijk of dit wettelijk is geregeld. Het is in ieder geval wel instellingsbeleid: in overleg met cliënt wordt een andere behandelaar gevraagd, intern of extern, afhankelijk van wat de aanleiding is geweest." (UA1)
- "Vanwege het BOPZ-kader in deze instelling heeft iedere patiënt recht op een second opinion; gebeurt niet veel." (UA1)
- "Komt niet veel voor, wordt ook ontmoedigd. Als een patiënt volhoudt (met advocaat erbij) wordt het mogelijk gemaakt." (UA1)
- "Een tbs'er wordt tegenwoordig standaard iedere vier jaar (was zes jaar) door een onafhankelijke deskundige onderzocht. Als patiënt eerder psychologisch onderzoek wil, dan moet hij dat zelf betalen (kost € 4.000 tot € 6.000). Dat gebeurde in het verleden weleens." (UA2)
- "Via advocaat bij rechtbank vragen om second opinion in PBC in het kader van 4-jaarsrapportage [tbs]. Als patiënt zelf betaalt leidt dit tot voorspelbaar afkraken van risicotaxaties of 'geen sprake van stoornis'; een behandelaar neemt hier kennis van en hoeft er niet direct iets mee te doen, maar moet zich daarover wel verantwoorden bij de rechtbank." (UA2)
- "Als de cliënt het niet eens is met de diagnose, dan kan aan IFZO [Indicatiesysteem forensische zorg] worden voorgelegd of cliënt elders gediagnosticeerd kan worden. Doet zich niet voor." (UA2)
- "Er is een klachtencommissie die kan worden ingeschakeld bij beslissingen van een behandelaar. Daarna kan men in beroep bij de civiele rechter." (UA2)
- "Via advocaat of reclassering kan een fz-cliënt een nieuwe PJ- [pro Justitia]rapportage aanvragen. Het is niet duidelijk of betrokkene dit dan zelf moet betalen (is weleens gebeurd)." (UA2)

De 'nee-zeggende' melden:

- "Dan is herindicatie nodig. Die kan patiënt niet zelf aanvragen." (UA1)

- "Begeleiders geven soms aan dat cliënt nog niet rijp is voor plaatsing, kunnen wel aangeven dit later nog eens te willen bezien (temporiseren)." (UA2)

Uit navraag blijkt dat DForZo geen zicht heeft op de vraag of fz-patiënten zelf een second opinion (kunnen) aanvragen en welke procedures en financiële regelingen hiervoor gelden.

Het derde en laatste onderwerp wat toegankelijkheid van fz vanuit het perspectief van de patiënt betreft, heeft betrekking op de eventuele verandering in de onderzoeksperiode van de mogelijkheid (het risico) om niet voor zorg in aanmerking te komen, terwijl de betrokkene daar zelf behoefte aan heeft. De stelselwijziging heeft voor ter beschikking gestelden wat toeleidingsprocedure betreft geen verandering teweeggebracht: de rechter legde en legt een tbs-maatregel op, op basis van een door gedragskundigen van de door het NIFP opgestelde pro-Justitia-rapportage die door de OvJ werd en wordt aangevraagd. Over de plaatsing in een FPC besliste en beslist DForZo (in 2006 sectordirectie tbs geheten). In de praktijk kunnen desondanks de mogelijkheden zijn veranderd om aandacht te besteden aan een eventuele eigen zorgvraag van een patiënt, wanneer dit niet delictgerelateerd is. In de interviews is dit niet naar voren gekomen. Een behandelaar van een FPC wijst op het gebrek aan inzicht bij betrokkenen zelf:

- "Patiënten neigen naar het vermijden van hun eigenlijke problematiek. Zorgvraag van patiënten is van belang, maar zijn zich er vaak niet van bewust. Ze zijn vanuit gewelddadige situatie in zorg beland." (UA2)

In het gevangeniswezen en de ofz zijn in de onderzoeksperiode de procedures voor indicatiestelling en plaatsing wel veranderd. Hoe dit uitpakt voor gedetineerden en of hun mogelijkheid om op eigen initiatief voor zorg in aanmerking te komen is veranderd, is niet bekend en kon niet worden onderzocht, omdat de directie gevangeniswezen van DJI geen toestemming verleende om interviews te houden met sleutelfiguren die de stelselwijziging hebben meegemaakt (zie subparagraaf 4.5.2). Zoals nog zal blijken (paragraaf 5.7) zijn er signalen dat mogelijk sprake is van niet herkennen of onderschatten van problematiek in penitentiaire instellingen, waardoor gedetineerden mogelijk niet in aanmerking komen voor fz. De omvang is echter onbekend en evenmin is duidelijk of dit een verbetering of verslechtering is ten opzichte van de situatie voor de stelselwijziging.

In de ofz verliep de indicatiestelling voor de stelselwijziging via de in de reguliere zorg gebruikelijke kanalen, zoals huisarts en CIZ. Na de stelselwijziging wordt de indicatiestelling voor intramurale klinische zorg en verblijfszorg door het NIFP uitgevoerd. De drie reclasseringsorganisaties voeren de indicatiestelling uit voor ambulante zorg en verblijfszorg in voorwaardelijke trajecten (DForZo, 2013, pp. 25-26). De afhankelijkheid van justitiële organisaties in de toeleiding naar fz duiden op een verminderde toegankelijkheid vanuit het perspectief van overig forensisch patiënten die in een zorginstelling verblijven. De zorgverzekering en daarmee samenhangende aanspraken op reguliere zorg gelden weliswaar onverminderd, maar in de praktijk zijn klinische ofz-patiënten vanwege het ingesloten zijn afhankelijk van de bereidheid van behandelaren in fz-instellingen om meer dan fz te bieden dan wel hiervoor door te verwijzen naar de reguliere zorg. In de interviews komt naar voren dat dit niet altijd gebeurt (zie ook paragraaf 5.7):

- "Er wordt geprobeerd gehoor te geven aan eigen zorgvraag van de patiënt, maar het draait uiteindelijk om verminderen van recidive." (UA2)
- "Als cliënten een reële zorgvraag hebben, dan gaat behandeling erop in." (UA2)
- "Een fobie of een angststoornis wordt niet behandeld als dit niet met het delict te maken heeft. Na afloop van strafrechtelijke titel kan betrokkene zich hiervoor bij de huisarts melden." (UA2)

Samenvattend:

- Fz-patiënten kunnen niet zelf een zorgaanbieder kiezen. Voor ter beschikking gestelden en gedetineerden betekent dit geen verandering, maar voor overig forensisch patiënten houdt dit een verslechtering in ten opzichte van de situatie voor de stelselwijziging;
- De mogelijkheden om een second opinion aan te vragen in de fz zijn niet helder vastgelegd en fz-patiënten zijn hiervoor afhankelijk van (in de praktijk wisselende) bereidwilligheid van de behandelaren en fz-instellingen. Ter beschikking gestelden worden in het kader van verlenging van de tbs-maatregel sinds medio 2018 vier- in plaats van zesjaarlijks beoordeeld door twee gedragskundigen van verschillende disciplines (Stb. 2018, 30), maar dit betreft een vaste wettelijke termijn (artikel 509o lid 4 WvSv), los van de behoefte aan een second opinion van de ter beschikking gestelde zelf. Vervroeging van beoordeling kan tegen eigen betaling, maar dat was volgens respondenten voor de stelselwijziging ook reeds het geval. In de ofz golden en gelden de regels volgens het BOPZ-kader en daarmee samenhangend eigen instellingsbeleid. In samenhang met voorgaande conclusie impliceert dit echter met name voor ofz-patiënten die in een zorginstelling verblijven een grotere afhankelijkheid van behandelaren;
- Er zijn geen aanwijzingen dat voor ter beschikking gestelden de mogelijkheid (het risico) is veranderd om voor niet-delictgerelateerde ggz, vz of vgz in aanmerking te komen. Wat gedetineerden betreft zijn er signalen dat in penitentiaire instellingen bepaalde problematiek niet wordt herkend of onderschat (paragraaf 5.7), maar in hoeverre dit zich voordoet, is niet bekend en evenmin of dit een verandering inhoudt ten opzichte van de situatie voor de stelselwijziging. In de ofz zijn de (indicatiestellings- en plaatsings)procedures veranderd. In de klinische ofz leidt dit vanuit patiëntperspectief vanwege een grotere afhankelijkheid van derden (justitiële autoriteiten) bij zorgtoeleiding tot een vermindering van toegankelijkheid van niet-delictgerelateerde ggz, vz of vgz ten opzichte van de situatie voor de stelselwijziging.
- In beginsel zorgt het strafrechtelijk kader (het verplichte karakter) van fz en de bekostiging ervan door DForZo ervoor dat financiële overwegingen bij patiënten de (fysieke) toegang tot fz niet belemmeren. Enkel aan verblijf in een door Justitie gefinancierde zorginstelling zijn financiële consequenties (eigen bijdragen) verbonden. Er is geen onderzoek bekend naar de uitvoeringspraktijk (knelpunten bij terugbetaling: in hoeverre spelen financiële overwegingen een rol bij al dan niet instemmen met zorgtoeleiding als bijzondere voorwaarde).

Per saldo wordt geconcludeerd dat de toegankelijkheid van fz vanuit patiëntperspectief voor ter beschikking gestelden (FPC) is gelijk gebleven, voor gedetineerden (PPC) onbekend is en is verminderd in de intra- en extramurale ofz.

Concluderend: *Verandering toegankelijkheid na stelselwijziging vanuit perspectief patiënt*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
Toegankelijkheid (fz-patiënt)	/	?	-	-

Legenda. + Toegenomen; - afgenomen; / gelijk gebleven; ? onbekend

5.7 Equivalentie fz en ggz

Men zou kunnen argumenteren (verwachten) dat door het in een apart stelsel organiseren van de fz, die voorheen onder de noemer van forensische psychiatrie deel uitmaakte van de reguliere ggz, de equivalentie met de reguliere zorg per definitie is verminderd. De regelgeving in de fz (IfBz) is echter gestoeld op de AWBZ, de uitvoering ligt bij de beroepsgroep, VWS blijft verantwoordelijk voor kwaliteit en Justitie (DForZo) heeft vanaf het begin aangegeven zoveel mogelijk aan te sluiten op ontwikkelingen in de reguliere zorg, zoals de ontwikkeling van DBC's (paragraaf 3.3). Een eerste verkenning van dit thema, meer dan dat is in dit kader niet haalbaar, lijkt daarom toch zinvol. Ook hierbij wordt waar mogelijk gebruikgemaakt van beschikbare informatie en gegevens verkregen op basis van interviews en aangevuld met enkele ten behoeve van dit onderzoek verkregen aanvullende data van de NZa. Voordat wordt ingegaan op de equivalentie van fz en ggz in termen van doelen, behandeling, behandelresultaten, wachttijden en rol van toezichthoudende actoren (NZa en IGZ), wordt eerst stilgestaan bij de verschillen en overeenkomsten tussen beide patiëntpopulaties.

De gemiddelde leeftijd van fz-patiënten ligt in de fz iets lager dan in de ggz (in 2010 tot en met 2013 is de gemiddelde leeftijd ongeveer 36,5 respectievelijk 37,5 jaar); het verschil in het aandeel mannen/ vrouwen is groter: ongeveer 8 tot 10% van de fz-patiënten is vrouw, terwijl dit in de ggz ongeveer de helft bedraagt (NZa, 2015a, pp. 51-52).³¹⁵ 'De' forensische patiënt bestaat echter niet, evenmin als 'de' ggz-patiënt, zoals eerder is geconstateerd (Neijmeijer, Rijkaart, et al., 2012, pp. 53-55): ter beschikking gestelden, patiënten die in een FPA of PPC verblijven dan wel ambulante fz ontvangen, hebben verschillende kenmerken en ook binnen de ggz zijn er grote verschillen tussen patiënten die vrijwillig of gedwongen zijn opgenomen dan wel ambulante zorg ontvangen. Met betrekking tot de voorgeschiedenis van forensische en gedwongen opgenomen ggz-patiënten wijzen onderzoekers op de volgende overeenkomsten en verschillen:

- Patiënten uit beide groepen hebben een ernstige stoornis en hebben zorg nodig;
- Van beide groepen is het merendeel eerder behandeld of (gedwongen) opgenomen geweest in de ggz of (met name bij de forensische populatie) de vz;
- Beide groepen zijn moeilijk in zorg te krijgen en te houden. Bij forensisch psychiatrische patiënten zijn veelal diverse complicerende factoren in het spel, zoals verslaving, persoonlijkheidsstoornis, licht verstandelijke beperking, contacten met het criminele circuit, agressief en manipulatief gedrag, beperkt ziekte-inzicht, afwezigheid van een

315. De NZa (2015a, p. 10) signaleert daarnaast een gemiddeld lagere (GAF-)score in het psychische en sociaal functioneren en meer comorbiditeit (relatief meer cliënten met nevenstoornissen in de fz) in de fz-populatie.

sociaal steunsysteem. Bij reguliere ggz-patiënten zijn er doorgaans minder factoren die de behandeling verstoren;

- Vergeleken met gedwongen opgenomen ggz-patiënten hebben forensische patiënten vaker een strafblad en zijn ze vaker gedetineerd geweest;
- Een groot verschil tussen de populaties is de mate van gedragsproblematiek. Forensische patiënten zijn vaker agressief tegen het personeel (Neijmeijer, Place, et al., 2012, p. 103).

De onderzoekers constateren bovendien dat "de aangiftebereidheid van de hulpverlener, de aard van het delict, het al dan niet bekend zijn bij de politie en/of de ggz, het beoordelingsvermogen van de politiebeambte, de verstandelijke vermogens van betrokkene maar soms ook de toevallige keuze van de Officier van Justitie of rechter een rol lijkt te spelen bij de routing van een (forensisch) patiënt" (Neijmeijer, Place, et al., 2012, p. 103). Het toeval bepaalt daarmee mede of iemand forensisch of (gedwongen) in de reguliere ggz wordt opgenomen, hetgeen het criterium van equivalentie van zorg extra lading geeft.

Vanuit oogpunt van behandeling zijn met name verschillen in psychiatrische problematiek tussen patiëntpopulaties relevant. Tabel 5.16 geeft een overzicht van de vijf meest voorkomende primaire diagnoses in zorgtrajecten (hoofddiagnoses) in de fz en ggz, over de jaren dat de NZa hierover gegevens kon leveren.³¹⁶

Tabel 5.16 Top 5 hoofddiagnoses in fz en ggz (2013 en 2015)

Diagnosegroep	2013 FZ	2013 GGZ	2015 FZ	2015 GGZ
Persoonlijkheidsstoornissen	20,0%	11,1%	30,3%	22,5%
Aan een middel gebonden stoornissen	31,2%		19,8%	6,5%
Stoornissen in de impulsbeheersing	6,0%		17,4%	
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	8,1%	7,4%	15,7%	17,4%
Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen			6,8%	
Stoornis uit de kindertijd	5,7%			
Angststoornissen		16,1%		25,4%
Stemmingsstoornissen				8,9%
Depressie		20,3%		
Aandachtstekort		10,3%		

Bron

NZa/ DIS (2013: Marktscan forensische zorg in strafrechtelijk kader 2014, p. 52; 2015: opgevraagd)

Tabel 5.16 laat zien dat de meest voorkomende hoofddiagnoses in de fz en ggz verschillen en variëren in de tijd. Volgens de NZa kunnen de verschillen tussen jaren te maken hebben met, wat de fz betreft, een verbeterde registratie en aanlevering aan NZa/ DIS³¹⁷ en, wat de ggz

316. De NZa heeft de gegevens voor dit onderzoek aangeleverd. Over 2013 zijn eerder gepresenteerde gegevens (NZa, 2015a, p. 52) in verband met een betere vergelijkbaarheid gecorrigeerd.

317. DIS is het DB(B)C-informatiesysteem van de NZa. Vanaf 2013 is prestatiebekostiging in DBBC's ingevoerd. Tot en met 2015 geldt er een transitie-model voor de overgang naar DBBC-bekostiging (NZa, 2015a, pp. 7-8).

betreft, met een verschil in populatie.³¹⁸ De NZa ziet geen reden om aan te nemen dat diagnoses tussen de jaren substantieel zouden verschillen. In 2013 komen twee dezelfde diagnoses (persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie) en in 2015 drie (idem plus middelenafhankelijkheid) voor in de top 5 van fz en ggz. De verschillen zijn beperkt bij schizofrenie (minder dan 2% in beide jaren) en substantiëler bij persoonlijkheidsstoornissen (circa 8 en 9%) en middelenafhankelijkheid (circa 13%). Wat verschillen tussen fz en ggz betreft, is uit de tabel af te leiden dat stoornissen in de impulsbeheersing, seksuele stoornissen en stoornissen uit de kindertijd wel in de top 5 van hoofddiagnoses in de fz voorkomen, maar niet in die van de ggz. Omgekeerd komen angst- en stemmingsstoornissen (waaronder depressie) en aandachtstekort wel in de ggz top 5 als hoofddiagnoses voor, maar niet in die van de fz. De prevalentie daarvan is in 2013 daarmee dus minder dan 5,7% en in 2015 minder dan 6,8%. Het percentage patiënten bij wie meerdere nevend diagnoses worden geregistreerd is (in 2013) in de fz overigens hoger dan in de ggz (NZa, 2015a, p. 53). Verschillen in toeleiding tussen forensische en reguliere zorg en de grotere afhankelijkheid van fz-patiënten daarbij van derden om psychische problemen te (h)erkennen (subparagraaf 3.3.2), spelen echter mogelijk ook een rol bij de (verklaring van) verschillen in prevalentie van hoofddiagnoses in de forensische en reguliere zorg.³¹⁹ Onderzoek onder gedetineerden verblijvend op de inkomstafdeling meldt onderdiagnose van internaliserende problematiek (Bulten, Nijman, & van der Staak (2009) in Den Bak et al., 2018, p. 64). Uit ander onderzoek – onder gedetineerden langer dan drie weken in detentie (buiten speciale zorgafdelingen) verblijvend – lijkt dat niet naar voren te komen, al wordt verder onderzoek en standaardscreening van psychiatrische problematiek bij de inkomstprocedure in dat kader wel aanbevolen (Den Bak et al., 2018, p. 73). Systematische evaluatie van 62 internationale studies met betrekking tot 23.000 gevangenen (WHO, 2014, p. 110) leert dat tot 65% van de (internationale) gedetineerden een psychische stoornis (mental health disorder) heeft, variërend van 42–65% met een persoonlijkheidsstoornis (meestal antisociale stoornis), 10-12% met een ernstige depressie (major depression) tot 4% met psychotische stoornissen (including schizophrenia, schizophreniform disorder, manic episodes and delusional disorder).

Aan vijf respondenten die zicht hebben op zowel de forensische als de reguliere zorg (brancheorganisaties, NZa en IGZ) is de vraag voorgelegd of de in de ggz meest voorkomende stoornissen in de fz minder vaak voorkomen of mogelijk minder vaak voor behandeling in aanmerking komen. Dit leverde twee reacties op:³²⁰

318. In 2013 maakte jeugd deel uit van de tweedelijns ggz. In 2015 is jeugd uit de Zvw gehaald en zijn de eerste- en tweedelijns ggz samengevoegd tot de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. De ggz-diagnoses in 2015 zijn gebaseerd op de gespecialiseerde ggz.

319. Circa 13% van de onderzochte gedetineerden ervaart matige tot mogelijk zorgwekkend angstgevoelens en heeft 20% van de gedetineerden lichte depressieve en circa 14% matige tot zeer ernstige depressieve gevoelens. Indicatie voor een LVB betreft 45% (Den Bak, Popma, Nauta-Jansen, Nieuwbeerta & Jansen, 2018, p. 63).

320. In ander verband merken (andere) respondenten op: "In detentie worden te weinig mensen voor fz geselecteerd (lvb'ers). Dat is weliswaar verbeterd, maar kan nog veel meer verbeteren" (UA2). "Zorg in detentie komt niet of nauwelijks van de grond. Zou door de poli geleverd moeten worden. De

- "Het is niet duidelijk of dit minder vaak voorkomt. In fz is veel middelengebruik. Delictgedrag hangt daar vaak mee samen. Gedragsstoornissen vallen sneller op. Je hebt alerte PIW'ers [penitentiair inrichtingswerkers] nodig om internaliserend problematisch gedrag op te merken. Je moet er dus rekening mee houden dat depressies in het gevangeniswezen minder snel worden opgemerkt, maar hier zijn geen cijfers over." (OA1)
- "In de fz wordt lvg-problematiek zeer onderschat, dit is een groot probleem. Bij sglvg worden problemen zoals jeugdtrauma's makkelijker over het hoofd gezien en overvragen wordt niet onderkend, maar gezien als antipersoonlijkeheidsstoornis." (OA1)

Het aantal reacties is te beperkt om inhoudelijke conclusies aan te verbinden, maar duiden er in samenhang met genoemde (inter)nationale onderzoeksbevindingen op dat onderzoek naar (achtergronden van verschillen in) signalering en toeleiding naar zorg zinvol kan zijn om uit te sluiten dat deze een rol spelen bij geconstateerde verschillen in de meest voorkomende hoofddiagnoses bij de fz en ggz.

Tabel 5.17 gaat in op de doelen en vergelijkbaarheid van behandeling in de fz, in vergelijking met de situatie voor de stelselwijziging. Met uitzondering van de eerste stelling die aan vrijwel alle respondenten is voorgelegd, fungeren behandelaren in fz-instellingen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties hierbij als informatiebron.

Tabel 5.17 Equivalentie van zorg na stelselwijziging

Stelling	Na de stelselwijziging . . .	Respondent	5 4 3 2 1					Frequentieverdeling	Gemiddelde	
			N	Ze er e e n s	E e n s	N i e t (o n) e e n s	O n e e n s			Z e e r o n e e n s
A	DOE0100[2]. [geldt het verminderen van recidive meer dan voorheen als het belangrijkste doel van forensische zorg]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	29	6	14	0	8	1		3,6*
B	EFF0100[6]. [wordt in de fz- behandeling of - begeleiding voornamelijk gewerkt aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van delictisico's]	UA2 OA1	13	1	8	2	2	0		3,6*
C	EFF0100[7]. [staat in de forensische zorg de eigen zorgvraag van de cliënt centraal, ook als deze niet is gerelateerd aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van delictisico's]	UA2 OA1	12	0	4	0	8	0		2,7
D	EFF0100[11]. [is de behandeling of begeleiding in de fz niet anders dan in de reguliere zorg. Het verschil betreft enkel de beveiligde setting]	UA2 OA1	13	0	3	0	9	1		2,4*

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 (P<0,05)

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

indicatiestelling loopt via PMO en IFZ; het proces van indicatiestelling en organisatie duurt vaak langer dan detentieperiode van cliënt. Gebeurt daarom maar mondjesmaat" (UA1).

Uit tabel 5.17 blijkt dat respondenten het erover eens zijn dat het verminderen van recidive meer dan voorheen als belangrijkste doel geldt van fz (A) en dat in de behandeling of begeleiding voornamelijk wordt gewerkt aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van delict risico's (B). Er is geen consensus over de stelling dat de eigen zorgvraag centraal staat, wanneer deze niet samenhangt met het voorkomen van recidive (C), maar wel over het oneens zijn met de stelling dat de behandeling of begeleiding in de fz niet anders is dan in de reguliere zorg (D).

Kenmerkende toelichting van degenen die het eens zijn met de stelling (A) dat recidive meer dan voorheen als belangrijkste doel geldt:

- "Bij tbs was recidivevermindering altijd al een belangrijk aandachtspunt was, maar bij voorwaardelijke titels en detentie niet." (SA2)
- "In de loop van jaren zit de minister van Justitie er meer bovenop. Zij bemoeien zich sinds 2007 veel actiever met fz-instellingen." (UA1)
- "Recidivevermindering was altijd wel het doel, maar nadat Justitie verantwoordelijkheid kreeg is dit veel prominenter geworden. Voorheen kon een patiënt meer holistisch behandeld worden." (UA1)

Degenen die het met de stelling (B) oneens zijn, betwisten niet dat recidivevermindering het belangrijkste doel is, onderstrepen dit juist, maar stellen dat dit voor de stelselwijziging ook al aan de orde was:

- "Het streven naar recidivevermindering was altijd al de insteek in fz." (SA1)
- "Recidivevermindering gold voorheen net zo hard als doel; voor de stelselwijziging misschien nog bewuster. . . De behandeling was toen minder symptoomgericht omdat het vanuit psychoanalytische invalshoek werd gegeven. Behandelaren hadden een ligbank en er werd bewuster ingegaan op delictdynamiek." (UA2)

Wat betreft het centraal stellen van de eigen zorgvraag (stelling C) geven behandelaren uiteenlopende reacties:

- "Als cliënten een reële zorgvraag hebben, dan gaat de behandeling erop in. Bedoeling is echter niet om een cliënt van zijn verslaving af te helpen zodat deze zijn criminele pad beter kan voortzetten, maar van zijn delictgedrag." (UA2)
- "In de meeste gevallen spoort de behandeling gericht op het verminderen delict risico met een zorgvraag. . . . Als het delict risico ervan af is, moet een patiënt naar de reguliere zorg omdat fz duurder is en omdat fz er niet is om alle psychiatrische klachten te genezen. Fz moet onderdeel zijn van een zorgpalet." (UA2)
- "Een fobie of een angststoornis wordt niet behandeld als dit niet met het delict te maken heeft. Na afloop van strafrechtelijke titel kan betrokkene zich hiervoor bij de huisarts melden." (UA2)

Toelichtingen op de (on)vergelijkbaarheid van forensische en reguliere zorg (stelling D):

- "Fz is een heel andere behandeling dan reguliere zorg: dit strekt zich niet alleen uit tot beveiliging, maar is gericht op vermindering van het delict risico." (UA2)
- "Fz is echt anders dan reguliere zorg. Verschil in paradigma's. Beveiliging prevaleert boven behandeling. In voorkomende gevallen wordt echter ook niet-delictgerelateerde zorg verleend." (UA2)

- "Er is echt een ander behandelperspectief: het delictrisico neemt een belangrijke plaats in. Er is zowel gewone zorg alsook dominante aandacht voor delictrisico. Vanwege de beperkte behandelruimte is er wellicht iets minder aandacht voor andere behandelproblematiek." (UA2)
- "Fz is een specifieke vorm van zorg, gericht op risicovol gedrag waarbij specifieke behandelinterventies worden ingezet (per delictcategorie ontwikkeld). Het overdrachtsmoment wordt bepaald door de risicotaxatie." (UA2)

De IGZ-respondenten hebben (enkel) zicht op hoog beveiligde fz (FPC's en PPC's):

- "Behandeldoelen en kwaliteitsnormen zijn aangepast (verhoogd) bij en door de oprichting van PPC's ... terwijl de oude bijzondere afdelingen binnen gevangenissen werden afgebouwd. Daarbij werd het begrip equivalentie van zorg gehanteerd. Voor FPC's is het equivalentiebegrip veel minder van toepassing. Dit is een eigenstandig type zorg dat niet vergelijkbaar is met de reguliere ggz."
- "Het verschil in context [beveiliging maatschappij] maakt dat er een verschil in behandeling en bejegening is en dat kan ook niet anders. Het zorgaanbod is hetzelfde, maar de relatie patiënt-behandelaar verschilt. De fz-patiënt bevindt zich in een 'double bind'-situatie: de boodschap is 'je moet je hier gedragen om beter te worden en om meer autonomie te bewerkstelligen moet dat volgens onze termen; als je dat niet doet, dan word je niet beter en kom je er niet uit/ krijg je geen vrijheden'. De wijze waarop dat gecommuniceerd wordt is moeilijk te vergelijken met de vraag in de reguliere ggz 'vertelt u mij, wat kan ik voor u doen zodat u psychisch beter kunt functioneren'. . . De equivalentie in termen van vergelijkbaarheid van type behandelen en behandel mogelijkheden is moeilijk te beoordelen maar komt dicht in de buurt, bijvoorbeeld bij medicatiebeleid in geval van depressie. Zodra je de context, aandachtspunten en perspectief van de behandelaar erbij betreft, is er sprake van grote verschillen."

Anderen wijzen op het ontbreken van keuzevrijheid voor ofz-patiënten om een zorgaanbieder te kiezen, niet alleen vergeleken met de situatie voor de stelselwijziging (beschreven in paragraaf 5.4), maar in vergelijking met de (huidige) reguliere zorg:

- "De keuzevrijheid in de ofz valt erg tegen. Ambulant wordt door reclassering bepaald; klinisch door NIFP. Plaatsingen gebeuren centraal (DIZ); die hebben inhoudelijk geen verstand van fz. Wordt nu bureaucratisch afgehandeld. Hier is verarming ontstaan. Groot verschil met situatie in reguliere zorg." (UA1)

Daarnaast wijzen ze op het verlies van intake mogelijkheden door een fz-instelling:

- "Het in de week leggen (voorbereiden, voorlichting, voorwasprogramma) van een behandeling bij de intake kan niet meer in de fz, maar gebeurt nog wel in de reguliere zorg." (UA1)

Deze bevindingen tussentijds samenvattend, kan worden geconstateerd dat behandeling en begeleiding in de fz volgens behandelaars vanwege de gerichtheid op delictrisico en beveiliging niet vergelijkbaar is met de reguliere zorg fz. Meer dan voorheen wordt de nadruk gelegd op recidivevermindering. In de hoog beveiligde zorg (FPC's, PPC's) is volgens respondenten van de IGZ sprake van een verschil in behandelaar-patiëntrelatie in vergelijking met de (gedwongen) ggz. FPC's worden daarbij als eigenstandig, niet met reguliere ggz te vergelijken onderdeel van fz gezien. Met het omvormen van bijzondere zorgafdelingen in het

gevangeniswezen naar PPC's is volgens hen de kwaliteit van behandeling meer op het niveau van reguliere zorg gekomen (IGZ, 2011).

Wat de ofz betreft, is na de stelselwijziging sprake van een grotere nadruk op recidivevermindering en minder aandacht voor de eigen zorgvraag van een patiënt, diens vrijheid om een zorgaanbieder te kiezen en minder zeggenschap van fz-instellingen bij de intake van patiënten. De typering in de beleidsvisie ggz in 2006 (TK, 2005-2006e) dat "De forensische behandeling in gespecialiseerde ggz-instellingen zich op de stoornis zelf [richt; in plaats van primair op behandeling om herhaling van strafbare feiten te voorkomen]" lijkt in 2015 minder van toepassing.

Het effect van behandeling kan worden geanalyseerd met behulp van (verschillen in) GAF-score (Global Assessment of Functioning), een getal tussen 0 en 100 dat inzicht geeft in het psychisch en sociaal functioneren van een patiënt (NZa, 2015a, p. 52). Hoe hoger de score, des te beter het functioneren. Tabel 5.18 geeft een overzicht van de via de NZa verkregen gemiddelde scores en behandel effecten bij patiënten in de fz en ggz, van de vijf in 2015 meest voorkomende hoofddiagnoses in de fz.

Tabel 5.18 GAF-scores en behandel effecten in fz en ggz bij top 5-diagnoses fz (2015)

Diagnosegroep	GAF-score		Gemiddeld behandel effect		Relatief behandel effect	
	FZ	GGZ	FZ	GGZ	FZ	GGZ
Persoonlijkheidsstoornissen	39,9	49,6	2,6	4,7	6,6%	9,5%
Middelgebonden stoornissen	44,6	46,8	1,1	3,6	2,4%	7,7%
Stoornissen in de impulsbeheersing	41,8	47,2	4,7	4,3	11,3%	9,2%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	38,0	39,8	2,0	3,3	5,3%	8,4%
Seksuele en genderidentiteitsstoornissen	45,3	51,3	4,2	5,2	9,3%	10,2%

Bronnen

NZa/ DIS

Toelichting

GAF-score: gemiddelde score op basis van D(B)BC's geopend in 2015 (A); Gemiddeld behandel effect: absoluut verschil in GAF-scores bij voormeting initiële D(B)BC en eindmeting vervolg D(B)BC waarmee behandeling in 2015 werd afgesloten (B); Relatief behandel effect; gemiddeld behandel effect t.o.v. gemiddelde GAF-score in % (B/A)

Tabel 5.18 laat zien dat de GAF-scores van fz- en ggz-patiënten met een diagnose in de forensische top 5, variëren tussen 38 en 51. Een score tussen 41-50 duidt in de DSM-IV-systematiek op "ernstige symptomen of ernstige beperkingen in het sociaal functioneren"; een GZF-score van 40 of lager duidt op "vermindering in realiteitsbesef of communicatie of sterke vermindering op verschillende terreinen, zoals werk, gezins- of familierelaties, beoordelingsvermogen, denkvermogen of stemming".³²¹ De scores liggen bij alle diagnosegroepen in de fz gemiddeld lager dan in de ggz. Deze bevinding sluit aan bij eerder onderzoek waaruit blijkt dat de fz-populatie als geheel in 2010 tot en met 2014 gemiddeld een lagere GAF-score heeft en dus slechter functioneert dan de ggz-populatie (NZa, 2015a, p. 52). Uit de tabel blijkt voorts dat het gemiddeld behandel effect, dat wil zeggen het verschil in GAF-

321. <https://www.nivel.nl/nl/zorgregistraties-eerste-lijn/diagnose-dsm-iv-5>, geraadpleegd mei 2019.

score aan het begin en het einde van de behandeling,³²² bij vier van de vijf meest voorkomende hoofddiagnoses in de fz lager is dan in de ggz. Alleen het behandel-effect bij 'stoornissen in de impulsbeheersing' is in de fz groter dan in de ggz. Of en in hoeverre deze bevindingen samenhangen met het feit dat de behandeling stopt op het moment dat de strafrechtelijke titel wordt beëindigd en daarmee eerder dan nodig is voor behandeling van de psychiatrische problematiek, is niet duidelijk. Mogelijk spelen andere factoren, zoals de directe behandel-tijd – bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie in de fz lager dan in de ggz (NZa, 2015a, p. 54), – (daarnaast) ook een rol.

Een andere indicatie voor equivalentie van zorg in de fz en ggz betreft de wachttijden. In subparagraaf 5.4.1 is reeds ingegaan op realisatiecijfers van wachttijden in relatie tot de normen die in de fz worden gehanteerd. Met het oog op equivalentie van zorg is een vergelijking met de ggz-normen interessant, maar niet goed mogelijk omdat DJI (DForZo) voor de fz normen per strafrechtelijke titel heeft vastgesteld. In de ggz gelden voor verschillende typen zorg de zogenoemde Treknormen, die zijn vastgesteld in overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties (NZa, 2016a, p. 51). De NZa (2017b, p. 42) constateert dat de gemiddelde aanmeld- en behandelwachttijden voor patiënten die uitstromen uit de fz iets langer zijn dan voor alle patiënten die ggz nodig hebben.

Tot slot is voor equivalentie van zorg de rol van de NZa en IGZ op beide terreinen van belang. De NZa stelt dat beide markten transparant moeten zijn, daarvoor is inzicht in declarabele prestaties nodig en volgens betreffende respondent beschikbaar. Op beide terreinen vindt ook monitoring plaats. In de onderzoeksperiode heeft de NZa met betrekking tot de fz echter geen handhavende bevoegdheden waardoor, anders dan bij zorgkantoren en -verzekeraars in de reguliere zorg, bij DForZo geen controles plaatsvinden op het nakomen van de zorgplicht. Met de inwerkingtreding van de Wfz (in 2019, dat wil zeggen buiten de onderzoeksperiode) krijgt de NZa overigens handhavende bevoegdheden. De Wmg is dan ook integraal van toepassing op de fz (NZa, 2015a, p. 80).

De respondenten bij de IGZ geven aan dat er sprake is van vergelijkbare uitvoering van taken op beide terreinen, maar dat de mate van kwetsbaarheid en afhankelijkheid van patiënten de manier van kijken, de aandachtspunten en weging daarvan mede bepaalt. Daarbij stuiten ze op dilemma's:

- "De context waarbinnen de IGZ opereert vanwege kwetsbaarheid en afhankelijkheid van de patiënt die niet in vrijheid tot eigen gekozen zorg toegang heeft, geeft complexiteit in

322. Technischer wordt het behandel-effect aangeduid als het verschil tussen de voor- en nameting uitgedrukt in een genormaliseerde T-score (zie ook Van den Berg et al., 2014, p. 147). Om er zeker van te zijn dat het een afgesloten behandeling betreft, heeft de NZa (alleen) DBBC's gebruikt met de volgende redenen voor sluiten: in onderling overleg beëindigd zorgtraject/ patiënt uitbehandeld, reden voor afsluiten door beëindigen strafrechtelijke titel, reden voor afsluiting bij behandelaar/ om inhoudelijke redenen, reden voor afsluiting bij patiënt/ niet bij behandelaar, reden voor afsluiting door onvoorziene beëindiging strafrechtelijke titel, time out. Voor de DBC's: afsluiten vanwege overgang naar andere bekostiging, afsluiten vanwege overgang naar ZZP-systematiek, in onderling overleg beëindigd zorgtraject/ patiënt uitbehandeld, reden voor afsluiting bij behandelaar/ om inhoudelijke redenen, reden voor afsluiting bij patiënt/ niet bij behandelaar.

de afweging. Wat gaat voor? Veiligheid binnen en buiten de instelling of kwaliteit van zorg? Dit is een verschil met reguliere zorg omdat forensische patiënten niet vrijwillig in een behandel situatie zitten. Ook in vergelijking met gedwongen reguliere zorg, brengt dit in essentie een andere attitude met zich mee.”

Het voorgaande samenvattend moet worden geconcludeerd dat ‘de’ fz- of ggz-patiënt niet bestaat en dat er overeenkomsten en verschillen zijn tussen patiëntpopulaties in de fz en de ggz, onder andere wat betreft niveau van functioneren (GAF-scores) en meest voorkomende hoofddiagnoses. Het is niet bekend of en in hoeverre verschillen in signalering en toeleiding naar zorg hierbij een rol spelen. Verschillende factoren, waaronder toeval, bepalen of een patiënt in de fz of ggz terecht komt. In de forensische populatie worden vaker dan in de reguliere ggz persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblematiek en stoornissen in impulsbeheersing gediagnosticeerd en minder vaak angst- en stemmingsstoornissen. In 2013 komen twee dezelfde hoofddiagnoses (persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie) en in 2015 drie dezelfde hoofddiagnoses (idem plus middelenafhankelijkheid) voor in de top 5 van fz en ggz. Bij vier van de vijf in de fz meest voorkomende hoofddiagnoses is in 2015 het behandel effect in de fz lager dan in de ggz. Alleen bij ‘stoornissen in de impulsbeheersing’ is het behandel effect in de fz groter. De equivalentie van zorg is moeilijk te beoordelen, maar behandelaren noemen de behandeling in de fz vanwege de gerichtheid op delict risico en beveiliging niet vergelijkbaar met de reguliere zorg. De NZa heeft in de onderzoeksperiode geen handhavende bevoegdheden om toezicht te houden op de zorgplicht van DJI. Respondenten bij de IGZ spreken over een in essentie andere attitude bij de afweging tussen kwaliteit van zorg en veiligheid dan in de reguliere (gedwongen) zorg. FPC’s worden als eigenstandig, niet met reguliere ggz te vergelijken onderdeel van fz gezien. Er is sprake van een verschil in arts-patiëntrelatie, maar dit houdt geen verandering in ten opzichte van de situatie voor de stelselwijziging aangezien de behandeling destijds ook al gericht was op recidivevermindering. Dit is wel het geval in het gevangeniswezen, waar de zorg door de inrichting van PPC’s volgens respondenten van de IGZ meer dan voorheen voldoet aan normen van verantwoorde zorg (IGZ, 2011). Met name in de (ambulante en klinische) ofz duiden de grotere gerichtheid op recidivevermindering, het verschil in behandel perspectief, minder ruimte voor de eigen zorgvraag van fz-patiënten, minder keuzevrijheid van ofz-patiënten om een zorgaanbieder te kiezen en minder zeggenschap van fz-instellingen over instroom en intake erop dat de equivalentie is afgenomen ten opzichte van de situatie voor de stelselwijziging.

Concluderend: *Equivalentie van zorg na stelselwijziging*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
Equivalentie	/	+	-	-

Legenda. + Toegenomen; - afgenomen; / gelijk gebleven

5.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de ontwikkelingen in de onderzoeksperiode beschreven met betrekking tot voor fz ingezette middelen (programma-uitgaven, productie- en transactiekosten) en daarmee gerealiseerde prestaties (volume, kwaliteit, toegankelijkheid en equivalentie).

Zorginkoopgegevens zijn in de tijd op zorgcodeniveau (meestal) goed vergelijkbaar, maar vanwege het grote aantal (circa 250) zorgcodes lastig in hoofdlijnen te interpreteren. Om die reden zijn de gegevens door de onderzoeker aanvullend gecodeerd naar type fz (bw, FPA, FPC, FPK, fzg, ggz, PPC, vg en vz) en doelgroep (gedetineerden, ter beschikking gestelden en overig forensisch patiënten). In deze paragraaf worden de bevindingen in hoofdlijnen per fz-domein (FPC's, PPC's, intra- en extramurale fz) samengevat, als aanzet voor beschouwing van de ontwikkeling in doelmatigheid.

Tussen 2009 en 2015, de periode waarover benodigde gegevens voor een belangrijk deel beschikbaar en vergelijkbaar zijn, stijgen de programma-uitgaven (dat wil zeggen de bijdrage van Justitie aan DJI voor fz) met 31% en de productiekosten (dat wil zeggen de uitgaven van DForZo aan ofwel de fz-omzet van instellingen) met 35% (paragraaf 5.3). In 2009 is echter nog sprake van in opbouw zijnde PPC's en een daarmee samenhangende onderschatting van de productiekosten. Een gevoeligheidsanalyse wijst uit dat de totale fz-productiekosten tussen 2009 en 2015 met 25% stijgen wanneer voor de PPC's in 2009 wordt uitgegaan van het aantal plaatsen in 2006 en de tarieven in 2009. Wanneer de PPC's buiten beschouwing worden gelaten, stijgen de productiekosten (voor FPC's en ofz) tussen 2009 en 2015 met 22%. Naar doelgroepen onderscheiden, stijgen de productiekosten voor de 'overig forensisch patiënten' relatief het sterkst (van € 68 mln. in 2006 naar € 244 mln. in 2015), en als enige categorie voortdurend. De aan gedetineerden toe te rekenen productiekosten stijgen aanvankelijk van € 38 mln. (onderschatting) in 2006 naar € 127 mln. in 2012 en dalen daarna licht naar € 120 mln. (2015). De aan ter beschikking gestelden toe te rekenen productiekosten nemen eerst toe van € 259 mln. in 2006 naar € 334 mln. in 2012 en dalen daarna naar € 287 mln. (2015).

Tabellen 5.6 en 5.7 geven een gedetailleerd beeld van de (als quotiënt van productiekosten en -volume berekende) gerealiseerde tarieven per type fz en bekostigingsgrondslag. In tabel 5.19 worden tarieven op geaggregeerd niveau per bekostigingsgrondslag weergegeven, met het oog op vergelijking met de reguliere zorg (subparagraaf 6.3.4) onderscheiden naar intra- en extramurale fz. Met intramurale fz wordt in dit verband bedoeld op klinische fz (beveiligingsniveau tenminste 1) en begeleiding met verblijf en met extramurale fz op ambulante behandeling en begeleiding.³²³ Uit de in bijlagen opgenomen (onderliggende) tabellen blijkt dat in de onderzoeksperiode de productievolumes in de extramurale fz in het algemeen sterker stijgen dan in de intramurale fz (tabel B.10). Echter, het overgrote deel (gemiddeld 92%) van de productiekosten heeft betrekking op intramurale fz (tabel B.11). De

323. DForZo (2013, p. 12) onderscheidt ambulante fz (behandeling en begeleiding zonder verblijf), klinische zorg (behandeling in een 24-uursverblijfssetting) en verblijfszorg (begeleiding met verblijf in RIBW). Ten behoeve van de vergelijking met reguliere zorg zijn de tweede en derde categorie als intramurale fz gecodeerd (zie bijlage 8), op basis van beveiliging, behandel- of begeleidingsdag of zorgcode bed als bekostigingsgrondslag (zie NZa CA-257 en BR/FZ-0029). Poliklinische fz in het gevangeniswezen (fzg) valt onder extramurale fz (omdat beveiliging geen deel uitmaakt van de bekostiging van de fz-instelling die de poliklinische zorg levert), hoewel deze plaatsvindt in een beveiligde setting (die wordt gerealiseerd door de penitentiaire instelling).

productiekosten zijn hierdoor in de onderzoeksperiode weliswaar relatief sterker gestegen in de extramurale zorg, maar in absolute zin sterker in de intramurale zorg.

Voor zover gegevens in betreffende jaren beschikbaar zijn (N=57 respectievelijk N=64), zijn de ofz-tarieven op zorgcodeniveau in 2015 gemiddeld 8% hoger dan in 2006 (16% hoger dan in 2009). Een substantieel aantal tarieven op zorgcodeniveau is in 2006 echter niet goed vergelijkbaar met latere jaren, omdat in het inventariserend onderzoek waarin de ofz in 2006 in beeld is gebracht (Jongebreur & Goedvolk, 2008, p. 9), de tarieven per (type) bed aan verpleegdagen zijn toegerekend (paragraaf 5.2) en daardoor hoger uitvallen. Ter verbetering van de vergelijkbaarheid met 2006 zijn in tabel 5.19 bij de intramurale ofz, net zoals bij het inventariserend onderzoek (Jongebreur & Goedvolk, 2008, p. 9), de productiekosten aan het aantal behandel- en begeleidingsdagen toegerekend. De intramurale productiekosten komen daarmee volledig tot uitdrukking in de gepresenteerde tarieven. Daarnaast worden in verband met de onderlinge vergelijkbaarheid van intramurale fz-domeinen steeds de gemiddelde tarieven per dag weergegeven.

Bij de extramurale fz worden in tabel 5.19 de bekostigingsgrondslagen in volgorde van financieel belang (het gemiddeld aandeel in de productiekosten) gepresenteerd: de behandelcontacten en uren begeleiding vormen in de onderzoeksperiode circa 85% van de extramurale productiekosten. De volgende drie bekostigingsgrondslagen (contact buiten de instelling, uren dagactiviteit en uren behandeling) maken daarvan gemiddeld ieder circa 5% uit, waardoor de overige (vijf) bekostigingsgrondslagen er in financieel opzicht nauwelijks toe doen (tabel B.11). Tabel 5.19 toont de ontwikkeling van de (van productiekosten en -volumes afgeleide) gewogen gemiddelde FPC- en ofz-tarieven. De tarieven voor PPC's (gevangeniswezen) zijn afkomstig van de jaarverslagen van het ministerie van Justitie.

Tabel 5.19 Gewogen gemiddelde tarieven per eenheid in € en indices (2006 t/m 2015)

	2006	2007	Realisatie gewogen gemiddelde tarieven							Index	
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	(2006=100) (2009=100)
Intramurale fz^I											
FPC (dag)	€ 449			€ 463	€ 463	€ 478	€ 512	€ 502	€ 520	€ 531	118 115
OFZ (dag) ^{II} waarvan	€ 269		€ 276	€ 277	€ 293	€ 284	€ 304	€ 306	€ 271	€ 264	98 95
BW ^{III}	€ 89		€ 95	€ 109	€ 117	€ 112	€ 120	€ 120	€ 120	€ 176	198 162
Overige OFZ ^{IV}	€ 292		€ 304	€ 313	€ 335	€ 341	€ 368	€ 382	€ 374	€ 265	91 85
PPC (dag) ^V	€ 181			€ 328	€ 367	€ 360	€ 399	€ 398	€ 403	€ 412	228 126
Extramurale fz^{VI}											
Behandeling (contact)	€ 151		€ 133	€ 139	€ 143	€ 146	€ 148	€ 136	€ 139	€ 138	92 99
Begeleiding (uur)	€ 67		€ 72	€ 75	€ 74	€ 75	€ 76	€ 69	€ 72	€ 72	108 96
Contact buiten instelling (toeslag)	€ 244		€ 63	€ 69	€ 80	€ 82	€ 83	€ 84	€ 85	€ 88	36 128
Dagactiviteit (uur)	€ 8		€ 9	€ 10	€ 10	€ 10	€ 11	€ 11	€ 11	€ 11	135 114
Behandeling (uur)	€ 96		€ 100	€ 102	€ 104	€ 106	€ 102	€ 85	€ 105	€ 112	116 110
Thuiszorg en preventie (uur)	€ 124		€ 90	€ 86	€ 90	€ 96	€ 98	€ 108	€ 120	€ 126	102 146
Behandeling (dagdeel)							€ 445	€ 598			
Casemanagement (cliënt)				€ 1.718	€ 1.768	€ 1.792	€ 1.843	€ 1.896	€ 1.947	€ 1.981	115
Dagbesteding (dagdeel)	€ 35			€ 45	€ 53	€ 52	€ 47	€ 49	€ 52	€ 51	146 113
Methadonverstrekking				€ 7	€ 7	€ 7	€ 7	€ 8	€ 8	€ 8	115

Bronnen

FPC: DForZo (nacalculatie en MITS); PPC: 2006 (Van Gemmert & Valstar, 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008) en jaarverslagen Justitie; overig: 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt)

Legenda

^IKlinische fz (beveiligingsniveau 1 t/m 4) en fz met verblijf (beveiligingsniveau n.v.t.); ^{II}Quotiënt productiekosten intramurale ofz en som aantal (behandel- en begeleidings-)dagen; ^{III}Quotiënt productiekosten (bed+begeleidingsdagen BW) en aantal begeleidingsdagen BW; ^{IV}Quotiënt productiekosten (bed+eerste opname+behandeldagen+begeleidingsdagen OFZ) en som aantal (behandeldagen+begeleidings-)dagen OFZ; ^VIn 2006: gemiddelde dagprijs gevangeniswezen; vanaf 2009 dagprijs PPC; ^{VI}Ambulante behandeling en begeleiding (beveiligingsniveau n.v.t.)

Tabel 5.19 toont verschillen in ontwikkeling van de tarieven, met een relatief sterke stijging bij PPC's, een gemiddelde stijging bij FPC's, een daling van het gewogen gemiddelde ofz-tarief en een wisselend beeld in de extramurale fz. De ten opzichte van 2006 zeer sterke stijging van het gemiddelde tarief voor PPC's hangt samen met het verschil in voorziening (gevangeniswezen versus PPC), waarop dit betrekking heeft. Vanaf 2009 is dit niet langer het geval. Wel is hierin, anders dan bij FPC's en ofz, ook DJI-brede overhead inbegrepen die, vanwege eventuele verschillen in de loop van de jaren (zie tabel 5.4), het beeld (kunnen) vertroebelen. De tabel toont verder dat het gewogen gemiddelde ofz-tarief tot en met 2013 grotendeels stijgt, om in 2015 2% lager uit te komen dan in 2006 en 5% lager dan in 2009. Op grond van de grotendeels overeenkomende zorgcodes (paragraaf 5.2) en onderliggende gegevens (tabellen B.10 en B.11) kan worden geconcludeerd dat dit samenhangt met verschillen in casemix, zoals een relatief sterke toename van fz met verblijf (begeleiding) die vergeleken met de klinische (behandel)zorg een lager gemiddeld tarief kent. Tabel 5.19 laat bovendien zien dat het gewogen gemiddelde tarief bij bw in de onderzoeksperiode stijgt, met name in 2015, terwijl dit in de overige ofz (ggz, vg, FPA, FPK) tot en met 2014 stijgt en in 2015 daalt. Dit hangt samen met een verandering van bekostigingssystematiek waarbij het aantal bedden bw als grondslag is vervangen door het aantal begeleidingsdagen, waardoor laatstgenoemde relatief sterk stijgt en (vanwege het noemereffect) de gewogen gemiddelde dagprijs in de overige ofz drukt. Tot slot toont de tabel een daling van het gewogen gemiddelde tarief voor behandelcontacten ten opzichte van 2006 en 2009 en een bescheiden stijging respectievelijk daling voor begeleidingsuren ten opzichte van beide peiljaren. De tarieven voor de drie financieel minder zwaarwegende bekostigingsgrondslagen in de extramurale ofz stijgen iets meer, al valt met name de veel lagere toeslag voor contact buiten de instelling op in vergelijking met 2006. Dit is echter het gevolg van een andere berekening van betreffend tarief in 2006 (inclusief zorg) in verband met de berekening van poliklinische zorg in detentie (zie paragraaf 5.2) en kan verder buiten beschouwing worden gelaten.

Voor de beoordeling van doelmatigheid per fz-domeinen (FPC's, PPC's, intra- en extramurale fz) spelen, behalve deze ontwikkelingen in gerealiseerde tarieven, ook ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid en equivalentie een belangrijke rol. Hiervoor is gebruikgemaakt van beschikbare rapporten, aanvullend verkregen gegevens en interviews als informatiebronnen. Tabel 5.20 vat de bevindingen in dit hoofdstuk per domein samen en duidt deze waar mogelijk kwantitatief. Daarbij wordt als indicator voor extramurale ofz uitgegaan van het behandelcontact, de bekostigingsgrondslag met in de onderzoeksperiode relatief het grootste aandeel in de productiekosten (zie tabel B.11); voor de overige bekostigingsgrondslagen wordt verwezen naar tabel 5.19.

Tabel 5.20 Te verklaren variabelen per fz-domein in indices (2006=100) en richting van verandering (2006 t/m 2015)

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
<i>Kosten</i>				
Totale productiekosten (2006=100)	111	266	364	449
Totale productiekosten (2009=100)	87	402	218	192
Productiekosten ofz-indicator (2006=100)				384*
Productiekosten ofz-indicator (2009=100)				149*
Transactiekosten	+	?	+	+
<i>Volume</i>				
Volume (2006=100)	94	117	371	420*
Volume (2009=100)	76	320	228	151*
<i>Tarieven</i>				
Gewogen gemiddelde tarief (2006=100)	118	228	98	92*
Gewogen gemiddelde tarief (2009=100)	115	126	95	99*
<i>Kwaliteit</i>				
Perspectief (forensische) zorg	+	+	+	+
Perspectief continuïteit	+	?	-	-
Externe veiligheid	+	+	+	?
Interne veiligheid	..	+	?	?
<i>Toegankelijkheid</i>				
Perspectief justitie/ wachttijden	+	+	?	?
Perspectief fz-patiënt	/	?	-	-
Equivalentie	/	+	-	-

Legenda

+ Toegenomen; - afgenomen; / gelijk gebleven; . . geen eenduidige input; ? Onbekend. *Behandeling (contacten) als indicator voor extramurale ofz

Uit tabel 5.20 valt op te maken dat de met fz samenhangende gerealiseerde productiekosten in de onderzoeksperiode in verschillende mate zijn gestegen. Bij FPC's is (vergeleken met 2009) sprake van afnemende productiekosten en (vergeleken met 2006 en 2009) van afnemende volumes. Uitgedrukt in behandel- en begeleidingsdagen daalt het gewogen gemiddelde tarief in de intramurale ofz licht en iets sterker in de extramurale ofz, afgaand op het aantal behandelcontacten als indicator daarvoor. De toename van de fz-productiekosten in de onderzoeksperiode is bij FPC's volledig en bij PPC's grotendeels aan de ontwikkeling van tarieven toe te schrijven en, afgaand op indicatoren daarvoor, bij intra- en extramurale ofz vrijwel volledig aan de ontwikkeling van het volume.³²⁴

Bij FPC's en PPC's zijn diverse aspecten van kwaliteit en toegankelijkheid van fz in FPC's en PPC's verbeterd (zoals zorg, externe veiligheid en wachttijden en, in PPC's, interne veiligheid en equivalentie van zorg) of gelijk gebleven (toegankelijkheid vanuit patiëntperspectief en in FPC's equivalentie van zorg). De ontwikkeling van de interne veiligheid in FPC's kon niet

324. De ontwikkeling van productiekosten hangt samen met ontwikkelingen in volume en gemiddeld gewogen tarieven. Verschillenanalyse van de fz-productiekosten in 2006 en 2015 laat zien dat het volume-effect respectievelijk -62% (FPC's), 17% (PPC's), 102% (behandel- en begeleidingsdagen intramurale ofz) en 108% (behandelcontacten extramurale ofz) en het prijseffect respectievelijk 162% (FPC's), 83% (PPC's), -2% (behandel- en begeleidingsdagen intramurale ofz) en -8% (behandelcontacten extramurale ofz) bedraagt.

(eenduidig) worden vastgesteld. In de ofz is sprake van een minder volledig maar meer gemengd beeld, omdat sommige aspecten zijn verbeterd (zoals zorg) en andere verslechterd (continuïteit van zorg, toegankelijkheid vanuit patiëntperspectief en equivalentie). Met betrekking tot extramurale ofz kon, mede omdat respondenten hier minder zicht op hadden, minder dan bij andere fz-domeinen worden vastgesteld of en in welke richting zich na de stelselwijziging veranderingen hebben voorgedaan.

In paragraaf 6.3 wordt ingegaan op ontwikkelingen die invloed (kunnen) hebben op volume, kosten, kwaliteit en toegankelijkheid van fz. In subparagraaf 7.2.5 wordt mede op basis daarvan verder ingegaan op de ontwikkeling van doelmatigheid in de fz.

6 Theoretische en alternatieve verklaringen

6.1 Inleiding

Onderzoeksvraag 5

In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in verklarende theoretische variabelen, vergeleken met de situatie daarvoor?

Onderzoeksvraag 6

Welke alternatieve verklaringen zijn er voor de geconstateerde veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van forensische zorg?

In dit hoofdstuk komen de ontwikkelingen aan de orde die, op grond van het theoretisch kader of op basis van alternatieve verklaringen, de in hoofdstuk 5 beschreven ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie en doelmatigheid van fz mogelijk verklaren. Het betreft feitelijke beschrijvingen, gericht op het vaststellen van (tenminste) de richting van ontwikkeling in de onderzoeksperiode in termen van toe- en afname. In hoofdstuk 7 wordt op de relaties tussen de te verklaren variabelen (hoofdstuk 5) en de verklarende variabelen (hoofdstuk 6) ingegaan.

Paragraaf 6.2 behandelt onderzoeksvraag 5 en heeft betrekking op sturende en uitvoerende actoren in de fz, in theoretische termen ook wel aangeduid als principalen en agenten. Omwille van de leesbaarheid worden de theoretische begrippen uit figuur 2.12 in subparagrafen geclusterd weergegeven. Dit betreft achtereenvolgens: het aantal sturende en uitvoerende actoren (6.2.1), hun economische rechten (6.2.2 en 6.2.3), het verschil in doelen tussen sturende actoren (6.2.4) en het gedrag van sturende en uitvoerende actoren (6.2.5 en 6.2.6). De bevindingen zijn voornamelijk gebaseerd op interviews en worden, waar mogelijk in het kader van triangulatie (Yin, 2014, pp. 118-123) aangevuld met andere bronnen, voor zover vergelijkbaar op dezelfde wijze als in hoofdstuk 5 gepresenteerd (zie paragraaf 5.5 voor toelichting daarop). Aan het einde van iedere subparagraaf worden op grond van de beschikbare informatie conclusies getrokken over de ontwikkeling van de betreffende variabele. Daarbij wordt, waar mogelijk, onderscheid gemaakt naar de verschillende domeinen van fz: FPC's, PPC's en (intra- en extramurale) ofz.

Paragraaf 6.3 behandelt onderzoeksvraag 6 en heeft betrekking op mogelijke (logische) alternatieve verklaringen voor de ontwikkelingen in hoofdstuk 5. Achtereenvolgens komen in subparagrafen de ontwikkeling in aard en omvang van de justitiepopulatie (6.3.1), registratie- en implementatie-effecten (6.3.2), loon- en prijsbijstellingen (6.3.3), ontwikkelingen in de reguliere zorg (6.3.4) en overige alternatieve verklaringen (6.3.5) aan bod. De bevindingen in deze paragraaf zijn voornamelijk gebaseerd op van derden afkomstige data. In aansluiting op deze schets van feitelijke ontwikkelingen in de onderzoeksperiode wat betreft (forensische) zorg, komt in paragraaf 6.4 het oordeel van respondenten over sterke en zwakke punten in de fz na de stelselwijziging aan bod. Paragraaf 6.5 vat de bevindingen samen.

In verband met zelfstandige leesbaarheid worden kernbegrippen en aanpak in dit hoofdstuk in hoofdlijnen toegelicht. Voor de (verdere) theoretische achtergrond wordt verwezen naar de betreffende paragrafen in hoofdstuk 2. Voor een onderzoekstechnische toelichting wordt verwezen naar hoofdstuk 4 en bijlagen 4 tot en met 6.

6.2 Theoretische verklarende factoren

6.2.1 Aantal sturende en uitvoerende actoren

In een van de theoretische benaderingen, de PAT, staan de begrippen principaal en agent centraal. Met principaal wordt bedoeld op de persoon die met een ander persoon, de agent, een contract sluit om namens de principaal een dienst te verrichten, waarbij deze agent enige beslissingsruimte heeft (paragraaf 2.3). Met agent wordt in deze studie bedoeld op de fz-instelling. Het aantal actoren wordt gemeten op organisatieniveau als de som van beide. De fz-instelling is dus de agent die met verschillende principalen te maken kan hebben. Daarbij wordt niet alleen naar de formele rollen gekeken (zie tabel 3.3), maar naar de sturing van fz-instellingen in de praktijk. In algemenere termen zijn principalen als sturende actoren te beschouwen en agenten als uitvoerende actoren.

Aan bestuurders van fz-instellingen is gevraagd van welke organisaties zij in verband met fz sturing ondervonden voor en na de stelselwijziging, in de peiljaren 2006 en 2015. In tabel 6.1 is het aantal door hen genoemde organisaties per respondent opgenomen, onderscheiden naar het aantal principalen in enge zin (ministeries van VWS en Justitie, zorgkantoren en DJI), overige sturende actoren (zorgverzekeraars, IGZ, ISt/ IVenJ, actoren in de strafrechtketen en overig) en principalen in ruime zin (de som van beide categorieën). Van twee respondenten is bekend dat de antwoorden uitsluitend betrekking hebben op FPC's, van negen respondenten op ofz, waarvan vijf tevens op FPC's. De respons van één respondent is in tabel 6.1 buiten beschouwing gelaten vanwege een vermoedelijke invoerfout.³²⁵ Met vertegenwoordigers van PPC's kon niet worden gesproken (subparagraaf 4.5.2) en deze blijven daardoor in de tabel buiten beschouwing.

325. In het betreffende geval is (door de onderzoeker) genoteerd dat de fz-instelling na de stelselwijziging enkel van de IGZ sturing ondervindt en niet van het ministerie van Justitie, DJI, de IVenJ en actoren in de strafrechtketen. Omdat de onderwerpen in deze volgorde zijn bevraagd en de onderzoeker geen herinnering heeft aan deze atypische respons en in een dergelijk geval om toelichting zou hebben gevraagd (quod non), betreft dit vermoedelijk een invoerfout.

Tabel 6.1 Aantal principalen in enge en ruime zin (2006 en 2015)

Respondent	Domein	Principalen in enge zin*		Overige sturende actoren**		Principalen in ruime zin***	
		2006	2015	2006	2015	2006	2015
Respondent A	FPC	4	2	2	3	6	5
Respondent B	FPC	2	2	3	3	5	5
Respondent C	FPC en OFZ	2	2	4	3	6	5
Respondent D	FPC en OFZ	4	2	4	5	8	7
Respondent E	FPC en OFZ	4	2	5	3	9	5
Respondent F	FPC en OFZ	4	2	3	2	7	4
Respondent G	FPC en OFZ	3	2	4	3	7	5
Respondent H	OFZ	4	3	4	4	8	7
Respondent I	OFZ	4	2	4	4	8	6
Respondent J	OFZ	2	2	3	3	5	5
Respondent K	OFZ	2	2	2	3	4	5
Aantal respondenten dat aangeeft dat in 2015 (ten opzichte van 2006) het aantal principalen (in enge of ruime zin) is:							
Gelijk gebleven		4		4		2	
Afgenomen		7		4		8	
Toegenomen		0		3		1	

Legenda:

*Principalen in enge zin (X): VWS, Justitie, zorgkantoor, DJI; ** Overige sturende actoren (Y): zorgverzekeraars, IGZ, ISt/IVenJ, actoren in strafrechtketen, anders (College Bouw, gemeenten); Principalen in ruime zin***: som van X en Y

Uit tabel 6.1 komt naar voren dat alle respondenten aangeven dat het aantal principalen in enge zin is afgenomen (N=7) of gelijk gebleven (N=4). Voor het aantal principalen in ruime zin geldt in hoofdlijn hetzelfde (N=8 respectievelijk N=2), al komt een enkele respondent (K) op een hoger aantal uit. Uit het verschil tussen principalen in enge en ruime zin valt op te maken dat de respondenten in de onderzoeksperiode (enige) sturing ervaren van andere organisaties dan die formeel op strategisch of operationeel niveau voor de fz-inkoop verantwoordelijk zijn (VWS, Justitie, zorgkantoren of DJI). Na de stelselwijziging betreft dit voornamelijk de beide inspecties³²⁶ en actoren uit de strafrechtketen. In drie respectievelijk twee gevallen worden ook zorgverzekeraars en gemeenten genoemd.

Alle respondenten die deels of geheel op FPC betrekking hebben, geven aan dat het aantal principalen in enge en ruime zin is afgenomen dan wel gelijk gebleven. Om die reden wordt geconcludeerd dat bij FPC's sprake is van een afname van het aantal principalen in enge en in ruime zin. Voor respondenten die deels of geheel op ofz betrekking hebben, geldt in hoofdlijn hetzelfde (zie ook subparagraaf 6.2.4). In de ofz ondervonden vrijwel alle respondenten in 2006 sturing vanuit VWS en de zorgkantoren en in 2015 vrijwel niet meer. Het merendeel ontving in beide peiljaren sturing vanuit Justitie en DJI. Wat overige actoren betreft ervaren minder respondenten sturing vanuit zorgverzekeraars en meer vanuit de IVenJ.

Het aantal principalen dat zich met PPC's bezighoudt, kon niet worden nagevraagd en is in die zin niet bekend. Op grond van het gegeven dat deze voor en na de stelselwijziging onder beheer van de minister van Justitie vallen en onderdeel uitmaken van het agentschap DJI en gelet op de interviews met vertegenwoordigers van beide inspecties, wordt verondersteld dat

326. Navraag bij de IGZ leert dat zij in 2006 reeds toezicht hielden op (rijks-FPC's en particuliere) FPC's (en zorg in het gevangeniswezen. Navraag bij de IVenJ leert dat haar rechtsvoorganger ISt destijds eveneens reeds toezicht hield op FPK's en instellingen voor ambulante begeleiding en beschermd wonen voor zover het om (voldoende) personen met een strafrechtelijke titel ging.

zij (hooguit) sturing ondervinden vanuit het ministerie van Justitie, DJI, IGZ, IVenJ en actoren uit de strafrechtketen en dat hierbij in de onderzoeksperiode geen verandering is opgetreden, vergeleken met voorheen bijzondere zorgafdelingen in het gevangeniswezen.

Op basis van tabel 4.1 (paragraaf 4.2) kan tot slot nog worden opgemaakt dat in 2015 een met 2006 vergelijkbaar aantal FPC's is gecontracteerd (waarvan één met een aflopend contract), dat er minder PPC's zijn dan voorheen bijzondere zorgafdelingen in het gevangeniswezen en dat het aantal ofz-instellingen waar fz wordt ingekocht sterk is toegenomen.

Samenvattend wordt geconcludeerd dat het aantal principalen bij FPC's en in de ofz is afgenomen en bij PPC's gelijk is gebleven. Het beeld is vergelijkbaar wanneer met de sturing van overige actoren rekening wordt gehouden. Het aantal agenten is bij FPC's gelijk gebleven, in de ofz (sterk) toegenomen en bij PPC's afgenomen. Als geheel is het aantal organisaties dat zich met fz bezighoudt, vooral dankzij uitbreiding van het aantal gecontracteerde ofz-instellingen, tussen 2006 en 2015 toegenomen.

Concluderend: *Verandering aantal principalen en (andere) actoren*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
Aantal principalen (eng)	-	/	-	-
Aantal principalen (ruim)	-	/	-	-
Aantal agenten	/	-	+	+
Aantal actoren (totaal)	-	-	+	+

Legenda. + Toegenomen; - afgenomen; / gelijk gebleven

6.2.2 Economische rechten sturende actoren

Het begrip economische rechten (property rights) staat centraal in de PRT en is in paragraaf 2.2 gedefinieerd als "in regelgeving of gewoonten maatschappelijk geaccepteerde rechten van een actor om een bron (zoals fz) te exploiteren, de rechten van derden (zoals justitiabelen of burgers) ten aanzien van die bron te reguleren en daarvan de effecten te ondervinden".

Economische rechten hebben daarmee betrekking op de zeggenschap en het belang van een actor bij een bron. Met de opdrachtgever van sturende actoren (OSA),³²⁷ sturende en uitvoerende actoren op strategisch en operationeel niveau en brancheorganisaties is aan de hand van een wisselend aantal vragen en stellingen besproken of een verschil in zeggenschap en belang bestaat bij de productie van fz tussen sturende actoren voor en na de stelselwijziging, dat wil zeggen tussen de minister van VWS (voor de stelselwijziging) en van Justitie (na de stelselwijziging) of actoren namens hen (zie subparagraaf 6.2.1). De reacties van sturende actoren hebben veelal betrekking op de gehele fz. Vertegenwoordigers van PPC's konden niet worden bevraagd (subparagraaf 4.5.2). Tabellen 6.2 tot en met 6.4 tonen de

327. Om de anonimiteit van de respondent te waarborgen wordt deze, afhankelijk van de context, in combinatie met sturende (SA) of overige actoren (OA) gepresenteerd. Mutatis mutandis gebeurt hetzelfde bij anderen wanneer dit minder dan drie respondenten betreft (inspecties, NZa), tenzij vanwege hun expertoordeel in specifieke gevallen anders met hen is afgesproken (subparagraaf 4.5.2).

ontwikkelingen in zeggenschap van de sturende actoren voor en na de stelselwijziging en tabel 6.5 de ontwikkelingen in belang (peiljaren 2006 en 2015).

Tabel 6.2 Zeggenschap sturende actoren over fz-productie na stelselwijziging

Vraag	Heeft de minister van Justitie (of een andere actor namens deze) na de stelselwijziging (veel) meer/ evenveel/ (veel) minder dan de minister van VWS (of een andere actor namens deze) vóór de stelselwijziging zeggenschap over	Respondent	N	Frequentieverdeling					Gemiddelde
				Veel meer	Meer	Evenveel	Minder	Veel minder	
A	BEV0300[1]. [de instroom van fz-cliënten in een zorginstelling]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	25	14	9	2	0	0	4,5*
B	BEV0300[2]. [de wijze van behandeling of begeleiding van fz-cliënten]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	26	1	18	7	0	0	3,8*
C	BEV0300[3]. [de duur van de behandeling of begeleiding van fz-cliënten]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	26	4	18	4	0	0	4*
D	BEV0300[4]. [de bejegening tijdens het verblijf of contact met fz-cliënten]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	25	0	7	17	1	0	3,2*
E	BEV0300[5]. [het doorverwijzen van fz-cliënten naar andere fz-zorginstellingen]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	25	4	20	1	0	0	4,1*
F	BEV0300[6]. [het doorverwijzen van fz-cliënten naar reguliere zorginstellingen]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	24	2	8	11	3	0	3,4*
G	BEV0300[7]. [de omvang van de fz-productie die door een zorginstelling wordt geleverd]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	22	4	14	3	1	0	4*
H	BEV0300[8]. [de tarieven van de fz-productie die door een zorginstelling worden gehanteerd]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	21	5	10	6	0	0	4*
I	BEV0300[9]. [de samenstelling van het bestuur van een zorginstelling]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	21	0	9	12	0	0	3,4*
J	BEV0300[10]. [de ontwikkeling van nieuwe vormen van forensische zorg]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	21	0	12	9	0	0	3,6*
K	BEV0300[11]. [het voor (forensische) zorg beschikbare budget]	OSA OA1	4	0	2	1	1	0	3,3

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

Tabel 6.2 toont brede consensus onder respondenten dat de zeggenschap van de minister van Justitie na de stelselwijziging over de meeste aspecten die de fz-productie raken, is toegenomen ten opzichte van die van de minister van VWS voor de stelselwijziging. Alleen

over de zeggenschap van beide ministers over het fz-budget waarover in kleiner verband is gesproken (N=4), is geen consensus (waarover later meer). De zeggenschap is na de stelselwijziging met name groter bij de instroom (A), doorverwijzing naar andere fz-instellingen (E), behandeling of begeleiding van fz-patiënten (C), omvang (G) en tarieven (H) van de fz-productie. Sturende actoren blijken de toename van zeggenschap over de samenstelling van het bestuur (I) significant sterker in te schatten dan uitvoerende actoren.³²⁸

Enkele citaten:

- "Er is sprake van een inkoop- en toewijzingsmonopolie (van productie en cliënten), dat wordt op afstand geregeld. Doordat ze monopolist zijn als inkoper, kunnen ze kwaliteitseisen stellen. Dit is vastgelegd in inkoop-, betalings- en aanbestedingsvoorwaarden." (UA1)
- "De hele opzet was dat de minister van Justitie meer zeggenschap kreeg over de instroom van een fz-cliënt in de instelling." (OA)
- "De stelselwijziging is van grote betekenis geweest, [Justitie is] veel nadrukkelijker aanwezig, veel bepalender, veel formats. Dat heeft indirect effect op behandeling. Vroeger geen discussie over verlofaanvragen. Die vond alleen intern plaats." (UA2)
- "Als het gaat om de inzet van de zorg en hoe je dit doet, daar heeft Justitie een veel directievere rol in dan VWS destijds had." (OA)
- "Via de inkoopconstructie kan DForZo druk uitoefenen . . . Bij tbs betekent dit behandelduur inkorten en dat heeft invloed op de behandeling. Je krijgt vragen als je niet de richtlijn toepast. Dat was voorheen veel minder." (UA1)
- "DJI heeft na de overheveling heel sterk geroepen "alle fz is voor ons", dat heeft tot heden tot gevolg dat zorgverzekeraars zich niet verantwoordelijk voelen. Het standpunt dat fz alleen zorg betreft voor personen met een strafrechtelijke titel, was echter nooit bedoeling bij de overheveling. . . Zorgverzekeraars werden door invoering Zvw ineens met een groep (ziekenfondsverzekerden) met veel risico's en onzekerheden geconfronteerd en wilden hele dure klanten er niet bovenop hebben. Maar er waren en zijn civielrechtelijke patiënten die beveiligde ggz nodig hebben en terechtkomen in fz, maar dat gebeurt nog maar mondjesmaat." (SA1)
- "Voor Justitie is het lastiger dan voor VWS om omvang fz te beheersen, kan geen nee verkopen als rechter zorg heeft opgelegd, dat kon in het verleden wel (niet bij tbs maar wel bij voorwaardelijke sancties)." (SA2)
- Justitie heeft meer zeggenschap over productieomvang dan voorheen de zorgkantoren. Hanteert een opnamestop vanwege dreigende overschrijding van productiekaders." (UA1)
- "Justitie heeft er alles aan gedaan om te voorkomen dat zij als enige de tarieven bepaalde. NZa bepaalt de (maximum)tarieven voor DBBC's. Als enige kopende partij is Justitie daarmee een hand op de rug gebonden. Als dat niet gebeurd was, dan hadden mogelijkheden om fz-instellingen af te knippen groter geweest. De weg via NZa-tarieven is een nette manier om met het veld om te gaan. In een ruime markt willen zorginstellingen voor 70-80% van de prijs leveren." (SA1)
- "Niet alleen bij tbs- maar ook bij andere fz-instellingen heeft Justitie informeel meer zeggenschap, bijvoorbeeld bij lidmaatschap van RvC [raad van commissarissen]." (SA1)

328. Zoals eerder aangekondigd, worden enkel significante verschillen tussen subgroepen (SA en UA) weergegeven ($P < 0,05$): bij zeggenschap over samenstelling van het bestuur (I) ligt het gemiddelde van SA-respondenten op 3,7 en van UA-respondenten op 3,2.

- "Formeel heeft Justitie meer zeggenschap over bestuur bij FPC's, kan aanwijzing doen tot vertegenwoordiger in raad van toezicht. Ook is er de mogelijkheid bij FPK's en FPA's om [bij een incident] een externe procesbewaker in te vliegen, die kan gevraagd en ongevraagd advies geven over wat nodig is. . . Er is sprake van een wederzijdse afhankelijkheid: niet alleen de kliniek maar ook de minister is in de problemen en die moeten gezamenlijk het hoofd worden geboden." (SA2)

Aan respondenten is gevraagd of de verschillen in zeggenschap samenhangen met voornamelijk andere (formele) bevoegdheden of met (informele) normen, tradities en gewoonten of met beide. Veertien respondenten geven aan dat deze ongeveer even zwaar wegen, negen respondenten schrijven dit voornamelijk aan andere formele bevoegdheden toe en één respondent schrijft dit voornamelijk toe aan informele normen, tradities en gewoontes. Ook degenen die aangeven dat formele verantwoordelijkheden zwaarder wegen, wijzen op cultuurverschillen. Enkele citaten:

- "Als er iets gebeurt met iemand met een strafrechtelijke titel, dan valt dit onder verantwoordelijkheid van de minister van Justitie (dat was en is nog steeds zo). Dit is een groot verschil met de positie van de minister van VWS: als er iets gebeurt met een patiënt dan is dat niet zijn verantwoordelijkheid, maar van de directie van de zorginstelling. Daarbij is sprake van een ander sturingsmodel door zelf contracten af te sluiten." (SA1)
- "Voornamelijk formeel omdat de minister invloed heeft op de regulering van patiënten en dat in wetgeving heeft vastgelegd. . . Ook indirect via reclassering, waar minister van Justitie ook veel formele zeggenschap heeft. Cultuur speelt overigens wel een rol." (UA1)
- "Er is een fundamenteel verschil van sturing tussen VWS en Justitie. De staatssecretaris van Justitie is directer verantwoordelijk voor het functioneren van het werkveld dan de minister van VWS. Het zorgstelsel functioneert veel meer decentraal en kent decentrale bevoegdheden, met allerlei toetsende organen. Waarbij het ministerie van Justitie alle verantwoordelijkheid bij zichzelf houdt (kwantiteit, kwaliteit van geleverde zorg en diensten, veiligheidsbeheersing en kwaliteit bestuur) wordt deze bij VWS gedelegeerd aan bijvoorbeeld de IGZ en het Zorginstituut. De minister van VWS wordt zelden in de Kamer ter verantwoording geroepen, terwijl dat bij Justitie bijna gewoon is." (UA1)
- "Vanwege de juridische titel van patiënten is het mogelijk om grenzen te stellen aan het handelen van kliniek en vrijhedenbeleid." (UA2)

Degenen die beide van belang vonden, wijzen eveneens op het cultuurverschil:

- "VWS had weliswaar de formele bevoegdheid om een DForZo in te richten, maar geen mankracht en cultuur [daarvoor]. Fz was niet als zodanig bekend. . . VWS was een stelselministerie, laat sturing over aan de IGZ." (SA2)
- "De minister van VWS is er niet verantwoordelijk voor of burgers wel of niet gezond blijven, alleen voor het systeem van gezondheidszorg waar die burgers gebruik van kunnen maken als ze dat willen. De minister van Justitie heeft materieel een verdergaande verantwoordelijkheid, vanwege de effecten op de veiligheid van de samenleving." (SA1)
- "Onduidelijk of de minister van Justitie meer formele bevoegdheden heeft. Ook andere cultuur speelt een rol." (SA1)
- "Er zit een groot verschil in cultuur tussen VWS en Justitie. Bij een incident in een ziekenhuis wordt de minister van VWS niet naar de TK geroepen, in fz wel. Er is sprake van een verschil in politieke aanspreekbaarheid." (UA1)

- "Justitie is van oudsher meer gericht op veiligheid, VWS op zorg. Minister van Justitie is veelal op casusniveau verantwoordelijk. De minister van Justitie wordt snel naar de Tweede Kamer geroepen. Politiek gevoeliger omgeving. De minister van VWS is stelselverantwoordelijk." (UA1)
- "De staatssecretaris van Justitie staat direct in de TK vanwege maatschappelijke veiligheid, dat ligt politiek gevoelig maar dat is het ook omdat het zo georganiseerd is. VWS organiseert meer van zich af." (OA1)

Eén respondent meldt voornamelijk culturele verschillen:

- "De cultuur van sturen van organisaties is de grootste verandering. Institutionele bevoegdheden van de minister van Justitie zitten alleen bij particuliere tbs-instellingen (positie van Justitie in raad van toezicht, aanschaf hypotheek, regels omtrent exploitatiereserve) niet bij ofz." (SA2)

Aan vier respondenten (opdrachtgever sturende actoren en brancheorganisaties) zijn enkele stellingen voorgelegd over aspecten van zeggenschap die zijn gerelateerd aan eventueel opportunistisch gedrag van sturende actoren. Het accent ligt hier op de *mogelijkheid*, niet op ondervonden gedrag dat in subparagraaf 6.2.5 (tabel 6.13) aan de orde komt, al wordt in de toelichting van de antwoorden soms ingegaan op ervaringen in de praktijk.

Tabel 6.3 Vervolg zeggenschap sturende actoren na stelselwijziging

Stelling	Respondent	Frequentieverdeling						Gemiddelde
		N	Zeer eens	Eens	Niet (on) eens	Oneens	Zeer oneens	
A BEV0600[1]. [kan DForZo voordeel halen ten koste van fz-instellingen, meer dan voorheen de zorgkantoren]	OSA OA1	4	0	4	0	0	0	4*
B BEV0600[3]. [kan het (forensische) zorgbudget meer dan voorheen worden besteed aan zaken die niet ten gunste komen van de fz zelf (bijv. een groter ondersteunend apparaat, zaken ter verhoging status of positie van minister/ DForZo)]	OSA OA1	4	0	2	0	2	0	3

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

Uit tabel 6.3 komt naar voren dat de betreffende respondenten het erover eens zijn dat DForZo, meer dan voorheen de zorgkantoren, voordeel *kan* halen ten koste van fz-instellingen (A). Dit is in lijn met de hiervoor beschreven sterke positie van DForZo. Enkele citaten:

- "Eén inkoper bepaalt de tarieven, in theorie kan DForZo dit beter dan de zorgkantoren (heeft overzicht van het totale aanbod). In de praktijk ziet respondent pogingen daartoe, maar is DForZo afhankelijk van een beperkt aantal aanbieders. Uiteindelijk is het zo dat Justitie de tarieven lager kan vaststellen. Als je dat niet pikt, kan je geen fz leveren (zo ervaren instellingen dat)." (OA)
- "Voordelen van één inkopende partij wegen zwaarder (kunnen kiezen uit zorginstellingen), dan dat zorginstellingen voordeel kunnen halen ten koste van Justitie, met uitzondering van innovatiegelden." (OA)

De meningen zijn verdeeld over de vraag of het fz-budget meer dan voorheen *kan* worden besteed aan zaken die niet ten gunste komen van de fz zelf (stelling B):

- "In theorie kan [het fz-budget meer dan voorheen worden besteed aan zaken die niet aan fz zelf ten goede komen], omdat een nieuwe inkooporganisatie moet worden opgezet. . . Beheerskosten waren geen issue." (OA)
- "Binnen AWBZ kan gemakkelijker worden geschoven met budgetten dan bij Justitie; dit hangt samen met de cultuur van toezicht en controle die bij Justitie sterker is ontwikkeld. Dit kan als vooruitgang worden gezien, maar de regelruimte is ook kleiner." (OA)
- "Volkomen onduidelijk hoe onderverdeling van kosten is binnen het kerndepartement (overheadkosten) en bijvoorbeeld kosten van fz binnen PI's. De zorgkantoren hadden geen eigen kwaliteitsapparaat." (OA)

Dit raakt aan de eerdere vraag over verandering van zeggenschap van sturende actoren over het fz-budget, waarover (dezelfde) respondenten het evenmin eens zijn (tabel 6.2, K):

- "Rijksbegroting, sociale zekerheid en BKZ [Budgettair Kader zorg] hebben een slot op de uitgaven. In het begin van een nieuwe kabinetsperiode werden hier afspraken over gemaakt. Binnen het kader kon veel vanuit het perspectief van Financiën (herschikken binnen kader is mogelijk). Indien exogene factoren daartoe aanleiding gaven, is uitbreiding van budget bespreekbaar." (OA)
- "Kerndepartement heeft meer invloed op de omvang van het budget dan in situatie voorheen AWBZ. Bij VWS zat geen *gelabeld* geld." (OA)
- "Budget voor fz is bij Justitie politiek bepaald. De politieke aansturing is scherper dan bij VWS en daardoor is er bij een eenmaal vastgesteld budget minder bewegingsruimte. Bevoegdheden en politieke risico's zijn groter. De cultuur is veel meer gericht op het beheersen en onder controle houden." (OA)

In verband met mogelijke verandering van zeggenschap van toezichthouders is tot slot aan vertegenwoordigers van de NZa en inspecties gevraagd of en wanneer in de onderzoeksperiode hun bevoegdheden zijn veranderd (tabel 6.4).

Tabel 6.4 Zeggenschap toezichthoudende actoren na stelselwijziging

Vraag	In hoeverre zijn de rol en bevoegdheden van uw organisatie mbt de volgende fz-instellingen in de periode 2006- 2015 veranderd (toe- of afgenomen)?	Respondent	5 4 3 2 1						Gemiddelde
			N	++	+	/	-	--	
A BEV1000[SQ001]. [1. fpc's]		OA2 OA3	4	1	2	1	0	0	4
B BEV1000[SQ2]. [2. ppc's]		OA2 OA3	4	1	2	1	0	0	4
C BEV1000[SQ3]. [3. ambulante ofz]		OA2 OA3	4	1	2	1	0	0	4
D BEV1000[SQ4]. [4. klinische ofz (met verblijf)]		OA2 OA3	4	1	2	1	0	0	4

Legenda

++ sterk toegenomen, + toegenomen, / gelijk gebleven, - afgenomen, -- sterk afgenomen

Uit tabel 6.4, waarin significantie niet aan de orde is,³²⁹ valt op te maken dat de zeggenschap bij alle vier domeinen gemiddeld is toegenomen. Uit onderliggende gegevens blijkt dat het per domein om verschillende ontwikkelingen gaat. Zo maken IGZ-respondenten melding van gelijkblijvende bevoegdheden ten aanzien van de ambulante en klinische ofz. IvenJ-respondenten geven dit juist aan ten aanzien van FPC's en PPC's. Uit de toelichting blijkt verder:

- "De rol van de NZa is met ingang van 2013 sterk toegenomen wat betreft bekostiging van zorg door invoering van DBBC's (prestatiebekostiging). De vrijheid van contractpartijen is daarmee ingeperkt. Dit gebeurde op basis van een groeimodel. Vanaf 2016 kunnen FPC's, PPC's en ofz niet om prestatietarieven heen." (OA2)
- "In 2013 zijn de Bvt en Pbw veranderd, waardoor de IGZ een extra taak kreeg in het toezicht op gedwongen behandeling. Sluitstuk van een tienjarig traject in verband met een niet-passende situatie dat bij vergelijkbare problemen niet dezelfde wettelijke regels en toepassingsruimte golden, waardoor verschillen in behandeling toegestaan werden en mogelijk waren. Wettelijke aanpassing maakte een einde aan de tekortkoming dat aan mensen met vergelijkbare problematiek verschillen in behandelingsmogelijkheden werden toegestaan." (OA3)
- "De beschrijving van prestatie-indicatoren in de FPA's biedt meer dan voorheen een basis om toezicht te houden. Er is momenteel geen apart toetsingskader voor ambulante ofz, anders dan via reclasseringtoezicht." (OA3)

Behalve zeggenschap over fz is tot slot het belang ervan voor sturende actoren relevant voor hun economische rechten. In tabel 6.5 komen stellingen hierover aan de orde, die zijn voorgelegd aan sturende actoren (opdrachtgever, strategisch en operationeel niveau) en brancheorganisaties.

Uit tabel 6.5 komt naar voren dat het functioneren van fz-instellingen voor de ene sturende actor (minister van Justitie) van groter belang wordt geacht dan voor de ander (minister van VWS) toen deze de politieke verantwoordelijkheid droeg. Het duidelijkst blijkt dit bij de positie van de ministers in de Staten-Generaal (A) en de positie van DForZo (B). Enkele citaten:

- "Voor VWS was fz een niche, die bedenken dingen die voor 80 miljard van belang zijn. . . Fz is minder dan 1%. Voor Justitie is fz van relatief groter belang. Totale justitiebegroting is 10 miljard, waarvan fz een substantieel [deel] is. Het gaat niet alleen om een verschil in financieel belang, maar ook aan de normen- en waardenkant is dit bij Justitie hoger geprofileerd. Goede zorg is voor iedereen belangrijk, maar zorgkosten zijn veel meer onderdeel van inkomenspolitiek. Daar spelen heel andere, plattere overwegingen een rol dan bij Justitie. Bij Justitie gaat het niet om (absolute) grote bedragen. Bovendien doen bij incidenttereguleerde onderwerpen prijskaartjes er niet toe." (SA1)

329. Gelet op het feit dat alle drie toezichthoudende organisaties zijn bevraagd (populatie) en de respondenten uitspraken doen over bevoegdheden van de eigen organisatie, kan het gemiddelde als populatiescore worden geïnterpreteerd als 'toegenomen zeggenschap'.

Tabel 6.5 Belang van sturende actoren bij fz na stelselwijziging

Stelling	Respondent	5 4 3 2 1					Frequentieverdeling	Gemiddelde		
		N	Zeer eens	Eens	Niet (on)eens	Oneens			Zeer oneens	
Na de stelselwijziging is het functioneren van een forensisch zorginstelling . . .										
A	BEL0100[1]. [van meer belang voor de positie in de Eerste en Tweede Kamer van de minister van Justitie dan voorheen voor de positie van de minister van VWS]	OSA SA1 SA2 OA1	11	3	8	0	0	0		4,3*
B	BEL0100[2]. [voor de beeldvorming en publieke opinie in de media voor de minister van Justitie van meer belang dan voorheen voor de positie van de minister van VWS]	OSA SA1 SA2 OA1	11	0	10	0	1	0		3,8*
C	BEL0100[3]. [voor de positie van DforZo van meer belang dan voorheen voor de zorgkantoren]	OSA SA1 SA2 OA1	10	2	7	0	1	0		4*
D	BEL0100[4]. [voor de positie van de minister van VWS in de Eerste en Tweede Kamer van minder belang dan vóór de stelselwijziging]	OSA SA1 SA2 OA1	11	0	8	2	1	0		3,6*

Legenda*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

"De minister van Justitie was en bleef na stelselwijziging verantwoordelijk voor patiënt met strafrechtelijke titel, [dat was] ook bij AWBZ [het geval, dat] (was alleen financiering). De minister van VWS was niet verantwoordelijk voor de patiënt, maar werd voor stelselwijziging er wel op aangesproken dat patiënten in strafrechtelijk kader niet in zorg konden komen. De minister van VWS had geen verantwoordelijkheid voor het functioneren van fz-instelling; IGZ houdt toezicht. De minister van Justitie is wel verantwoordelijk voor functioneren van fz-instelling (heeft contract afgesloten)." (SA1)

- "De minister van Justitie wordt meer dan voorheen naar de Tweede Kamer geroepen. De Kamer neemt concrete casus als uitgangspunt, is politiek gezien interessanter dan vragen over stelselverantwoordelijkheid. Bij keuze om in te zoomen op feit dat iemand een delict heeft gepleegd vanwege tekortschietende zorg, wordt meer op delict dan op tekortschietende zorg ingezoomd. Justitie is verantwoordelijk voor de veiligheid in de samenleving." (SA1)
- "De politieke druk is bij incidenten bij Justitie altijd groter dan bij VWS. Justitie is meer geneigd en wordt, omdat het om leven en dood gaat en over veiligheid, meer aangesproken op casuïstiek. Het politieke discours met VWS is altijd meer gericht op het stelsel. Dat heeft met de soort casuïstiek te maken." (SA1)
- "DForZo wordt door angst geregeerd. Justitie is heel gevoelig, omdat ministers een aantal keren in politieke problemen zijn gebracht door bijvoorbeeld Schipholbrand en tbs-incidenten. . . Dat heeft te maken met hoe een ministerie is georganiseerd en ingericht. . . Allerlei taken zijn belegd bij allerlei organisaties. Al dit soort incidenten worden langs die weg afgehandeld. Dat lukt niet bij Justitie, omdat sturing bij justitie (OM, rechterlijke macht) zich richt op individuele gevalsafhandeling. DJI kon volgens Donner geen zbo

worden, omdat iemand politiek verantwoordelijk moet willen zijn voor ernstige incidenten.” (SA2)

De bevindingen met betrekking tot de zeggenschap van sturende actoren samenvattend, is de zeggenschap (van de minister van Justitie) na de stelselwijziging over de fz-productie groter dan (van de minister van VWS) daarvoor. De grotere zeggenschap heeft betrekking op een scala aan onderwerpen, variërend van onder meer instroom, behandeling, duur, doorverwijzing, innovatie, omvang fz-productie, tarieven en invloed op de samenstelling van het bestuur. DForZo heeft hierover (namens de minister van Justitie) via de inkoopconstructie meer zeggenschap en *kan* volgens respondenten meer voordeel halen ten koste van fz-instellingen, dan voorheen de zorgkantoren. Eventuele prijsverschillen (tarieven) komen ten laste of ten gunste van DJI (paragraaf 5.3). Na de stelselwijziging heeft de sturende actor via wettelijke bepalingen zoals in de Bvt, Pbw, of het WvSr en WvSv daarnaast meer zeggenschap over fz-patiënten dan voorheen, waaronder over verlof in het kader van hun behandeling. De bevoegdheden van toezichthoudende organisaties en inspecties zijn na de stelselwijziging eveneens toegenomen.

De bevindingen hebben (tenminste) betrekking op FPC's en ambulante en klinische ofz. Hoe dit uitpakt bij PPC's is niet onbekend, omdat niet met PPC-vertegenwoordigers kon worden gesproken. Aangezien PPC's voor en na de stelselwijziging volledig onder beheer van de minister van Justitie vallen (subparagraaf 6.2.1) is een verschil in zeggenschap over de fz-productie enerzijds niet aannemelijk. Anderzijds maakt de IGZ echter expliciet melding van een grotere bevoegdheid ten aanzien van PPC's (dwangbehandeling) en bovendien zijn (bepaalde) formats en randvoorwaarden die via de inkoopconstructies voor FPC's en ofz zijn ontwikkeld, mogelijk ook voor PPC's gaan gelden. Of de zeggenschap van de sturende actor over de (wijze van) fz-productie bij PPC's is veranderd, is per saldo dus onbekend. Dit geldt niet voor de zeggenschap van de sturende actor over gedetineerden. In dit opzicht zijn geen indicaties naar voren gekomen dat de zeggenschap is veranderd.

De toegenomen zeggenschap van de sturende actor na de stelselwijziging hangt volgens sommigen samen met de integrale verantwoordelijkheid van de minister van Justitie, op casusniveau, voor de veiligheid van de samenleving. Tegelijkertijd wijzen zij en anderen op cultuurverschillen tussen VWS en Justitie, mede vanwege het verschil in politieke aanspreekbaarheid. Volgens sommigen is dit een keuze, het gevolg van de wijze waarop het stelsel binnen VWS en Justitie is georganiseerd.

Voor beide opvattingen valt (na triangulatie van bronnen) iets te zeggen. Enerzijds is bijvoorbeeld in de Pbw vastgelegd dat het opperbeheer van PI's berust bij de minister van Justitie die, behalve een veelal organiserende en regelgevende functie, op casusniveau (enkel) dient te worden geïnformeerd over ongeoorloofde afwezigheid van een gedetineerde (art. 5 Pbw). In de Bvt geldt een vergelijkbare organiserende en regulerende functie, met een verdergaande verantwoordelijkheid op casusniveau.³³⁰ Vergelijkbare verantwoordelijkheden op

330. De minister dient bij ter beschikking gestelden niet alleen bij ongeoorloofde afwezigheid maar ook over "andere bijzondere voorvallen" te worden geïnformeerd (art. 7a Bvt). Daarnaast vindt (over)plaatsing

casusniveau zijn er niet voor de minister van VWS. De NZa (NZa, 2013b, p. 22) constateert dat de fz zich onderscheidt van de reguliere zorg, doordat de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie zich zowel op het systeem als de concrete uitvoering van maatregelen, straffen en (kwaliteit en beschikbaarheid van) zorg richt.³³¹ Anderzijds zijn systemen en wetten te veranderen en valt de (mate of wijze van) ministeriële verantwoordelijkheid in andere structuren te organiseren. Daarvoor is medewerking van de Staten-Generaal nodig. De cirkel is echter rond met het besef dat dit een passend politiek klimaat (cultuur) vereist.

De stelling dat een sturende actor na de stelselwijziging meer zeggenschap heeft over het fz-budget levert geen consensus op tussen respondenten: de financiële kaders worden in beide gevallen (rijksbegroting, BKZ) in een regeerakkoord vastgelegd, maar laten volgens de ene respondent vanwege de politieke aansturing meer invloed op de omvang van het fz-budget toe en volgens een andere respondent juist minder bewegingsruimte. Evenmin is er consensus over de vraag of het fz-budget meer dan voorheen kan worden besteed aan zaken die niet ten gunste komen van de fz zelf: volgens de ene respondent is dit in theorie mogelijk omdat een nieuwe inkooporganisatie moet worden opgezet, volgens een andere respondent omdat de beheerskosten niet transparant zijn. Volgens een derde respondent laat de sterkere cultuur van toezicht en controle bij Justitie dit echter juist niet toe. Wat de doorslag geeft, is niet feitelijk te toetsen. Voor zover bekend is hier geen onderzoek naar gedaan (bij Justitie of in algemene zin).

De bevindingen met betrekking tot het belang van sturende actoren samenvattend, achten respondenten het functioneren van fz-instellingen voor de ene sturende actor (minister van Justitie) van groter belang dan voor de ander (minister van VWS). Hierbij wordt zowel op het verschil in financieel belang gewezen van fz voor VWS en Justitie als op verschillen in politieke aanspreekbaarheid. Aangezien rijksinstellingen voor de stelselwijziging al onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie vielen, hebben deze bevindingen enkel betrekking op (particuliere) FPC's, ambulante en klinische ofz.

Concluderend: *Verandering economische rechten sturende actoren*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
<i>Zeggenschap SA</i>				
Fz-productie	+	?	+	+
Fz-cliënten	+	/	+	+
Fz-budget	..	?	..	..
<i>Belang SA</i>				
Financieel belang	+	/	+	+
Politieke aansprakelijkheid	+	/	+	+
<i>Economische rechten SA (per saldo)</i>	+	?	+	+

Legenda. + Toegenomen; - afgenomen; / gelijk gebleven; .. geen eenduidige input; ? onbekend

plaats op last van de minister (art. 11 Bvt) en verleent deze machtiging tot verlof en proefverlof (art. 50-51 Bvt).

331. De NZa onderscheidt de volgende rollen bij verschillende 'bedrijfsonderdelen' van Justitie: inkoop, beleid, indicatie, plaatsing, zorgverlening en toezicht op de sanctietoepassing, in het bijzonder op de beveiliging (NZa, 2013b, p. 22) .

6.2.3 Economische rechten uitvoerende actoren

Ook de economische rechten van uitvoerende actoren, dat wil zeggen fz-instellingen, hebben betrekking op zeggenschap en belang. Met de opdrachtgever van sturende actoren, sturende en uitvoerende actoren op strategisch en operationeel niveau en brancheorganisaties is aan de hand van een wisselend aantal vragen en stellingen besproken of na de stelselwijziging sprake is van een verandering in zeggenschap en belang. De reacties van sturende actoren hebben betrekking op de gehele fz. Vertegenwoordigers van PPC's konden niet worden bevraagd (subparagraaf 4.5.2). Wat zeggenschap betreft is op vrijwel dezelfde onderwerpen ingegaan

Tabel 6.6 Zeggenschap uitvoerende actoren over fz-productie na stelselwijziging

Stelling	Heeft een fz-instelling na de stelselwijziging formeel of informeel (veel) meer/ evenveel/ (veel) minder zeggenschap over	Respondent	N	5	4	3	2	1	Frequentieverdeling	Gemiddelde
				Veel meer	Meer	Evenveel	Minder	Veel minder		
A	BEV0100[1]. [de instroom van fz-cliënten in uw zorginstelling]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	28	0	1	3	16	8		1,9*
B	BEV0100[2]. [de wijze van behandeling of begeleiding van fz-cliënten]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	28	0	3	13	10	2		2,6*
C	BEV0100[3]. [de duur van de behandeling of begeleiding van fz-cliënten]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	27	0	0	11	13	3		2,3*
D	BEV0100[4]. [de bejegening tijdens het verblijf of contact met fz-cliënten]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	27	0	3	16	8	0		2,8
E	BEV0100[5]. [het doorverwijzen van fz-cliënten naar andere fz-zorginstellingen]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	26	0	4	7	14	1		2,5*
F	BEV0100[6]. [het doorverwijzen van fz-cliënten naar reguliere zorginstellingen]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	27	0	3	16	8	0		2,8
G	BEV0100[7]. [de omvang van de fz-productie die door uw zorginstelling wordt geleverd]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	23	0	6	7	8	2		2,7
H	BEV0100[8]. [de tarieven van de fz-productie die door uw zorginstelling worden gehanteerd]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	22	0	3	6	7	6		2,3*
I	BEV0100[9]. [de samenstelling van het bestuur van uw zorginstelling]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	22	0	0	16	6	0		2,7*
J	BEV0100[10]. [de ontwikkeling van nieuwe vormen van forensische zorg]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	22	0	8	10	4	0		3,2

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

als bij sturende actoren. Tabel 6.6 laat zien dat bij zes van de tien onderwerpen de respondenten het erover eens zijn dat de zeggenschap van uitvoerende actoren is afgenomen over, in volgorde van de mate van afname: de instroom (A), duur van behandeling (C), tarieven (H), doorverwijzing naar andere fz-instellingen (E), wijze van behandeling (B) en samenstelling van bestuur (I). Bij doorverwijzen naar fz-instellingen (E) en samenstelling van bestuur (I) schatten sturende actoren het verschil overigens significant sterker in dan uitvoerende actoren.³³² Enkele citaten:

- "Minder zeggenschap fz-instellingen door invloed van contracten en forensisch plaatsingsloket. Fz-instellingen hebben minder te zeggen, hebben zich te houden aan strakke contracten en hebben te maken met één inkoper die ook klanten levert." (SA1)
- "Er is contractvrijheid, dus vrijheid om een contract af te sluiten, maar feitelijk is de sector afhankelijk van Justitie als financier." (SA1)
- "Voorheen was veel sprake van cherry picking, daar wordt nu veel meer op gestuurd. Een nee is niet acceptabel in de keten. Voorheen betekende een nee dat iemand op straat liep. Nu moeten zorginstellingen iemand opnemen, binnen de contracten geldt een opnameplicht . . . die is afdwingbaar binnen de gemaakte productieafspraken. Instelling heeft vijf dagen bedenktijd voor inhoudelijke afweging." (SA2)
- "Indicatiestelling is buiten de fz-instelling gezet. DForZo maakt een match op papier tussen cliënt en fz-instelling." (UA1)
- "Vroeger hield de instelling eigen intakegesprekken. Daarbij werd bijna de helft niet opgenomen wegens gebrek aan motivatie of behandelmogelijkheden. Zo was er vroeger na de intake ook een proefbehandeling mogelijk van drie maanden. Dat gebeurde in fase van schorsing preventieve hechtenis, daarna vonnis rechtbank, dan onderbouwd zeggen tegen rechter of een behandeling kans van slagen heeft. Proefbehandeling mocht niet meer van DForZo, nu vragen rechters erom. Nu is sprake van aselechte toewijzing. De instelling heeft bijna niks meer te zeggen. Je mag hooguit binnen vijf dagen zeggen dat je patiënt weigert. En er is binnen 48 uur na binnenkomst een terugzendmogelijkheid." (UA1)
- "Voorheen was er een pot met geld en was er minder verantwoording nodig. Nu is de zorg opgeknipt in percelen." (UA1/ UA2)
- "Minder invloed op duur behandeling: Justitie stuurt sterk op productmixen (op hoog en laag verblijfsniveau); meest strakke sturing bij tbs (verlofases), in ofz zit het in productmix die een fz-instelling in DBBC's afsprekt. Indirecte sturing in ofz: niet alleen de hoogste beveiligingsniveau in productmix; financieel prikkelen." (SA2)
- "Veel druk dat behandeling niet te lang mag duren. Het kost geld als je niet voldoet aan de prestatienormen (uitstroom en behandelduur). Instelling krijgt boete. Wekt indruk dat DForZo niet meer weet wat behandeling inhoudt." (UA2)
- "Fz-instellingen hebben veel minder zeggenschap over tarieven. Vlak na de stelselwijziging waren de tarieven riant in vergelijking met de reguliere zorg. Tegenwoordig zitten de tarieven onder die van de reguliere zorg. Dusdanig laag dat het pijn doet. Deze situatie bestaat vanaf 2014. Kortingen kunnen zelfs oplopen tot 25% en zijn met name voelbaar in de ofz." (UA1)

332. Bij zeggenschap over doorverwijzen naar fz-instellingen (E) ligt het gemiddelde van SA-respondenten op 1,8 en van UA-respondenten op 2,8. Bij samenstelling bestuur (I) ligt het gemiddelde van SA-respondenten op 2,4 en van UA-respondenten op 2,9.

- "Minder zeggenschap over doorverwijzen naar andere fz-instellingen. Voorheen regelden instellingen zelf onderling het ruilen van patiënten. Ze konden daarmee hun mix van patiëntenpopulatie beïnvloeden. Die zeggenschap is minder geworden door het Forensisch plaatsingsloket." (SA2)
- "Fz-instellingen hebben minder zeggenschap over doorverwijzen naar fz-instellingen. Sinds Justitie de indicatiestelling regelt en de fz verbijzonderd is, lijkt het alsof het zelfs binnen de eigen ggz-instelling lastiger is om fz-cliënten door te plaatsen. Fz krijgt in de beeldvorming iets heel gevaarlijks." (UA1)
- "Cliënten plaatsen waar ze het best passen, gezien wat ze nodig hebben, gebeurt niet veel. Heeft niet met stelselwijziging te maken, maar met gedrag van instellingen zelf (marktaandeel)." (OA1)
- "Instelling heeft veel minder zeggenschap over behandeling door invoering DBBC's. Dat werkt door in prijsstelling en plaatsingsbeleid. Staat haaks op verantwoordelijkheid van fz-instelling." (UA1)
- "Niet alleen bij tbs- maar ook bij andere fz-instellingen heeft Justitie informeel meer zeggenschap, bijvoorbeeld bij lidmaatschap van RvC [raad van commissarissen]." (SA1)
- "Bevoegdheden bij tbs-klinieken zijn in Wfz geregeld;³³³ daarop vooruitlopend zijn bij grote incidenten procesbegeleiders van DJI ingezet bij instellingen om verbeteringen te realiseren." (SA2)
- "Samenstelling bestuur: Justitie nam een bepaalde eindverantwoordelijkheid over die in reguliere zorg niet werd overgenomen. . . Daarnaast heeft Justitie mogelijkheid tot ingrijpen bij disfunctionerend bestuur." (UA1)

Consensus over de ontwikkeling na de stelselwijziging ontbreekt bij zeggenschap van fz-instellingen over: de bejegening van fz-patiënten (D), doorverwijzing naar reguliere zorginstellingen (F), omvang van het fz-budget (G) en innovatie (J). Alleen bij laatstgenoemde (zeggenschap over innovatie) wijzen de reacties op mogelijk enige toename van zeggenschap. Enkele citaten:

- "Bejegening gelijk gebleven: stringenter regels [in tbs] hangen niet samen met stelselwijziging maar met het politieke klimaat en incidenten in tbs. In ofz zal er in de praktijk geen verschil zijn, maar ervaren dit wel als een verschil van bejegening." (SA2)
- "De visie op het realiseren van veiligheid in de eigen fz-instelling is onder druk van Justitie aangepast (meer nadruk op fysieke en minder op relationele veiligheid). Na de stelselwijziging is er minder ruimte voor eigen aanpak (andere bejegening)." (UA1/ UA2)
- "Bejegening is incidentgestuurd. Op moment dat er reuring is in de buitenwereld, dan werkt dat door wat men van de instelling verwacht in bejegening door strengere controles in middelengebruik, toezicht. Strenger geworden in de bejegening. In de behandelovereenkomsten stilliger, minder vrijblijvend. [Dat komt] Niet per se door stelselwijziging, ligt ook aan andere wijzigingen." (UA2)
- "Randvoorwaarden zoals groepsgrootte beïnvloeden de aard van de bejegening, toezicht en controle is toegenomen, ruimte voor personen met een beperkt verstand om 'struikelend te leren' is afgenomen (bij schenden van bijzondere voorwaarden terug naar gevangenis)." (OA1)

333. In artikel 3.3 van de (toekomstige) Wfz is geregeld dat de minister van Justitie een lid in de raad van bestuur en raad van toezicht kan benoemen, aanwijzingen kan geven en het beheer van particuliere FPC's kan overnemen.

- "Meer zeggenschap over doorverwijzen naar reguliere zorg, omdat de samenhang beter is. Nog niet goed genoeg." (SA2)
- "Doorverwijzen van cliënten moet nu altijd via herindicatie en IFZO [Indicatiesysteem forensische zorg], minder mogelijkheden." (UA2)
- "Minder forensische patiënten naar reguliere zorg, omdat [zij] meer zichtbaar zijn gemaakt waardoor het een groter probleem is om door te stromen in reguliere zorg (stigma) vanwege medezeggenschap, familie en reputatieschade van fz-instelling. De doorstroom naar reguliere zorg is financieel niet goed geregeld (in de Wlz gebeurt dit via 'meerzorg'. CIZ onderzoekt noodzaak en zorgkantoor betaalt dan), dat zit niet in systeem fz." (OA1)
- "Meer zeggenschap over omvang van fz-productie: er is meer ruimte voor ondernemerschap. Als je het goed doet, koopt DForZo meer in. Er worden marktconsultaties gehouden, waardoor de instelling meer greep heeft op de volumes dan daarvoor." (UA1)
- "DForZo bepaalt en bepaalt volledig de tbs-productie, dat geldt ook voor de polikliniek. Dat is niet veranderd." (UA1)
- "Meer zeggenschap over de ontwikkeling van nieuwe vormen van fz, omdat instellingen zich in Forensisch Netwerk hebben georganiseerd, waardoor vanuit het veld gestuurd kan worden op innovatie. Omdat je dit met één financier (DForZo) kan bespreken, kan je dit als instelling bevorderen (KFZ, EFP)." (UA1)
- "De instelling kan zelf besluiten om in te tekenen bij nieuwe fz-vormen, maar ze (DForZo) moeten het je wel gunnen om te doen." (UA1)

De stelling dat fz-instellingen na de stelselwijziging voordeel *kunnen* halen ten koste van DForZo, meer dan voorheen ten koste van de zorgkantoren en in dat opzicht opportunistisch gedrag kunnen vertonen, is voorgelegd aan de opdrachtgever van sturende actoren en vertegenwoordigers van brancheorganisaties. Laatstgenoemden en bestuurders fz-instellingen kregen daarnaast een stelling voorgelegd over verandering van invloed van fz-instellingen op belangrijke ontwikkelingen op het fz-terrein (zie tabel).

Tabel 6.7 Vervolg zeggenschap uitvoerende actoren na stelselwijziging

Stelling	Respondent	5 4 3 2 1						Frequentieverdeling	Gemiddelde	
		N	Zeer eens	Eens	Niet (on) eens	Oneens	Zeer oneens			
		Na de stelselwijziging...								
A	BEV0600[2]. [kunnen fz-instellingen voordeel halen ten koste DForZo, meer dan voorheen de zorgkantoren]	OSA OA1	4	0	0	1	3	0		2,3
B	STU0100[7]. [heeft mijn/ een fz-instelling meer invloed op belangrijke ontwikkelingen op het fz-terrein dan voorheen]	UA1 OA1	15	0	12	0	3	0		3,6*

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

Tabel 6.7 laat zien dat er geen (significante) consensus is over stelling A, dat fz-instellingen meer dan voorheen (bij zorgkantoren) voordeel kunnen halen ten koste van DForZo: drie van de vier respondenten zijn het hiermee oneens en de vierde is het echter eens noch oneens met de stelling. Een citaat:

- "Als fz-instellingen overvragen, dan prijzen ze zich uit de markt. Het is een vraagmonopolie geworden." (OA)

Er is wel consensus over de stelling dat fz-instellingen meer invloed hebben op belangrijke ontwikkelingen op fz-terrein (B). Enkele citaten:

- "[Mijn fz-instelling] heeft behoorlijk geparticipeerd in landelijke netwerken en daardoor ook meer invloed." (UA1)
- "Fz-instellingen hebben invloed via het Forensisch Netwerk [en] platforms voor marktconsultatie. Justitie probeert het veld te betrekken, ook al worden de uitkomsten niet altijd gevolgd. Voorheen werden zorgorganisaties ook betrokken door VWS en zorgverzekeraars, maar was dit niet specifiek op fz gericht." (UA1)
- "Meer invloed op fz, want voorheen was elke instelling op zichzelf bezig. Door inkadering kan je gemakkelijker invloed uitoefenen." (UA1)

Om zicht te krijgen op de ontwikkeling van het belang van zorginstellingen bij fz, wordt ingegaan op afhankelijkheden in de fz-sector na de stelselwijziging, vanwege politieke en maatschappelijke druk (tabel 6.8), de mogelijkheid om van fz naar reguliere zorg te switchen of omgekeerd (taakspecialisatie) en het financieel belang van fz (figuur 6.1 en tabel 6.9).

Tabel 6.8 Belang van uitvoerende actoren bij fz na stelselwijziging

Stelling	Na de stelselwijziging is/ staat/ heeft/ kunnen (mijn) fz-instelling(en) . . .	Respondent	5 4 3 2 1					Frequentieverdeling	Gemiddelde	
			N	Zeer eens	Eens	Niet (on) eens	Oneens			Zeer oneens
A BEL0100[5]. [meer dan voorheen afhankelijk van het functioneren van andere fz-instellingen]		OSA SA1								
		SA2 UA1	28	1	11	4	12	0		3
		UA2 OA1								
B BEL0100[6]. [bij een incident met een tbs-er onder grotere politieke en maatschappelijke druk dan voorheen]		OSA SA1								
		SA2 UA1	29	4	11	4	10	0		3,3
		UA2 OA1								
C BEL0100[7]. [ook bij een incident in de ofz onder grotere politieke en maatschappelijke druk dan voorheen]		OSA SA1								
		SA2 UA1	29	3	15	2	9	0		3,4*
		UA2 OA1								

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 (P<0,05)

Tabel 6.8 laat zien dat er consensus is over de stelling dat een fz-instelling bij een incident in de ofz onder grotere politieke en maatschappelijke druk staat dan voorheen (C). Over de twee andere stellingen zijn de meningen verdeeld, met vrijwel evenveel voor- als tegenstemmers. Wat incidenten met ter beschikking gestelden (B) betreft wordt aangegeven dat de

maatschappelijke druk voorheen ook al groot was, dus niet dat sprake zou zijn van minder maatschappelijke druk. Enkele citaten:

- "Grotere politieke en maatschappelijke druk, niet door stelselwijziging, maar omdat maatschappij ongeruster is over alles. De Tweede Kamer wil over alles geïnformeerd worden. Dat zou ook zonder stelselwijziging gebeurd zijn." (SA1)
- "[Heeft] niet met stelselwijziging te maken, maar [met] maatschappelijke aandacht voor fz. Er was gigantische politieke aandacht in 2004-2006, dat neemt nu ook weer toe. Probleem van buurman (andere fz-instelling) wordt probleem voor fz-instelling." (SA2)
- "Voor overheveling werd bij een incident in tbs alle verlopen ingetrokken, alle tbs'ers moesten terug de instelling in. Het is onduidelijk of frequentie en intensiteit van media-aandacht [bij tbs] afwijkt. Bij de ofz is het nu duidelijker dat het om fz, forensische patiënt, gaat. Zichtbaarder." (SA2)
- "Voor de stelselwijziging stond (ook bij tbs met voorwaarden) recidivevermindering en titel niet voorop, maar zorg en behandeling. Nu is dit gekanteld: het gaat niet meer zozeer om zorg, maar om het niet meer kunnen recidiveren. Bij verlof zit je meer onder vergrootglas, er is meer druk van buitenaf. Dit heeft ook te maken met behoefte van B&W in gemeenten waarbij aan burgemeester ongeoorloofd verlof (nu ook bij patiënten met voorwaardelijke titels) gemeld moet worden." (UA1)
- "Geen grotere afhankelijkheden tussen instellingen. Iedere fz-instelling heeft apart contract met Justitie. Als het bij instelling A niet deugt, heeft het geen gevolgen voor instelling B (behalve als A sluit). Het beleid heeft voor alle instellingen gevolgen, niet het onderling functioneren." (SA1)
- "Meer afhankelijkheid doordat fz-aanbieders meer zichtbaar zijn geworden: voor 2006 was niet zo duidelijk waar FPA's eigenlijk zaten. Fz is meer een collectief geworden; Forensisch Netwerk binnen GGZ Nederland, wordt meer als collectief aangesproken (last en profijt van functioneren van collega's)." (SA2)
- "Meer onderlinge afhankelijkheid fz-instellingen hangt samen met maatschappelijke ontwikkeling dat fout bij één instelling aan allen wordt toegerekend. Reputatieschade slaat neer bij alle anderen." (OA1)

Geconcludeerd wordt dat fz-instellingen niet direct maar indirect – door de grotere maatschappelijke druk, zichtbaarheid van ofz en risico op reputatieschade – meer dan voorheen van elkaars functioneren afhankelijk zijn. De grotere politieke en maatschappelijke druk en afnemende tolerantie in de samenleving voor incidenten staan volgens respondenten los van de stelselwijziging (hierop wordt in subparagraaf 6.3.5 verder ingegaan).

Om een indruk te krijgen van taakspecialisatie in de fz is aan sturende actoren, bestuurders van fz-instellingen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties gevraagd in hoeverre in de onderzoeksperiode de mogelijkheid bestond om het fz-aanbod om te vormen naar reguliere zorgvormen, en vice versa (GED1700, GED1800). Tien van de zeventien respondenten die deze vraag beantwoordden, gaven aan dat dit mogelijk is, twee dat dit eerst wel en later niet meer kon, en vijf dat dit niet mogelijk is. Allen geven in hun toelichting echter aan dat deze mogelijkheid alleen bestaat als dit past binnen de afspraken met betreffende zorginkopers (DForZo en zorgverzekeraars of zorgkantoren) en investeringen vraagt waarvan onzeker is of deze kunnen worden terugverdiend aangezien inkoopafspraken niet op lange termijn (kunnen) worden gemaakt. Omdat de toegenomen risico's (investeringen) bij de fz-instellingen liggen,

zien zij hier in de praktijk vaak van af. Enkele citaten van degenen die omvormen van het zorgaanbod mogelijk noemen:

- "Zolang het past binnen de gemaakte afspraken met DForZo dan kan het wat DForZo betreft." (SA2)
- "Behoeftte moet goed in kaart zijn gebracht, te kleinschalig is risicovol. Als behoefte er volgens eigen schatting is, dan is erkenning nodig; wordt door Justitie bepaald. Gebeurt via productieafspraken. Dan volgen investeringen in gebouwen en personeel. Om zorg in detentie te doen (28 personen) gebouw van 4 mln. neergezet. . . Toegezegde termijn gaat niet verder dan zes jaar met intentie voor daarna." (UA1)
- "Voldoende kader van verschillende financieringsstromen om dit financieel mogelijk te maken. Schuiven tussen verschillende budgetten. Alleen hele grote geïntegreerde instellingen met behoorlijk volume fz en Zvw kunnen dit. Switchen is heel lastig: aanbod neerzetten vergt businesscase, krijg je bijna niet sluitend. Geeft te veel risico als geen volledige bezetting. Beter om gebruik te maken van bestaand aanbod elders." (UA1)
- "Werkt in de praktijk onvoldoende. Kan alleen bij overduidelijke onder- en overproductie. Eén keer kon een beroep worden gedaan op een speciale regeling, omdat op hetzelfde moment sprake was van onderproductie bij Justitie en overcapaciteit bij zorgverzekeraar. Dat was heel evident omdat de eigen fz-instelling zowel het probleem als de oplossing in huis had. Verder niet mogelijk." (UA1)
- "(1) Andere behandelmodules ontwikkelen en gebouwelijke maatregelen. Dit vergt investeren door fz-instelling (lenen bij de bank). Op lange termijn moet instelling dit proberen terug te verdienen. Zorginstellingen zijn meer risicodragend dan vroeger. Een gezonde organisatie kan dit aan, een financieel minder gezonde niet. Voorheen betaalde Justitie mee bij investeringen. (2) Afspraken maken met zorginkopers, (3) juridische aspecten (Bvt en BOPZ) regelen." (UA1)
- "(1) Productieafspraken met Justitie en de zorgverzekeraars. (2) afschalen is makkelijker dan opschalen, omdat gebouwelijke aanpassingen extra investeringen vragen. Investeringen in forensische gebouwen zijn fors, dan is lange termijn terugverdientijd nodig. Justitie maakt geen lange termijnafspraken." (UA1)
- "Door steviger gebouwelijke eisen is substitutie lastiger dan voorheen. Dit vraagt grote investeringen (€ 2 mln. voor beveiliging op niveau 2, dat is voor 24 bedden veel). Verder zijn afspraken nodig met Justitie en zorgkantoren." (UA1)"
- "Overeenstemming tussen financiers op lokaal niveau (hier zijn vier partijen bij betrokken) over het verschuiven van geld en bedden en de termijn waarop dit betrekking heeft. In de praktijk hebben twee instellingen dit kunnen regelen (in vijf jaar tijd) . . . Conclusie: forensische en reguliere zorg zijn sterk, als door betonmuren, gescheiden; ook inhoudelijk gaat het echt om een andere aanpak." (OA1)
- "Het omgaan met vrijheidsbeperking vraagt iets anders van medewerkers (vraagt opleiding en onderhoud daarvan), nauwelijks gebouwelijke aanpassingen bij deze . . . instellingen. . . Omkatten kan, maar is niet eenvoudig." (OA1)

Degenen die zeggen dat omvormen eerst wel kon en later niet, zeggen:

- "Met zowel zorgverzekeraar als DForZo in gesprek gaan over aanpassing van het verdeelmodel. Het budget moest ter discussie worden gesteld. Er waren in de eerste jaren verschuivingen mogelijk. Na 2010 was dat niet meer aan de orde." (UA1)
- "Productieafspraken maken met zorgverzekeraar en Justitie. Dat ging steeds minder makkelijk, omdat DForZo steeds specifiekere eisen aan gebouwen stelt. Omkatten kan

hierdoor eigenlijk niet meer. . . Doordat DForZo betaalt, is het veld sterk ontwikkeld, maar fz wordt daarmee ook specifieker. Ook binnen behandeling is steeds duidelijker of deze forensisch is of niet, terwijl de aard en duur van de strafrechtelijke titel deels door toeval wordt bepaald en niets zegt over stoornis. . . Fz is steeds meer een eigen domein met alle voor- en nadelen. Voor de eigen instelling leidt dit tot duidelijkheid, stabiliteit en marktpositie, maar vermindering van flexibiliteit." (UA1)

Degenen die zeggen dat omvormen niet mogelijk is, lichten dit als volgt toe:

- "Op individueel niveau kan titel veranderen van forensisch naar Wmo-indicatie. Dat betekent dat diegene uiteindelijk een reguliere plek bezet en heeft gevolgen voor [die] wachtlijst." (UA1)
- "Er waren productieafspraken met DForZo en zorgkantoren en je werd gehouden aan die afspraken. Het een mocht niet ten koste gaan van het ander. Beiden wilden geen verdringingseffect." (UA1)
- "Je kunt niet het volume uitbreiden. Er zijn afspraken met DForZo en zorgverzekeraars. Van forensisch naar regulier omzetten vergt, afhankelijk van de nieuwe bestemming (al dan niet gesloten zorg), veel investeringen in verband met aanpassen van het gebouw. Afschalen is mogelijk. Van regulier naar forensisch switchen (opschalen) is niet te doen. Dit is actueel bij de komende aanbestedingen. De inschatting is dat op FPK-niveau geen nieuwe toetreder is." (UA1)
- "Door krimp in ggz wordt vaker een appèl gedaan op [instelling]. Hierbij wordt geen contract gesloten met zorgverzekeraar of zorgkantoor, maar met andere zorginstelling (onderaannemerschap)." (UA1)
- "Zorginhoudelijk is er niet zoveel verschil tussen reguliere en forensische sglvg-zorg; vereist niet veel extra investeringen. Qua financiering is het zeer problematisch. Dit moet via aanpassen van contracten geregeld worden. Gedurende de loop van het jaar kan het niet; schuifruimte is er onvoldoende." (OA1)

Geconcludeerd wordt dat in de onderzoeksperiode sprake is van toegenomen taakspecialisatie in de fz, omdat enerzijds de (vereiste) investeringen van fz-instellingen in gebouwen en personeel zijn toegenomen, die door het verschil in behandeling maar beperkt daarbuiten inzetbaar zijn, en anderzijds tegelijkertijd een groter aantal zorginkopers de kaders voor productieafspraken strikter hanteert. Het omgekeerde, het omvormen van reguliere zorg naar fz (opschalen), wordt door respondenten als (nog) lastiger beoordeeld.

Het financieel belang van fz-instellingen wordt op twee manieren in beeld gebracht. Enerzijds door de ontwikkeling van de productiekosten van fz-instellingen en anderzijds door het aandeel fz in de zorginstelling in de onderzoeksperiode. Fz-instellingen maken immers vaak deel uit van een grotere zorginstelling (paragraaf 4.3). Figuur 6.1 toont de productiekosten van fz-instellingen die in 2006 al dan niet fz leverden (zie ook tabel B.12).

Figuur 6.1 Fz-productiekosten in mln. van instellingen met al dan niet fz in 2006 per domein (2006 t/m 2015)

Bronnen

FPC: DForZo (nacalculatie); OFZ: 2006 (Jongebreur & Goedvolk 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt); PPC: 2006 (Van Gemmert & Valstar 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk 2008 en jaarverslag Justitie), daarna jaarverslagen Justitie

Uit figuur 6.1 komt naar voren dat in de onderzoeksperiode vooral de productiekosten stijgen van instellingen die in 2006 reeds ofz leverden (van € 73 mln. naar € 227 mln.). De productiekosten van PPC's, FPC's en instellingen die in 2006 nog geen fz leverden, stijgen in deze periode minder sterk (dalen bij de FPC's zelfs na 2012, zie ook paragraaf 5.3 en subparagraaf 6.3.1). Dit betekent dat de toename van het totale fz-budget grotendeels wordt gerealiseerd bij de zorginstellingen die in 2006 reeds fz leverden en waarvan vertegenwoordigers zijn geïnterviewd.³³⁴

Tabel 6.9 toont de ontwikkeling van het aandeel fz (ten opzichte van de zorginstelling waarvan deze deel uitmaakt) in de onderzoeksperiode, volgens de bestuurders van de betreffende fz-instellingen.

334. Bij twee interviews hebben respondenten namens meerdere fz-instellingen gesproken. De productiekosten van de aldus vertegenwoordigde fz-instellingen zijn meegenomen in de berekening (zie verder subparagraaf 4.5.2).

Tabel 6.9 Aandeel fz in totale zorgaanbod van instelling na stelselwijziging

Ontwikkeling aandeel fz in zorginstelling, naar relatief belang in 2015	Aantal
< 5%	2
wv. toegenomen	2
5% t/m 24%	7
wv. gelijk gebleven	1
wv. toegenomen	3
wv. sterk toegenomen	3
50% t/m 99%	3
wv. afgenomen	1
wv. gelijk gebleven	1
wv. sterk toegenomen	1
100%	0
Aantal respondenten	12

Uit tabel 6.9 is op te maken dat in negen van de twaalf bij de interviews vertegenwoordigde fz-instellingen in 2015 fz minder dan de helft bedraagt van de omzet van de (geïntegreerde) zorginstelling waarvan de betreffende fz-instelling deel uitmaakt. Volgens twee respondenten is het aandeel van de betreffende fz-instellingen in 2015 minder dan 5% van de omzet van de zorginstelling waarvan deze deel uitmaakt. Volgens zeven respondenten ligt dit tussen 5% en 25%. Bij vrijwel al deze fz-instellingen is het relatieve belang van fz gelijk gebleven of toegenomen ten opzichte van de zorginstelling waarvan deze deel uitmaakt. Eén enkele fz-instelling (FPC) heeft te maken gehad met een afname van het relatieve belang.

Resumerend

Wat zeggenschap van uitvoerende actoren over de fz-productie betreft, is er over zes van de tien onderwerpen (de instroom, duur, tarieven, doorverwijzen naar andere fz-instellingen, behandeling en samenstelling van het bestuur) consensus dat deze is verminderd. Door respondenten wordt dit toegeschreven aan een strakke sturing vanuit DForZo via contracten (met onder meer een opnameplicht en boetes voor instellingen wanneer bepaalde prestatienormen niet worden gerealiseerd) en via het Forensisch Plaatsingsloket (door matching van fz-patiënten met fz-instellingen). Vooral door SA-respondenten is aangegeven dat, vooruitlopend op wat daarover in de Wfz is bepaald, sprake is van een toegenomen invloed op de samenstelling van het bestuur. Bij drie van de vier overige onderwerpen, namelijk bejegening, doorverwijzen naar reguliere zorg en omvang fz, wijzen de reacties eveneens in de richting van verminderde zeggenschap, maar bestaat daarover geen consensus aangezien relatief veel respondenten aangeven geen verschil te zien. Met betrekking tot bejegening merken enkele respondenten op dat dit niet aan de stelselwijziging valt toe te schrijven (zie verder subparagraaf 6.3.6). Met betrekking tot innovatie van de fz-productie duiden de reacties, weliswaar eveneens zonder consensus, op een toegenomen zeggenschap van fz-instellingen. Het Forensisch Netwerk wordt daarbij als bevorderende factor genoemd. De stelling dat fz-instellingen meer invloed hebben op belangrijke ontwikkelingen op fz-terrein is tot slot de enige waarover consensus bestaat. Ook hier worden landelijke netwerken genoemd, naast marktconsultaties.

Deze bevindingen overziend, wordt geconcludeerd dat de zeggenschap van fz-instellingen na

de stelselwijziging is afgenomen. Of dit voor PPC's geldt, is niet bekend. De reacties van respondenten hebben betrekking op zowel FPC's als (intra- en extramurale) ofz.

Wat het belang van uitvoerende actoren bij fz betreft, is er consensus over de stelling dat een fz-instelling bij een incident in de ofz onder grotere politieke en maatschappelijke druk staat dan voorheen. Toegenomen maatschappelijke aandacht voor fz, de grotere zichtbaarheid van ofz als fz en de reputatieschade voor de sector als geheel na een incident spelen daarbij een rol. Er is sprake van een toegenomen taakspecialisatie in de fz vanwege het verschil in behandeling met reguliere zorg, toegenomen investeringen in gebouwen en personeel die buiten de fz beperkt bruikbaar zijn, en strikter hanteren van productiekaders door (meer) zorginkopers. Het omgekeerde, het omvormen van reguliere zorg (opschalen), wordt door respondenten nog lastiger genoemd.

De productiekosten van instellingen die in 2006 al fz leverden zijn in de onderzoeksperiode toegenomen, (veel) meer dan van instellingen bij wie in latere jaren fz werd ingekocht. Ten opzichte van de zorginstelling waarvan fz-instellingen deel uitmaken, neemt bovendien het aandeel fz volgens de meeste respondenten toe. Op basis van deze bevindingen wordt geconcludeerd dat het financieel belang van fz voor de uitvoerende actoren is toegenomen.

Gezamenlijk leiden de verminderde zeggenschap over de eigen fz-productie en de toegenomen invloed op ontwikkelingen op het fz-terrein onder grotere maatschappelijke druk, met een toegenomen taakspecialisatie en financieel belang, op een spanningsveld tussen verminderde zeggenschap en een groter belang van fz voor uitvoerende actoren. Als de zeggenschap over dit grotere belang zou zijn toegenomen, dan zouden de economische rechten zijn versterkt. Nu het tegengestelde het geval is wordt, gelet op het belang van de aanwendingsmogelijkheden in het theoretisch concept (paragraaf 2.2), geconcludeerd dat de economische rechten van de uitvoerende actoren per saldo zijn verminderd. De verminderde zeggenschap krijgt, vanwege het grotere belang van fz, zelfs meer impact.

Concluderend: *Verandering economische rechten uitvoerende actoren*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
<i>Zeggenschap UA</i>				
Fz-productie	-	?	-	-
Invloed fz-terrein	+	?	+	+
<i>Belang UA</i>				
Maatschappelijke druk	+	?	+	+
Taakspecialisatie	+	?	+	+
Financieel belang	+	?	+	+
<i>Economische rechten UA (per saldo)</i>	-	?	-	-

Legenda. + Toegenomen; - afgenomen; ? onbekend

6.2.4 Verschil in doelen tussen actoren

Na deze beschrijving van verandering van (aantal en economische rechten van) sturende en uitvoerende actoren na de stelselwijziging, wordt in deze paragraaf ingegaan op hun eventuele verschillen in doelen. Met het oog op (toetsing van de) PRT wordt nagegaan of de stelselwijziging in 2007 gepaard ging met een opdracht aan de sturende actor om kosten te

besparen. In het kader van zowel de PAT als de NWB wordt vervolgens ingegaan op de vraag of het verschil in doelen tussen actoren na de stelselwijziging is toegenomen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt in (toe- of afname van) het verschil in doelen tussen:

- sturende actoren;
- sturende en uitvoerende actoren;
- uitvoerende actoren.

Wat de opdracht om kosten te besparen betreft, is aan de opdrachtgever van sturende actoren, sturende actoren op strategisch en operationeel niveau, bestuurders van zorginstellingen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties gevraagd naar hun ervaringen (STU2100). Allen (N=23) hebben gereageerd. Achttien respondenten, waaronder de opdrachtgever van sturende actoren en vrijwel alle bestuurders van fz-instellingen, gaven aan dat de stelselwijziging niet (onmiddellijk) gepaard ging met kostenbesparingen. Een enkeling gaf een toelichting:

- "Aanleiding tot stelselwijziging was niet om kosten te besparen. De AWBZ werd algemeen maatschappelijk als probleem ervaren. Werd collectief gefinancierd, per inwoner ruim 7000 euro per jaar. . . . De [overheveling van] fz was geen gigantisch bedrag, maar het hielp de goede kant op." (SA2)

Twee respondenten melden daarentegen dat, mede gelet op de (onzekere) toekomstige kostenontwikkeling, wel sprake was van een opdracht om kosten te besparen en drie respondenten vermoeden dit:

- "De AWBZ-uitgaven liepen sterk op. Er werd bezuinigd op verwachte groei. Het was een trendmatige ombuiging. Dat maakte de overheveling acceptabel voor het ministerie van Financiën en VWS. Respondent is stellig overtuigd dat bij de overheveling financiële argumenten doorslaggevend waren. Beleidsmatige argumenten pasten daarbij; topambtenaren waren happig om taken naar zich toe te trekken (werkt statusverhogend)." (SA1)
- "Vanaf het begin: steeds is opdracht geweest om de tarieven omlaag te doen; altijd druk op prijzen." (UA1)
- "Ministerie van Financiën was geïnteresseerd om hieraan mee te werken en die zijn meestal geïnteresseerd als ze, al dan niet in de toekomst, mogelijkheden voor kostenreductie zien." (SA1)
- "Ik vermoed dat dit heeft meegespeeld. [Het] budgettaire kader moest gelijk blijven, terwijl forensische kosten niet volledig bekend waren. Vermoedelijk is dit onderschatting geweest, omdat dit diffuus was." (SA2)
- "Geen expliciete opdracht om kosten te besparen, maar werd wel zo ervaren. De overheveling verliep budgettair neutraal. Er was geen krimp op totale fz-budget op dat moment, maar ofz-gelden werden wel ingezet binnen gw om PPC's in te richten. Dat werd ervaren als verkapte bezuiniging." (OA1)

Een groot aantal respondenten geeft desgevraagd aan dat in latere jaren alsnog kostenbesparingen volgden. Hoewel het beeld op deelterreinen kan verschillen, wordt dit in grote lijnen ondersteund door het afvlakken en vanaf 2013 dalen van de begrote uitgaven (in

begroting 2012, zie figuur 1.1)³³⁵ en productiekosten (zie tabel 5.3). Ook de NZa spreekt vanaf 2013 over bezuinigingen en efficiëntiekortingen (2015a, p. 18). Uit de inhoudelijke toelichting van respondenten komt een wisselend beeld naar voren over succes en timing daarvan (invoering van de zorginkoop, DBBC's en een meerjarenconvenant met de brancheorganisaties VGN en GGZ Nederland (VenJ, VGN & GGZ Nederland, 2013)).

Enkele citaten:

- "Daarna [na de overheveling] volgden financieel magere jaren. Bij elke kabinetsformatie werd DJI voor een bepaald bedrag aangeslagen. De taakstelling werd naar gelang machtsverhoudingen verdeeld. Fz is altijd proportioneel aangeslagen." (SA2)
- "Met het oprukken van de zorginkoop, vanaf 2008/ 2009. Daar kwamen later golven van bezuinigingen overheen." (UA1)
- "Tariefkortingen vanaf 2008 op de duurdere segmenten. Verkorten behandelduur bij tbs, FPK, FPA door te sturen met financiële incentives. Via tariefkortingen op NZa-maximumtarieven wordt gestuurd op verminderen van behandelduur en op zo laag mogelijk beveiligingsniveau." (UA1)
- "DJI had voor de overheveling als troefkaart dat tbs vastgestelde tarieven waren; tbs-begroting was hierdoor min of meer heilig. Na overheveling werd dat lastiger omdat maximumtarieven door NZa werden vastgesteld maar de positie van NZa was diffuus. Het werd lastiger om bij druk op DJI-begroting bezuinigingen af te houden in onderhandelingen met DFEZ. Fz was gegroeid tot een derde van budget DJI. Vanaf 2011 ontstonden voortdurende tariefdiscussies. De tarieven namen af, omdat vraag naar fz toenam, maar budget gelijk bleef." (SA2)
- "Vanaf ongeveer 2010-2011. Kort na stelselwijziging kwamen er efficiencykortingen. Dit is uitgemond in convenant om bezuinigingen beleidsrijk in te vullen." (UA1)
- "Na 2011, 2012, samenhangend met rijksbrede bezuinigingen in verband met economische ontwikkeling van Nederland. Mondde uit in een convenant." (UA1)
- "Vanaf ongeveer 2012, in het kader van de algehele bezuinigingen. Er is een meerjarenconvenant afgesloten. In de reguliere zorg speelde hetzelfde, op hetzelfde moment." (UA1)
- "In 2013 is € 200 mln. bezuinigd (convenant). Dit kwam voort uit rijksbrede taakstelling. De fz-sector heeft uiteindelijk per saldo meer bezuinigingen gerealiseerd dan de overige geplande bezuinigingen binnen de justitiebegroting. Fz is het beste gerealiseerd. Dat lukte omdat het geen ambtenaren waren." (SA1)
- "In de crisisperiode is door DJI bezuinigd, maar relatief weinig op fz. Er zijn tbs-plekken gesloten, niet om te bezuinigen, maar omdat ze niet meer nodig waren. Het fz-budget is steeds toegenomen." (SA2)

Op grond van deze reacties en op basis van de feitelijk overgehevelde budgetten (paragraaf 5.3)³³⁶ wordt geconcludeerd dat de overheveling op korte termijn budgettair neutraal verliep,

335. In de Justitiebegroting 2013 worden bezuinigingen op het gevangeniswezen vermeld (in het Begrotingsakkoord afgesproken), oplopend tot € 90 mln. in 2017 (TK, 2012-2013a, p. 59). In de Justitiebegroting 2014 worden bezuinigingen op DJI vermeld die in het Regeerakkoord zijn afgesproken, oplopend tot € 271 mln. in 2018 (TK, 2013-2014c, p. 55).

336. Uit onderliggende cijfers van DForZo bij figuur 5.1 en tabel B.8 blijkt de post 'pijplijn lopende bouwprogramma's' de enige te zijn, waarvoor bij de overboeking fz vanuit de AWBZ naar DJI groei

maar dat de (historische of te verwachten) groei van de kosten daarbij niet is verdisconteerd en derhalve (onafhankelijk van eventuele latere bezuinigingen) op termijn een trendmatige ombuiging inhield. Dit blijkt uit het feit dat de overheveling, met uitzondering van bouwprogramma's die reeds in de pijplijn zaten, een constant bedrag inhield, waarin verder geen groei was verdisconteerd (zie paragraaf 5.3). Voor groei van het fz-budget zou Justitie voortaan met Financiën moeten onderhandelen. Dat geldt zowel voor FPC's als ofz. PPC's vielen voorheen al volledig onder beheer van Justitie, maar kunnen na de stelselwijziging onderwerp van kostenbesparingen zijn geweest. Of dit het geval is, is niet bekend, omdat niet met sleutelfiguren kon worden gesproken (subparagraaf 4.5.2).

Omdat de ministers van Justitie en VWS voor en na de stelselwijziging met uitzondering van PPC's bij fz betrokken zijn geweest, is daarnaast onderzocht of het verschil in doelen tussen actoren na de stelselwijziging is veranderd. Hiertoe is een wisselend aantal stellingen voorgelegd aan vrijwel alle respondenten. De stellingen hebben betrekking op verschillen in doelen tussen sturende actoren (A, B en C), tussen sturende en uitvoerende actoren (D en G) en tussen uitvoerende actoren (E en F) en zijn in verschillende richting geformuleerd (tabel 6.10).

Wat het verschil in doelen tussen sturende actoren betreft, laat tabel 6.10 zien dat er consensus is dat de ministers van VWS en Justitie na de stelselwijziging ieder hun eigen doelen nastreven (A)³³⁷ en dat het verminderen van recidive na de stelselwijziging meer dan voorheen het belangrijkste doel is (B). Er is geen overeenstemming of zij hetzelfde verstaan onder toegankelijkheid van zorg, al neigen respondenten naar oneens (C). Gezamenlijk duidt dit op een toegenomen verschil in doelen tussen sturende actoren. Ook uit de toelichtingen valt op te maken dat respondenten het hierover in hoofdlijnen met elkaar eens zijn:

- "Voor en na de stelselwijziging was en is geen sprake van gemeenschappelijk beleid van VWS en Justitie." (SA2)
- "VWS streeft geen doelen na bij fz, heeft zijn handen ervan afgetrokken." (SA1)
- "VWS heeft geen andere doelen ten aanzien van fz dan Justitie. Beiden willen patiënt beter maken maar leggen andere accenten, daarom weten ze elkaar niet altijd te vinden. . . Bij VWS ligt het accent op behandeling. Dat dit leidt tot recidivevermindering is bij wijze van spreken mooi meegenomen. Bij Justitie ligt het accent meer op veiligheid van de samenleving en de uitvoering van straf." (SA1)
- "Direct na de stelselwijziging was de knip tussen forensische en reguliere zorg helderder: alles wat met forensisch te maken had zit bij Justitie, de rest zit bij VWS. Inmiddels is het niet meer zo dat Justitie en VWS ieder hun eigen doelen nastreven. Dat hangt samen met de Wvvgz die in samenhang met de Wfz in de Eerste Kamer is behandeld. De casus Els

werd verdisconteerd, Voor alle overige posten (waaronder inkoop fz en beheerskosten) is meerdere jaren hetzelfde niveau aangehouden.

337. Er is een significant verschil van opvatting tussen sturende en uitvoerende actoren over stelling A. Het gemiddelde van SA-respondenten ligt op 2,3 (oneens) en van UA-respondenten op 3,9 (eens).

Tabel 6.10 Verschil in doelen sturende actoren na stelselwijziging

Stelling	Na de stelselwijziging...	Respondent	N	5 4 3 2 1					Frequentieverdeling	Gemiddelde
				Zeer eens	Eens	Niet (on) eens	Oneens	Zeer oneens		
A	DOE0100[1]. [streven de ministers van VWS en Justitie met betrekking tot de forensische zorg ieder hun eigen doelen na]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1 OA2 OA3	24	2	14	1	7	0		3,5*
B	DOE0100[2]. [geldt het verminderen van recidive meer dan voorheen als het belangrijkste doel van forensische zorg]	OSA SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	29	6	14	0	8	1		3,6*
C	DOE0100[3]. [verstaan de ministers van VWS en Justitie hetzelfde onder toegankelijkheid van fz voor de client]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1 OA2 OA3	20	0	8	0	9	3		2,7
D	DOE0100[4]. [is er tussen fz-instellingen en DForZo meer consensus over het belangrijkste doel van fz dan voorheen tussen VWS/zorgkantoren en fz-instellingen]	UA1 UA2 OA1	16	3	8	1	4	0		3,6*
E	DOE0100[5]. [is er tussen fz-instellingen onderling meer dan voorheen sprake van consensus over het belangrijkste doel van]	UA1 UA2 OA1	21	4	11	4	2	0		3,8*
F	DOE0100[6]. [wordt door fz-instellingen meer dan voorheen gewerkt aan het bereiken van gezamenlijke doelen]	UA1 OA1	15	1	11	2	1	0		3,8*
G	DOE0100[7]. [worden fz-instellingen meer dan voorheen belast met (deels) tegenstrijdige doelen]	UA1 UA2 OA1	20	2	8	1	9	0		3,2

Legenda*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

Borst is de drijfveer geweest achter een veel nauwere samenwerking tussen VWS en Justitie." (SA2)

- "VWS en Justitie zouden gezamenlijke doelen moeten hebben, is niet altijd zo . . . Beleid VWS en Justitie niet altijd goed op elkaar afgestemd. Bezuinigingen bij reguliere zorg staan haaks op wens om aansluiting fz op reguliere zorg, die kunnen daardoor niet doorstromen." (UA1)
- "Fz is geherdefinieerd om de stelselwijziging te kunnen doorvoeren. In 2001 werd forensische psychiatrie gedefinieerd als alle zorg gebaseerd op onvrijwilligheid, inclusief IBS en RM [inbewaringstelling en rechterlijke machtiging] op grond van de BOPZ. Alle kaders waarbinnen 'grensoverschrijdend gedrag naar een ander of zichzelf', wordt na 2007 veranderd in 'ggz, vz, vgz in strafrechtelijk kader'. Daarmee gaat Justitie die zorg proberen op hoger doel te brengen. VWS verschoont zich echter van het stellen van doelen in fz omdat die door Justitie is overgenomen." (UA1)
- "De dialoog tussen de twee ministeries is na de stelselwijziging vrij snel gestopt. Het doel was continuïteit van zorg te realiseren. Na de overgang werd de tegenstelling versterkt.

- Vóór de overgang waren er capaciteitsissues. Daarna was er verschil in doelen: het beschermen van de maatschappij versus rehabilitatie en gezondheidswinst." (UA1)
- "Verskil in doelen VWS en Justitie bij regulier en forensisch: in de praktijk zijn financiers erg uit elkaar gaan staan, waardoor wet- en regelgeving en indicatiestelling niet op elkaar aansluiten en er verschillen in kwaliteitseisen en -stelsels zijn. In behandelcentrum met reguliere en forensische sgvlg-cliënten is geen overbrugging mogelijk: VWS en Justitie accepteren elkaars kwaliteitseisen en verantwoordingseisen niet." (UA1)
 - "De verantwoordelijkheid voor fz is verschoven van VWS naar VenJ. VWS is volgend en streeft niet of nauwelijks eigen doelen of agenda na, ook niet bij kwaliteit: VWS volgt het NPM [Nationaal Preventie Mechanisme] en heeft geen eigen agenda; VWS gaat via IGZ over het toezicht op de kwaliteit van zorg." (OA)
 - "Zeer verschillende doelen VWS en Justitie: VWS is echt gericht op stoornis en behandeling van individuen, Justitie is primair gericht op veiligheid van maatschappij (via individu, maar dat lijkt ondergeschikt). Als recidive niet voorkomt, dan is Justitie niet tevreden." (OA)
 - "Cliënten vallen tussen wal en schip, doordat VWS een scherpe focus heeft op 'eigen regie voor cliënten' en 'kwaliteit van leven' en Justitie op 'veiligheid in samenleving'. Dat leidt tot handelingsverlegenheid van vg-sector als het gaat om grensoverschrijdend gedrag." (OA)
 - "Ongewenst effect van stelselwijziging is de knip tussen forensische en reguliere zorg. Casus van persoon die voor opname vg-instelling in aanmerking kwam vanwege de ernst van zijn problematiek maar niet meer toen deze een delict pleegde. Justitie vond [gelet op] de ernst van het delict niet dat betrokkene voor fz in aanmerking kwam. Inherent aan systeem: rechters kijken naar de ernst van de delict (denken in termen van proportionaliteit). Dan kijk je onvoldoende naar de zorgbehoefte." (OA)
 - "Justitie heeft een ander belang bij verbeteren toegang tot sglvg. Om doorstroom te regelen moet de reguliere zorg goed geregeld zijn: voldoende capaciteit en deskundigheid. . . Sglvg betreft hele dure klanten. Justitie wil toelating uitbreiden om meer capaciteit reguliere zorg te hebben. VWS zegt daar is geen sprake van. Justitie betaalt alleen voor de duur van strafrechtelijke titel. De opname kan daarna nog jaren doorlopen en daar bedankt VWS voor." (OA)
 - "VWS en Justitie verstaan niet hetzelfde onder toegankelijkheid van fz: Justitie verstaat hier de toeleiding onder, de toegankelijkheid voor justitiabelen. Vanuit VWS/ Zvw wil men dat fz toegankelijk is voor verwarde personen (maar koopt hier overigens geen zorg voor in). Verschillende paradigma's: terugdringen van recidive versus herstel van de patiënt." (UA1)
 - "Groot verschil in opvatting van toegankelijkheid van fz voor cliënt: Justitie koopt in en bepaalt dat cliënt erheen gaat. Vraag toegankelijkheid voor cliënt is bij Justitie als begrip niet aan de orde. VWS kijkt naar de persoon, naar wat passend en nodig is." (OA1)
 - "Opvatting toegankelijkheid zorg VWS: tegemoetkomen aan zorgbehoefte cliënt. Bij Justitie gaat het om opsluiten van personen, zodat ze geen gevaar vormen voor de samenleving." (OA)

Stelling B leidt tot de volgende kenmerkende reacties:

- "Recidive als belangrijkste doel . . . suggereert alsof er voorheen minder aan recidive werd gewerkt. Dat is niet waar. Fz stond kwalitatief op hoog niveau. Daarna is gewerkt aan verbetering van kwaliteit en doelmatigheid. Naar aanleiding van incidenten is er nog meer

aandacht gekomen voor recidiverisico. Programmatisch is beter gewerkt via VFZ [Vernieuwing forensische zorg].” (UA1)

- “Recidivevermindering is altijd de scope geweest van forensische psychiatrie, maar na de stelselwijziging was er meer gestructureerde aandacht voor. Dit is min of meer afgedwongen door de stelselwijziging.” (UA2)

Het voorgaande versterkt, in verschillende bewoordingen, het (significante) beeld dat VWS en Justitie na de stelselwijziging verschillende accenten (doelen, paradigma’s) hanteren en dat het verschil in doelen daarmee is toegenomen. Sturende actoren lijken deze verschillende accenten anders te wegen dan de uitvoerende actoren. Laatstgenoemden missen gezamenlijke doelen en op de fz afgestemd beleid, met name in de bredere context van strafrechtelijke fz. Dat geldt voor intra- en extramurale ofz, (particuliere) FPC’s. Onbekend is of dit ook voor PPC’s geldt: PPC’s vallen voor en na de stelselwijziging volledig onder beheer van Justitie, maar kunnen na de stelselwijziging (indirect, via eisen aan inkooprelatie) met (verandering) van verschillen in doelen te maken hebben. Of dit het geval is, kon niet worden gevraagd (zie subparagraaf 4.5.2).

Wat het verschil in doelen tussen sturende en uitvoerende actoren betreft, laat tabel 6.10 zien dat respondenten het erover eens zijn dat er meer consensus is tussen beide over het belangrijkste doel van fz (D) en dat de meningen verschillen over de stelling dat fz-instellingen meer dan voorheen worden belast met tegenstrijdige doelen (G). Dit wijst op een afnemend verschil in doelen tussen sturende en uitvoerende actoren en geldt voor intra- en extramurale ofz en (particuliere) FPC’s. De ervaringen bij PPC’s zijn niet bekend. Enkele citaten, die met name het verschil van mening over de tegenstrijdigheid van doelen verduidelijken:

- “Er wordt meer inhoudelijk met DForZo gepraat en er wordt meer vanuit DForZo aangestuurd.” (UA2)
- “In betere handen bij Justitie dan voorheen bij zorgkantoren. Veel eenduidiger doordat er één aanspreekpunt is: helder, eenduidiger, strakker.” (UA2)
- “De minister van Justitie heeft verschillende petten: is inkoper, toezichthouder en financier. Verhouding begint op spanning te staan met hele fz-veld. Het kostprijsonderzoek onder leiding van NZa leidde tot tarieven die voor Justitie niet acceptabel waren. . . De fz-instellingen hebben te maken met een politieke dimensie bij incidenten en een moeilijker doelgroep. De discussie over financiën verschuift. Justitie probeert het veld uit elkaar te drijven: de tarieven op de tbs zijn niet gekort, bij ofz wel.” (UA1)
- “Tegenstrijdigheden van doelen worden vooral vanuit reguliere zorg ervaren. De ruimte die (men) patiënt wil (bieden) en het strafrechtelijk kader dat er is, bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornis ambulante. In de fz staat het beschermen van de samenleving voorop. Als je binnen dat kader werkt, is er geen tegenstrijdigheid.” (UA1)
- “Niet tegenstrijdige doelen, maar wel wordt de tegenstelling in wetgeving dominant, wat je wel en niet mag delen tussen Privacywetgeving (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) en Pbw/ Wfz.” (UA2)
- “Meer (deels) tegenstrijdige doelen: gevraagde snelheid door zorgduurverkortings (zowel bij tbs en ofz) kan botsen met vereiste kwaliteit. Zo snel mogelijk afschalen, naar goedkopere vormen van zorg zoals beschermd wonen. Goedkoop, wel veilig, geen ongelukken. Leidt tot voortdurende dreiging. Op straffe van kortingen of minder

inkoopafspraken. Justitie is wat dat betreft manipulatiever dan sommige patiënten. Het gaat veel meer om macht.” (UA1)

- “Fz is niet per definitie tegenstrijdig, maar doelen monden uit in eisen. Justitie zet normering op kwaliteitsverbetering. Het feit dat kwaliteitsverbetering financiële consequenties heeft (2% korting) levert spanning op omdat eisen aan methodieken, tijdschrijvende beroepen, behandeltijd worden gesteld. Deze doelen zijn vaak gebaseerd op ggz en sglvg past niet in dat hokje.” (UA1)
- “Sprake van tegenstrijdigheid van doelen doordat de laatste jaren zwaar is gefocust op het verkorten van de behandelduur en het afschalen van zorg. Daar zit een risico aan, als patiënten te snel en te vroeg weer naar vervolgvoorziening of lager beveiligingsniveau moeten gaan.” (UA2)
- “Voor tbs geldt dat behandeling steeds sneller moet en dat staat op gespannen voet met zorgen voor veiligheid. Ook op andere fz-terreinen is het een fictie dat je in vastgestelde tijd je doel kunt bereiken. De behandeltijd is losgekoppeld van ernst van probleem.” (OA1)

Tot slot laat tabel 6.10 met betrekking tot het verschil in doelen tussen uitvoerende actoren zien dat respondenten het erover eens zijn dat tussen fz-instellingen meer dan voorheen sprake is van consensus over het belangrijkste doel van fz (E) en dat door fz-instellingen meer dan voorheen wordt gewerkt aan het bereiken van gezamenlijke doelen (F). Dit wijst op een afnemend verschil in doelen tussen uitvoerende actoren en geldt voor intra- en extramurale ofz en FPC's. De ervaringen bij PPC's zijn niet bekend.

Enkele citaten:

- “Door fz-instellingen wordt meer dan voorheen gewerkt aan het bereiken van gezamenlijke doelen: er zijn gremia opgericht zoals het Algemeen overleg (voorheen Onderling directeuren) overleg over tbs, FPK-FPA-beraad, Forensisch Netwerk, [landelijk beraad hoogst inhoudelijk verantwoordelijken]. Het EFP is versterkt; er wordt gewerkt aan KFZ.” (UA1)
- “Meer werken aan het gezamenlijk bereiken van doelen: alle klinieken moeten voldoen aan door Justitie gestelde eisen (fysiek, verlofverlening).” (UA1)
- “Gezamenlijkheid [blijkt uit]: visiedocument fz (GGZ Nederland, 2013).” (UA1)
- “Vroeger hadden tbs-klinieken hun eigen signatuur. DForZo kon dat systeem niet handhaven vanwege plaatsingsproblemen. Iedere patiënt moest overal geplaatst worden. Daardoor moesten tbs-klinieken meer samenwerken. Ook met reclassering en [vz-instelling]. Uitplaatsen van patiënten was enorm lastig.” (UA1)
- “Meer samenwerking tussen fz-instellingen, bijvoorbeeld geïnitieerd door symposia en Forensisch festival (aanjager). Meer gericht op delictpreventie.” (UA2)
- “Meer gezamenlijke doelen en meer samenwerking tussen fz-instellingen ontstond tegen wil en dank, door gezamenlijke vijand en door geld voor expertisenetwerk en andere drukmiddelen. Het ging niet vanzelf.” (OA1)

Concluderend: *Vershil in doelen na stelselwijziging*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
<i>Opdracht kosten te besparen</i>				
Direct bij overheveling	nee	?	nee	nee
Trendmatige ombuiging	ja	?	ja	ja
<i>Vershil in doelen</i>				
Tussen SA	+	?	+	+
Tussen SA en UA	-	?	-	-
Tussen UA	-	?	-	-

Legenda. + Toegenomen; - afgenomen; ? onbekend

6.2.5 Gedrag sturende actoren

Na voorgaande paragrafen over de ontwikkeling van economische rechten van en het verschil in doelen tussen sturende en uitvoerende actoren, wordt in deze paragraaf het feitelijk gedrag van de (eind)verantwoordelijke sturende actor voor en na de stelselwijziging vergeleken via de variabelen die in het conceptueel theoretisch model zijn benoemd (wat de operationalisering betreft wordt verwezen naar bijlage 4):

- centralisatie van sturing (B.4.2.7);
- sturing vanuit zorg- en strafrechtketen (B.4.2.8);
- netwerkmanagement (B.4.2.9);
- discretionair gedrag (B.4.2.11);
- afknijpgedrag (B.4.2.11).

De bevindingen worden in tabellen 6.8 tot en met 6.10 gepresenteerd. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bevindingen die in eerdere tabellen zijn gepresenteerd.

Wat centralisatie van sturing betreft heeft het ministerie van Justitie (i.c. DJI) na de stelselwijziging op centraal niveau een organisatie (DForZo) ingericht om via zorginkoop de activiteiten van fz-instellingen te coördineren en aan te sturen. Volgens contactpersonen bij VWS en DForZo lag het merendeel van deze taken voorheen bij de regionale zorgkantoren en het College Bouw (in 2010 opgeheven). Op centraal niveau bekostigde het CVZ de zorgkantoren. Zelf had deze instantie geen rechtstreekse relatie met zorginstellingen. Zorgkantoren waren (en zijn) gelieerd aan de grootste zorgverzekeraar in de regio (subparagraaf 3.2.1.1) en daarmee als decentrale (gedeconcentreerde) administratieve organisaties te beschouwen. Wat het verschil in gedrag betreft, is daarnaast aan sturende actoren, bestuurders van fz-instellingen en brancheorganisaties gevraagd of de sturing vanuit VWS van fz-instellingen na de stelselwijziging even sterk is verminderd als deze vanuit Justitie

Tabel 6.11 Mate van sturing na stelselwijziging

			5 4 3 2 1							
Vraag	Is de sturing vanuit VWS van uw/ een fz- instelling (na de stelselherziening) even sterk verminderd als deze vanuit Justitie is toegenomen?	Respondent	Frequentieverdeling						Gemiddelde	
			N	++	+	/	-	--		
A	STU1900. De sturing van VWS en Justitie is als totaal	SA1 SA2 UA1 OA1	22	11	10	1	0	0		4,5*

Legenda

++ sterk toegenomen, + toegenomen, / gelijk gebleven, - afgenomen, -- sterk afgenomen

is toegenomen (tabel 6.11) en of zij na de stelselwijziging meer dan voorheen sturing vanuit één centrale organisatie ervaren (stelling A in tabel 6.12). Tabel 6.11 laat zien dat er consensus is dat de sturing van VWS en Justitie na de stelselwijziging als totaal (sterk) is toegenomen, dat wil zeggen vanuit Justitie meer is toegenomen dan deze vanuit VWS is verminderd. Respondenten zijn het bovendien eens met de stelling (A in tabel 6.12) dat fz meer vanuit één centrale organisatie wordt gestuurd dan voor de stelselwijziging. Sturende actoren vinden dit overigens in (significant) sterkere mate dan uitvoerende actoren.³³⁸

Tabel 6.12 Gedrag sturende actoren na stelselwijziging

Stelling	Na de stelselwijziging...	Respondent	N	5 4 3 2 1					Frequentieverdeling	Gemiddelde
				Ze er eens	E ens	N iet (on) eens	O neens	Ze er oneens		
A	STU0100[2]. [wordt fz meer vanuit één centrale organisatie gestuurd dan vóór de stelselwijziging]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	23	9	12	1	1	0		4,3*
B	STU0100[4]. [is sprake van gezamenlijke sturing van de fz vanuit Justitie en VWS]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	23	0	2	0	17	4		2*
C	STU0100[3]. [vervult DforZo een sterkere coördinerende rol bij de zorginkoop dan zorgkantoren vóór de stelselwijziging]	OSA SA1 SA2 UA1 OA1	21	12	9	0	0	0		4,6*
D	STU0100[5]. [bestaat binnen een fz-instelling meer vertrouwen in DForZo als coördinerende en sturende organisatie dan voorheen in]	UA1 OA1	14	0	6	1	7	0		2,9
E	STU0100[7]. [heeft mijn fz-instelling meer invloed op belangrijke ontwikkelingen op het fz-terrein dan voorheen]	UA1 OA1	15	0	12	0	3	0		3,6*
F	STU0100[8]. [is sprake van meer gelijkwaardigheid tussen fz-instellingen dan voorheen]	SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	25	2	13	4	6	0		3,4*
G	STU0100[9]. [is sprake van betere relaties tussen fz-instellingen dan voorheen]	SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	27	2	20	4	1	0		3,9*

Legenda

*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

Enkele citaten:

- "VWS stuurt op infrastructuur (exploitatiekosten moeten binnen BKZ passen) . . . VWS is verantwoordelijk voor 'er is gezondheidszorg', IGZ houdt toezicht op kwaliteit, NZa op toegankelijkheid. Als zorginstelling failliet gaat, moet NZa ingrijpen. VWS gaat niet over

338. Er is een significant verschil in de mate waarin sturende en uitvoerende actoren het eens zijn met stelling A, al zijn beiden het eens over de richting: het gemiddelde van SA-respondenten ligt op 4,7 (zeer eens) en van UA-respondenten op 3,9 (eens).

- hoe zorginstelling zorg levert: het veld ontwikkelt standaarden voor zorg (onveranderd). . Justitie heeft alle fz ingekocht.” (SA1)
- “Gezamenlijke sturing was een 4 en is nu een 6 op een 8-puntsschaal. VWS deed niet zoveel.” (SA1)
 - “Veel meer sturing vanuit Justitie dan vanuit VWS.” (UA1)
 - “Strakker regime waarin Justitie van alles voor ging schrijven wat instellingen wel en niet mochten doen. Prestatie-indicatoren, veiligheidsmaatregelen werd ineens voorgeschreven. Was voorheen niet zo. Inmiddels (2015) wel een kentering, waarin meer dialoog mogelijk is.” (UA1)
 - “Justitie stelde zich nadrukkelijker op als organisatie met wie zaken gedaan moesten worden. VWS deed dat niet.” (UA1)
 - “Op fz vindt strakke sturing plaats. Voorheen overlegden fz-instellingen zelf met elkaar en met reclassering wanneer patiënten waar geplaatst werden. Nu wordt dit allemaal door DForZo bepaald.” (UA1)
 - “Het gaat deels om communicerende vaten, maar er zijn grote verschillen in sturing. VWS kent een meer voorwaardelijke sturing. Heeft zorg in diverse stelsels ondergebracht, waardoor er sprake is van een veelkleuriger, complexere sturing. Bij VenJ is sprake van een simpeler, strakkere sturing (één sturingslijn).” (UA1)
 - “Voorheen geen sturing vanuit VWS ervaren, maar na stelselwijziging bedolven onder sturing van Justitie.” (UA1)
 - “Sturing vanuit VWS is opgehouden te bestaan. Bij DForZo is de kerntaak het financieren en aansturen van fz. VWS had alleen stelselverantwoordelijkheid.” (OA1)

Op grond van het voorgaande kan worden geconcludeerd dat bij VWS voor de stelselwijziging sprake was van indirecte centrale sturing (via wettelijke kaders gericht op de financiële kaders van BKZ, via zorgkantoren), en dat deze na de stelselwijziging door Justitie is veranderd in een meer directe, op fz-instellingen gerichte centrale sturing. Omdat in deze studie de sturingsrelatie tussen sturende en uitvoerende actoren centraal staat, wordt geconcludeerd dat na de stelselwijziging sprake is van een meer centrale sturing. Dit geldt voor (particuliere) FPC's en intra- en extramurale ofz. Doordat PPC's voor en na de stelselwijziging volledig onder beheer van Justitie vielen, is op dit domein geen verschil in centralisatie van sturing opgetreden.

Wat sturing vanuit de zorg- en strafrechtketen betreft, kan gebruik worden gemaakt van hoofdstuk 3, tabel 6.1 en van reacties van sturende actoren, bestuurders van fz-instellingen en brancheorganisaties op stelling B in tabel 6.12. Allereerst komt uit tabel 6.1 naar voren dat fz-instellingen na de stelselwijziging (meestal) te maken hebben met Justitie, DJI, de inspecties en actoren uit de strafrechtketen. Sturing vanuit de strafrechtketen op centraal niveau en casusniveau is daarmee voldoende aannemelijk. Vanuit de zorgketen wordt dat door respondenten alleen vanuit de IGZ ervaren en is dit minder duidelijk. Bovendien is enerzijds in hoofdstuk 3 beschreven dat allerlei wettelijke kaders voor de zorg waarvoor VWS verantwoordelijk is, ook voor fz gelden (zie tabel 3.3). Daarnaast speelt de NZa, naast de IGZ belangrijk in het sturingsmodel van VWS, ook bij de fz een (weliswaar beperktere) rol (zie

subparagraaf 3.3.1). Anderzijds valt fz buiten de financiële kaders van het BKZ³³⁹ en zijn de in de reguliere zorg gebruikelijke indicatiestellings- en plaatsingsprocedures in de fz aangepast (zie subparagraaf 3.3.2).

Uit tabel 6.12 (stelling B) blijkt tot slot dat geen sprake is van gezamenlijke sturing vanuit VWS en Justitie. Bestuurders van fz-instellingen zijn hier overigens (significant) stilliger in dan sturende actoren.³⁴⁰ In hun toelichting schrijven respondenten dit vooral toe aan de (toegenomen) afwezigheid van VWS. Enkele citaten:

- "Geen gezamenlijke sturing omdat alleen Justitie stuurt." (SA1)
- "Voor zover sprake was van gezamenlijke sturing is die nog beperkter geworden na de stelselwijziging. VWS had twee ambtenaren die zich met ggz als geheel bezighielden." (SA2)
- "Er is helemaal geen afstemming tussen VWS en Justitie. Ze vermijden elkaar. Alles is gesegmenteerd. Je kan in financieringsvormen geen afspraken maken als patiënten in een grijs gebied zitten. Ook bij verwarde personen speelt dit, maar dan omgekeerd, al komt er nu enige beweging. Vooral FPK's kunnen daar volgens VWS een belangrijke rol in spelen. Het komt echter ook daarbij niet tot samenwerking met Justitie." (UA1)
- "Wetsvoorstel WFZ ligt sinds eind 2012 in Eerste Kamer [en is begin 2018 aanvaard]. Dat deze wet zoveel tekortkomingen vertoont [met name de samenhang tussen de Wvvgg en de Wfz] is een teken dat de dialoog tussen VWS en Justitie niet op orde is. Dit heeft veel kwaad bloed gezet in het werkveld. Er is al sprake van heel veel regelgeving in de gezondheidszorg. De kans is er om dat beter te regelen, maar dit verloopt moeizaam. Naarmate dit langer blijft hangen, schuurt het tussen de reguliere en forensische zorg." (UA1)
- "Geen gezamenlijke sturing, want instelling merkt rol van VWS niet meer (dus ook geen 'last' van)." (UA1)
- "Er is sprake van een worsteling om met elkaar continuïteit van zorg te regelen. VWS en Justitie moeten hiervoor de randvoorwaarden regelen op landelijk niveau. Er is uniforme wet- en regelgeving nodig, die zo min mogelijk administratief vraagt, de instellingen volgt en faciliteert en deze niet frustreert. Je hebt elkaar nodig. VWS is ook nodig voor regelen van continuïteit van zorg, maar ontbreekt bij relevante overleggen." (UA1)
- "Er is geen gezamenlijke sturing: Justitie is verantwoordelijk voor fz, VWS voelt zich niet verantwoordelijk voor fz. Langzaam (h)erkent VWS dat ze verantwoordelijk zijn voor vervolg op fz." (OA1)
- "VWS voelt zich niet verantwoordelijk voor fz en heeft cultureel ongemak bij de sector." (OA1)

339. Het BKZ legt aan het begin van een kabinetsperiode de genormeerde ontwikkeling van de collectieve zorguitgaven vast voor elk van de komende vier jaren. In 2015 bestaan de BKZ-uitgaven voornamelijk uit zorguitgaven op grond van de Zvw en de Wlz, maar bijvoorbeeld ook uit middelen die via het Gemeentefonds worden uitgekeerd aan gemeenten voor uitgaven in het kader van de Wmo en de Jeugdwet (TK, 2015-2016c, pp. 151, 147). In het BKZ zijn geen uitgaven voor fz opgenomen, hoewel deze tevens tot de collectieve zorguitgaven zouden kunnen worden gerekend.

340. Er is een significant verschil in de mate waarin sturende en uitvoerende actoren het oneens zijn met stelling B (tabel 6.12), maar ze zijn het eens over de richting: het gemiddelde van SA-respondenten ligt op 2,6 (oneens) en van UA-respondenten op 1,7 (zeer oneens).

Gelet op de gezamenlijke bevindingen wordt geconcludeerd dat na de stelselwijziging sprake is van een als sterk ervaren, directe sturing vanuit de strafrechtketen en van een lichte, door sommigen zelfs als afwezig ervaren, indirecte sturing vanuit de zorgketen. De consensus onder respondenten dat geen sprake is van gezamenlijke sturing van VWS en Justitie wordt toegeschreven aan afwezigheid van sturing vanuit VWS en duidt in ieder geval niet op een gescheiden of verdeelde sturing van beide departementen. Deze bevindingen hebben betrekking op FPC's, PPC's en intra- en extramurale ofz. Zowel particuliere instellingen als rijksinstellingen hebben immers in meerdere of mindere mate te maken met (toezicht op naleving van) regelgeving vanuit de zorg, IGZ en NZa.

Wat netwerkmanagement betreft is, in aanvulling op de eerdere constatering dat vóór de stelselwijziging sprake was van decentrale administratieve organisaties (zorgkantoren) en erna van een centrale administratieve organisatie (DForZo), nagegaan of dit plaatsvond in de context van netwerksturing als coördinatiemechanisme. Hiermee wordt bedoeld op een niet-hiërarchische coördinatie van interacties tussen actoren, waarbij de relaties in het netwerk zijn gebaseerd op gezamenlijke doelen, vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheden (zie paragraaf 4.2). In dat verband wordt allereerst geconstateerd dat de sturing van de grotendeels particuliere fz-instellingen (subparagraaf 3.3.1) plaatsvindt via zorginkoop, dat wil zeggen binnen niet-hiërarchische verhoudingen. Daarnaast zijn enkele op netwerkmanagement betrekking hebbende stellingen in wisselende samenstelling voorgelegd aan sturende en uitvoerende actoren en vertegenwoordigers van brancheorganisaties, die hierna worden toegelicht.

Naar aanleiding van tabel 6.8 is geconcludeerd dat fz-instellingen indirect (door de grotere maatschappelijke druk, zichtbaarheid van ofz en risico op reputatieschade) meer dan voorheen van elkaars functioneren afhankelijk zijn. Uit tabel 6.10 blijkt consensus dat sprake is van meer overeenstemming over doelen tussen fz-instellingen en DForZo dan voorheen tussen fz-instellingen en zorgkantoren (D), tussen fz-instellingen (E) en dat door fz-instellingen meer dan voorheen gewerkt wordt aan het bereiken van gezamenlijke doelen (F). Uit tabel 6.12 kan bovendien worden afgeleid dat DForZo na de stelselwijziging een sterkere coördinerende rol vervult bij de zorginkoop dan voorheen de zorgkantoren (C), dat fz-instellingen meer invloed hebben op belangrijke ontwikkelingen dan voorheen (E), dat daarbij sprake is van meer gelijkwaardigheid tussen fz-instellingen dan voorheen (F) en dat tussen hen sprake is van betere relaties (G). Bestuurders van zorginstellingen en brancheorganisaties zijn, overigens niet langs deze lijnen, enkel verdeeld over de stelling dat bij fz-instellingen meer vertrouwen bestaat in DForZo als coördinerende en sturende organisatie dan voorheen in zorgkantoren (D). Enkele citaten:

- "Betere relaties tussen fz-instellingen: het veld is meer verenigd in Forensisch Netwerk, vormt samen een politieke netwerkentiteit." (SA2)
- "Meer contact tussen fz-instellingen: FPC's schuiven bijvoorbeeld meer door naar FPK's." (SA1)
- "Meer gelijkwaardigheid van fz-instellingen . . . schiet soms door omdat partijen niet allemaal gelijk zijn (tbs staat meteen in de krant, maar FPC's worden met FPK's en FPA's

- op een hoop gegooid) . . . Er lijkt geen rekening te worden gehouden dat een tbs'er niet retour gevangenis kan worden gestuurd, dat kan vanuit een FPA wel." (UA1)
- "[De instelling] heeft behoorlijk geparticipeerd in landelijke netwerken en daardoor ook meer invloed." (UA1)
 - "Fz-instellingen hebben invloed via het Forensisch Netwerk." (UA1)
 - "Fz-instellingen zijn opener naar elkaar vanwege een gemeenschappelijk belang, die voor een belangrijk deel bestaat uit een gemeenschappelijke opponent (DForZo), bijvoorbeeld over tarieven. In het Forensisch Netwerk ontstaan nieuwe initiatieven." (UA2)
 - "Er is meer gelijkwaardigheid tussen fz-instellingen, maar dat is ook afhankelijk van wie je dit vraagt (is in de sector een gevoelig onderwerp): het Forensisch Netwerk is ingesteld om een gezamenlijk geluid te laten horen. In principe had ieder segment evenveel invloed, maar de tbs-sector was beter georganiseerd. Dit was zo bij de oprichting van het Forensisch Netwerk in 2009 en is in 2015 beter (bijvoorbeeld FPA's gingen zich meer organiseren). Nog steeds zo dat tbs-sector meer invloed heeft, is ook logisch omdat 60% van het budget naar FPC's gaat. Daar zitten ook de zwaarste categorie patiënten waar de meeste maatschappelijke aandacht naar uitgaat." (OA1)
 - "Er is meer gelijkwaardigheid tussen fz-instellingen omdat het fz-landschap is verbreed; meer volgens het principe 1000 bloemen bloeien (positief bedoeld)." (OA1)
 - "Als het erop aan komt, gaat iedereen voor zijn eigen toko. Er is vrij veel onderling vertrouwen, behalve bij krimp zoals bij sluiten van instellingen." (UA1)
 - "Niet meer vertrouwen in DForZo dan in zorgkantoren. Zorgkantoren vormen een meer constante factor. DForZo is nieuw, ontwikkelt nieuwe werkwijze en voert continu veranderingen in." (UA1)
 - "Meer onderling vertrouwen tussen fz-instellingen. Vroeger waren fz-instellingen meer gesloten, intern gericht. Nu is er een meer open houding, meer op samenwerking gericht. Bepaalde structuren (aansturing vanuit een organisatie, geen concurrentie) dragen hieraan bij." (UA1)
 - "Vertrouwen is kapot gemaakt door onduidelijkheid waarom welke tbs-kliniek is gesloten. Dat is niet besproken met het veld, maar werd per telefoon meegedeeld. Niemand wist waar men aan toe was. Met veld zijn opties besproken dat erin resulteerde dat de meningen verdeeld waren: sommigen wilden alleen grote instellingen openhouden; anderen wilden expertise bij verschillende instellingen bewaren. Onzekere tijd geweest; er wordt hard gewerkt om vertrouwen te herstellen." (UA1)

Geconcludeerd wordt dat DForZo een centrale(re) administratieve organisatie is, in vergelijking met voorheen de (decentrale) zorgkantoren, die met de grotendeels particuliere fz-instellingen een niet-hiërarchische contractrelatie heeft. De als sterker coördinerend ervaren rol van DForZo na de stelselwijziging in combinatie met grotere overeenstemming over het belangrijkste doel van fz tussen fz-instellingen onderling en met DForZo, de meer gelijkwaardige relaties tussen fz-instellingen, hun toegenomen invloed en de grotere onderlinge afhankelijkheden (indirect, via maatschappelijke druk en risico op reputatieschade) duiden op een context van netwerksturing als coördinatiemechanisme. Respondenten wijzen ongevraagd op de positieve rol van met name het Forensisch Netwerk, al wordt DForZo daarbij soms als opponent genoemd en niet meer vertrouwd dan de zorgkantoren voorheen.

Samengevat betekent dit dat na de stelselwijziging sprake is van netwerkmanagement door een centrale(re) administratieve organisatie.

Deze bevindingen hebben tenminste betrekking op (particuliere) FPC's en intra- en extramurale ofz. Hoewel PPC's bijvoorbeeld deelnemen aan het Forensisch Netwerk en of zij mogelijk eveneens meer overeenstemming over doelen en gelijkwaardigheid van fz-instellingen ervaren is, omdat het instellingen in rijksbeheer betreft en niet met sleutelfiguren kon worden gesproken (subparagraaf 4.5.2), niet duidelijk of dit daadwerkelijk het geval is en of zij meer niet-hiërarchische sturing ervaren.

Tabel 6.13 gaat tot slot in op de eventuele aanwezigheid van opportunistisch gedrag van sturende actoren, dat in het theoretisch kader is onderscheiden in discretionair gedrag (stelling F) en afknijpgedrag (stellingen A tot en met G). Aangezien deze begrippen, meer dan andere, een negatieve lading hebben, kon aan respondenten niet naar eigen gedrag, maar alleen naar hun ervaring met dat van andere actoren worden gevraagd en alleen als ze daarop voldoende zicht hebben (zie B.4.2 in bijlage 4). Het al dan niet voorkomen van discretionair gedrag (stelling F) kon hierdoor enkel met de opdrachtgever van sturende organisaties en brancheorganisaties worden besproken, waarbij een respondent aangaf deze (en vergelijkbare) vragen niet te kunnen beantwoorden. Wat afknijpgedrag betreft, kon een groter aantal stellingen worden voorgelegd aan een groter aantal respondenten (bestuurders van fz-instellingen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties). Daarnaast zijn spontane reacties in dit verband ontvangen van enkele behandelaren.³⁴¹ De stellingen zijn in verschillende richtingen geformuleerd. Voor zover mogelijk wordt bij het in beeld brengen van discretionair gedrag en afknijpgedrag, behalve van de inbreng van respondenten, ook gebruikgemaakt van andere onderzoeksbevindingen in deze studie.

Tabel 6.13 laat zien dat de drie respondenten verdeeld zijn over stelling F, dat het fz-budget meer dan voorheen wordt besteed aan zaken die niet ten gunste komen van de fz zelf, maar zij lichten dit niet nader toe. De stelling hangt samen met eerdere (wel toegelichte) stellingen die aan dezelfde respondenten zijn voorgelegd, in verband met de zeggenschap van sturende actoren over het fz-budget (stelling K in tabel 6.2) en de *mogelijkheid* dat het fz-budget meer dan voorheen kan worden besteed aan zaken die niet ten gunste komen van de fz zelf (stelling B in tabel 6.3). Wat de eerste stelling betreft licht een respondent daarbij toe dat een grotere politieke aansturing na de stelselwijziging meer invloed inhoudt op de omvang van het fz-budget, terwijl een tweede respondent aangeeft dat dit juist niet het geval is. Een respondent geeft aan dat het fz-budget meer dan voorheen kan worden besteed aan zaken die niet ten

341. Behandelaren kregen deze stellingen niet voorgelegd, maar signaleerden in ander verband ontwikkelingen die duiden op afknijpgedrag: "Tariefstelling DBC's is laatste jaren gunstiger dan DBBC's. Dat wekt verbazing". "Bij de [eigen] instelling moest opeens een hek/ sluis worden geplaatst, anders werden bepaalde patiënten niet geplaatst. DJI moet echter meer rekening houden met de mogelijkheden van een fz-instelling. Loont een hek/ sluis wel voor twee extra patiënten? Daarnaast werd ingeschreven op tenders, bijvoorbeeld voor verdiepingsdiagnostiek. Daar stopte de fz-instelling tijd en energie in, maar de tender werd uiteindelijk niet gegund en het verrichte werk werd niet vergoed. Risico's die voor de instelling maar moeilijk in te schatten zijn."

Tabel 6.13 Vervolg gedrag sturende actoren na de stelselwijziging

Stelling	Respondent	N	5 4 3 2 1					Gemiddelde
			Ze er e e n s	E e n s	N i e t (o n) e e n s	O n e e n s	Z e e r o n e e n s	
Na de stelselwijziging...								
A STU0100[6]. [komt DforZo gemaakte afspraken minder ruimhartig na dan voorheen zorgkantoren]	UA1 OA1	13	0	4	3	6	0	2.8
B GED0900[1]. [kan mijn zorginstelling op de langere termijn het productaanbod plannen omdat DForZO vooraf meer laat weten welke spelregels gelden]	UA1 OA1	14	1	5	0	5	3	2.7
C GED0900[2]. [komt DforZo zijn toezeggingen beter na dan voorheen de zorgkantoren]	UA1 OA1	12	0	5	3	4	0	3.1
D GED0900[4]. [stelt DforZO stelt meer dan voorheen de zorgkantoren eisen aan het productaanbod zonder evenredig de tarieven aan te passen]	UA1 OA1	13	2	11	0	0	0	4.2*
E GED0900[5]. [zijn de met DForZo afgesproken tarieven minder kostendekkend dan voorheen met zorgkantoren]	OSA UA1 OA1	12	4	6	0	2	0	4*
F GED0900[6]. [wordt het (forensische) zorgbudget meer dan voorheen besteed aan zaken die niet ten gunste komen van de fz zelf (bijv. een groter ondersteunend apparaat, zaken ter verhoging status of positie van	OSA OA1	3	0	1	0	2	0	2.7
G GED0900[7]. probeert DForZo voordeel te halen ten koste van fz-instellingen, meer dan voorheen de zorgkantoren deden]	OSA OA1	3	0	3	0	0	0	4*

Legenda*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

gunste komen van de fz als zodanig, omdat een nieuwe inkooporganisatie moet worden opgezet. Een tweede respondent doet daarover geen uitspraak, maar wijst erop dat de kosten daarvan niet transparant zijn. Volgens een derde respondent laat "de sterkere cultuur van toezicht en controle bij Justitie" van dit type (in stelling F bedoelde) gedrag echter juist niet toe. Het aantal reacties van deze (drie) respondenten laat, mede vanwege hun verschillen, niet toe om op basis daarvan eenduidige conclusies te trekken over het al dan niet (sterker worden van) discretionair gedrag van de minister of DForZo in de onderzoeksperiode, zoals bedoeld in stelling F. Bij het in beeld brengen van de transactiekosten, eerder in dit proefschrift (paragraaf 5.3), is bovendien gebleken dat DForZo de eigen apparaatskosten in

2015 (2006) schat op circa € 4 mln. (€ 3,2 mln.). Voor zover op deze informatie kan worden afgegaan (een andere bron is voor zover bekend niet voorhanden), duidt dit in samenhang met de relatief sterker gestegen productiekosten in de onderzoeksperiode (van € 365 mln. in 2006 naar € 651 mln. in 2015, zie tabel 5.3), niet op een disproportionele uitbreiding van de inkooporganisatie en daarmee niet op het voorkomen van (dit type) discretionair gedrag.³⁴² Zoals elders in dit proefschrift naar voren komt, is de productiekostenontwikkeling in de fz in de onderzoeksperiode echter wel (sterk) beleidsmatig gestimuleerd (subparagrafen 3.3.1.2 en 6.3.1) en vergeleken met de reguliere zorg relatief hoog (subparagraaf 6.3.4), hetgeen duidt op het vergroten van het budget als (andere vorm van) discretionair gedrag (B.4.2.11). Op grond van deze onderzoeksbevindingen wordt, ondanks de verschillende reacties van de (drie) respondenten, geconcludeerd dat er geen aanwijzingen zijn van discretionair gedrag van de sturende actor in de zin van een disproportioneel gegroeide inkooporganisatie (transactiekosten), maar wel van een relatief forse uitbreiding van het budget (productiekosten) die beleidsmatig is geïnduceerd en daarmee van een aan het budget gerelateerde vorm van discretionair gedrag (zie verder paragraaf 7.3).

Wat afknijpgedrag betreft, kon een groter aantal respondenten worden bevraagd (behalve vertegenwoordigers van brancheorganisaties ook bestuurders van fz-instellingen). Tabel 6.13 laat zien dat zij verdeeld zijn over (stellingen dat) DForZo gemaakte afspraken minder ruimhartig nakomt dan voorheen zorgkantoren (A), een fz-instelling op de langere termijn het productaanbod beter kan plannen, omdat DForZo vooraf meer laat weten welke spelregels gelden (B) en DForZo zijn toezeggingen beter nakomt dan voorheen de zorgkantoren (C). Consensus is er wel over stellingen dat DForZo meer dan voorheen de zorgkantoren eisen stelt aan het productaanbod zonder evenredig de tarieven aan te passen (D), de afgesproken tarieven minder kostendekkend zijn (E) en voordeel probeert te halen ten koste van fz-instellingen (G). Enkele citaten:

- "DForZo vraagt FACT-certificatie. Wanneer uitgerekend wordt wat dat kost, dan klopt dat niet met het tarief. Om 2% extra tarief te krijgen, moet je een FACT-gecertificeerd team hebben. Een grote organisatie werkt dan met een gecertificeerd FACT-team en de rest werkt FACT-achtig. FACT-teams zijn met de ambulante tarieven niet te betalen. DForZo stelt hoge eisen. Fz-instellingen kijken hoe ze daaraan kunnen voldoen en toch kostendekkend kunnen draaien. Dat komt niet ten goede aan de kwaliteit." (UA1)

342. De Autoriteit Consument en Markt becijfert de beheerskosten van zorgverzekeraars op circa 4%. Ongeveer de helft daarvan heeft betrekking op salarissen en vaste lasten in verband met de afhandeling van nota's, de rest op reclame- en acquisitiekosten zoals bemiddeling door tussenpersonen (ACM, 2015, pp. 24-28). Omdat het apparaat bij DForZo met name op de inkooprelatie met een geselecteerd (relatief beperkt) aantal zorgaanbieders en niet op de (verzekerings)relatie met verzekerde patiënten hoeft te worden ingericht en (daarmee) niet op de werving van nieuwe verzekerden, zijn de beheerskosten van zorgverzekeraars echter niet in deze (algemene) termen te vergelijken met die van DForZo. Voor zover bij DForZo en NZa kon worden nagegaan, zijn geen cijfers beschikbaar over de met fz gemoeide beheerskosten. De in de jaarverslagen van het ministerie van Justitie gepresenteerde gemiddelde dagprijzen zijn inclusief kosten voor overhead (apparaatskosten) van (hoofdkantoor) DJI.

- "Er heeft een kaalslag plaatsgevonden op de ofz-tarieven. Hier is sprake van beroerde tarieven." (UA1)
- "Tarieven in fz zijn lager dan in vergelijkbare reguliere vg. Dat scheelt 8%." (OA1)
- "Tarieven net zo kostendekkend als daarvoor. Bezuinigingen in de reguliere en forensische zorg hangen niet samen met de stelselwijziging. Deze partijen handelden niet verschillend." (UA1)
- "In 2011/ 2012 vonden enorme budgetkortingen plaats (platte tariefkortingen). Dat heeft geleid tot sloop in instellingen waardoor de span of control enorm toenam. Dit speelde ook in reguliere zorg en staat los van de krimp in aantallen later." (OA1)
- "DForZo heeft meer mogelijkheden om via contracten fz-instellingen in houtgreep te nemen (bijvoorbeeld boete van twee ton voor het niet aanleveren van gegevens) dan fz-instellingen hebben om voordeel te halen ten koste van DForZo." (OA1)

De consensus over de als onevenredig ervaren druk op tarieven sluit aan op de eerdere bevinding dat DForZo na de stelselwijziging, meer dan voorheen de zorgkantoren, voordeel kan halen ten koste van fz-instellingen (stelling A, tabel 6.3). In de toelichting werd daarbij gewezen op de grotere afhankelijkheid van fz-instellingen van één enkele inkoper (DForZo) die de tarieven kan bepalen en kan kiezen uit verschillende fz-instellingen. De als sterk ervaren (financiële) druk die DForZo als enige fz-inkoper kan zetten, werd door respondenten bovendien regelmatig spontaan als zwak punt van het stelsel genoemd (paragraaf 5.4). De NZa stelt geen signalen te ontvangen dat DForZo zijn marktmacht misbruikt (NZa, 2017a, p. bijlage), (kennelijk) zelfs niet naar aanleiding van een forse (voorgenomen en deels teruggedraaide) verlaging van de vergoeding op basis van DBBC's³⁴³ in 2014 van de meeste behandelingen met ongeveer 25% en voor de vz zelfs met 43% ten opzichte van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven (NZa, 2016c, pp. 4-5). DForZo tekende overigens wel bezwaar aan tegen de hoogte van de door de NZa vastgestelde maximumtarieven. In verband met de (definitieve) afhandeling daarvan is de NZa in 2017 een kostprijsonderzoek gestart (zie hierna). Het financiële effect van genoemde kortingen op de door de NZa genoemde maximumtarieven was voor de zorginstellingen tot en met het einde van de onderzoeksperiode (2015) echter gering, omdat een overgangsregeling van kracht was (NZa, 2016c, pp. 4-5, zie ook bijlage 3 B.3.2.11).³⁴⁴

De consensus onder respondenten dat DForZo (meer dan voor de stelselwijziging de zorgkantoren) eisen stelt aan het productaanbod zonder evenredig de tarieven aan te passen en voordeel kan en probeert te halen ten koste van fz-instellingen, de volgens respondenten lagere kostendekkendheid van tarieven, en (in combinatie daarmee) de in dit onderzoek feitelijk vastgestelde ontwikkeling van tarieven bij FPC's en ofz (paragrafen 5.4 en 5.8), leiden tot de conclusie dat het afknijpgedrag door de sturende actor wat tarieven betreft is toegenomen. Na (volledige) bekostiging op grond van de DBBC-systematiek (vanaf 2016, dat

343. Genoemde kortingen op de NZa-maximumtarieven hebben overigens (dus) niet betrekking op de bekostigingssystematiek op basis van budgetparameters, die ten grondslag ligt aan de in dit proefschrift (hoofdstuk 5) gepresenteerde productiekosten en tarieven (NZa, 2016b, p. 3).

344. Bij het vervallen van de overgangsregeling in 2016 heeft DForZo de generieke tariefkorting en afslag op NZa-maximumtarieven verlaagd (NZa, 2016b, p. 3).

wil zeggen na de onderzoeksperiode, zie subparagraaf 3.3.2) lijkt deze situatie nog niet verbeterd.³⁴⁵ (Negatieve) beïnvloeding van het beeld van respondenten over de ontwikkeling van tarieven na de onderzoeksperiode valt om die reden dan ook niet (volledig) uit te sluiten. De feitelijke ontwikkelingen geven echter geen aanleiding te twijfelen aan de als toename ervaren druk op fz-tarieven in de onderzoeksperiode (paragrafen 5.4 en 6.4). Het best vergelijkbaar (onderling en in de tijd) zijn de gewogen gemiddelde tarieven per fz-domein (tabellen 5.19 en 5.20), die nominaal bij FPC's stijgen (18%) en bij de intra- en extramurale ofz dalen (-2% respectievelijk -8%). Gecorrigeerd voor loon- en prijsbijstellingen (zoals nog zal blijken in subparagraaf 6.3.3) is zowel bij FPC's als in de intra- en extramurale ofz sprake van reële dalingen van de gewogen gemiddelde tarieven (met respectievelijk -4%, -20% en -26%, zie tabel 6.19). Dit hangt samen met een verandering van casemix, waardoor met name in de ofz het aandeel minder dure fz-varianten (zoals zorg met verblijf) relatief toeneemt (paragraaf 5.8). Op het onderliggend zorgcodeniveau is ten opzichte van de eerste met 2015 goed vergelijkbare jaren (2008 en 2009) sprake van een gemiddelde tariefstijging van 20% respectievelijk 16%, dat wil zeggen gemiddeld 4% boven de gemiddelde loon- en prijsbijstellingen in vergelijkbare periodes (subparagraaf 6.3.3). De eisen ten aanzien van kwaliteit en veiligheid zijn tegelijkertijd niet verminderd maar juist toegenomen (paragraaf 5.5). Bij FPC's is sprake van gemiddelde reël dalende tarieven, en wordt behalve als hoger ervaren eisen van kwaliteit en veiligheid, tegelijkertijd strak gestuurd op het terugdringen van de behandelduur (zie ook subparagraaf 6.3.4.6).

Enkel bij PPC's lijkt sprake van stijgende tarieven, met 26% ten opzichte van 2009, al zijn hierin (anders dan bij FPC's en ofz), DJI-brede overhead inbegrepen die vanwege eventuele verschillen in de loop van de jaren (zie tabel 5.4) het beeld (kunnen) vertekenen. Er is niet gesproken met PPC-vertegenwoordigers en de aangehaalde onderzoeken hebben geen betrekking op PPC's of geven juist aan dat voor rijksinstellingen een ander regime geldt (financiering ofwel facturatie op basis van zorgprestaties, maar geen volledige bekostiging op grond daarvan) (NZa, 2017a, p. 7), zodat een voorbehoud moet worden gemaakt voor dit domein.

Op basis van de gezamenlijke bevindingen wordt geconcludeerd dat het afknijpgedrag bij FPC's en in de ofz is toegenomen en dat over PPC's in dat verband geen uitspraak kan worden gedaan. Het overzicht vat de bevindingen in deze paragraaf samen.

345. Naar aanleiding van signalen van fz-instellingen dat de "voor fz betaalde tarieven onvoldoende zijn om de kwaliteit voldoende te blijven borgen" is onderzoek uitgevoerd in opdracht van GGZ Nederland en VGN, in afwachting van medio 2019 te verwachten kostprijsonderzoek van de NZa (Baas, Meijer, Puijk & Ruys, 2017, p. 3). Baas et al. becijferen het tekort op 8% van de gemiddelde DBBC-prijs, 16,5% van de gemiddelde behandelproduct-prijs en 6,5% van de gemiddelde prijs voor verblijf (2017, p. 35).

Concluderend: *Verandering gedrag van sturende actoren na stelselwijziging*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
Centralisatie van sturing	+	/	+	+
Vanuit strafrecht- en zorgketen	+	?	+	+
Netwerkmanagement	+	?	+	+
Discretionair gedrag	+	?	+	+
Afknijpgedrag	+	?	+	+

Legenda. + Toegenomen; / gelijk gebleven; niet eenduidig; ? Onbekend

6.2.6 Gedrag uitvoerende actoren

In deze paragraaf wordt op basis van ervaringen van respondenten het feitelijk gedrag van uitvoerende actoren (fz-instellingen) na de stelselwijziging vergeleken met de situatie daaraan voorafgaand, op aspecten die volgens het conceptueel theoretisch model relevant zijn, namelijk (wat operationalisering betreft wordt verwezen naar bijlage 4, B.4.2.10 en B.4.2.11):

- informatie-uitwisseling;
- concurrentie;
- vertrouwen;
- samenwerking;
- belangenbehartiging;
- conflicten;
- innovatie;
- opportunistisch (ontduik)gedrag.

Sommige stellingen, over informatie-uitwisseling en conflicten, hebben (ook) betrekking op de sturende actor (DForZo). Met het opnemen daarvan in deze paragraaf wordt niet bedoeld dat betreffend gedrag (enkel) toe te schrijven is aan uitvoerende actoren. Zij zijn in betreffende gevallen wel de informatiebron. De bevindingen zijn vanwege verschillen in antwoordcategorieën in twee tabellen (6.14 en 6.15) weergegeven. Stellingen in tabel 6.14 zijn aan bestuurders en behandelaren van fz-instellingen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties voorgelegd en hebben daarmee enkel betrekking op FPC's en ofz. De stellingen in tabel 6.15 zijn, in de context van stellingen over de wijze van sturing (netwerkmanagement), daarnaast ook aan sturende actoren voorgelegd. Net zoals bij sturende actoren, is (verandering van) opportunistisch gedrag enkel met de opdrachtgever van sturende organisaties en brancheorganisaties besproken, waarbij één respondent aangaf deze niet te kunnen beantwoorden. Net als bij opportunistisch gedrag van sturende actoren (subparagraaf 6.2.5) wordt met het oog op triangulatie van bronnen daarnaast waar mogelijk gebruikgemaakt van (andere) onderzoeksbevindingen.

Tabel 6.14 Gedrag uitvoerende actoren na stelselwijziging

Stelling	Na de stelselwijziging is sprake van (veel) meer/ evenveel/ (veel) minder	Respondent	N	5	4	3	2	1	Frequentieverdeling	Gemiddelde
				Veel meer	Meer	Evenveel	Minder	Veel minder		
A	GED0100[1]. [Informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen dan voorheen]	UA1 UA2 OA1	21	5	11	4	0	1		3,9*
B	GED0100[2]. [Informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen en de reguliere zorg dan voorheen]	UA1 UA2 OA1	20	0	10	5	5	0		3,3
C	GED0100[3]. [Informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen en DforZo dan voorheen tussen fz-]	UA1 OA1	14	6	7	1	0	0		4,4*
D	GED0100[4]. [Lobbyen voor de eigen fz-instelling bij DforZo dan voorheen bij zorgkantoren]	UA1 OA1	14	3	9	1	1	0		4*
E	GED0100[5]. [Conflicten tussen fz-instellingen en DforZo dan voorheen tussen fz-instellingen en zorgkantoren]	UA1 OA1	12	0	8	4	0	0		3,7*
F	GED0100[6]. [Conflicten tussen fz-instellingen onderling dan voorheen]	UA1 UA2 OA1	19	0	2	13	4	0		2,9
G	GED0100[7]. [Conflicten tussen fz-instellingen en reguliere zorg]	UA1 UA2 OA1	18	0	7	11	0	0		3,4*
H	GED0100[8]. [Innovatie, de ontwikkeling van nieuwe vormen van fz]	UA1 OA1	15	6	7	2	0	0		4,3*

Legenda
*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 (P<0,05)

Wat informatie-uitwisseling betreft, valt uit tabel 6.14 af te leiden dat er consensus is tussen respondenten dat na de stelselwijziging sprake is van meer informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen onderling (A) en (veel) meer uitwisseling tussen fz-instellingen en DForZo (C). De meningen zijn verdeeld over de informatie-uitwisseling tussen fz-zorginstellingen en reguliere zorginstellingen (B). Enkele citaten:

- "Informatie-uitwisseling geldt met name voor ofz." (UA1)
- "EFP, Festival FZ, calls KFZ leiden tot veel meer samenwerking, informatie-uitwisseling, kwaliteit van zorg." (UA2)
- "Meer info-uitwisseling bij in- en uitstroom van patiënten." (UA2)
- "Minder info-uitwisseling tussen forensische en reguliere zorg: vanwege invoering fz zijn reguliere en forensische zorg uit elkaar getrokken." (OA1)

Geconcludeerd wordt dat de informatie-uitwisseling binnen het fz-terrein is toegenomen na de stelselwijziging. Er is geen (significant) verschil in informatie-uitwisseling met reguliere zorginstellingen.

Wat ervaringen met betrekking tot concurrentie, vertrouwen, samenwerking en belangenbehartiging betreft, wordt (ook) verwezen naar tabel 6.15. In die tabel komt naar voren dat respondenten na de stelselwijziging meer concurrentie (A), meer onderling vertrouwen (B) en meer samenwerking (C) ervaren tussen fz-instellingen. De meningen zijn verdeeld over de samenwerking tussen fz-instellingen en de reguliere zorg (D) en belangenbehartiging door brancheorganisaties (E). Uit tabel 6.14 blijkt voorts dat volgens bestuurders van fz-instellingen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties na de

Tabel 6.15 Vervolg gedrag uitvoerende actoren na stelselwijziging

Stelling	Na de stelselwijziging...	Respondent	N	5 4 3 2 1					Frequentieverdeling	Gemiddelde
				Ze er eens	E ens	N iet (on) eens	O neens	Ze er oneens		
A	STU0100[10]. [is sprake van meer concurrentie tussen fz-instellingen dan voorheen]	SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	27	3	16	2	6	0		3,6*
B	STU0100[11]. [is sprake van meer onderling vertrouwen tussen fz-instellingen dan voorheen]	SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	24	1	14	4	5	0		3,5*
C	STU0100[12]. [is de samenwerking tussen fz-instellingen toegenomen]	SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	28	2	21	3	2	0		3,8*
D	STU0100[13]. [is de samenwerking tussen fz-instellingen en reguliere zorginstellingen toegenomen]	SA1 SA2 UA1 UA2 OA1	26	1	9	5	11	0		3
E	STU0100[15]. [heeft een brancheorganisatie zoals GGZ Nederland of VGN/De Borg meer invloed op belangrijke ontwikkelingen op het fz-terrein dan voorheen]	OA1	3	0	1	0	2	0		2,7
F	GED0900[8]. [proberen fz-instellingen voordeel te halen ten koste DForZo, meer dan zij voorheen bij zorgkantoren deden]	OSA OA1	3	0	1	0	2	0		2,7

Legenda*: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

stelselwijziging wel sprake is van meer lobbyen door fz-instellingen bij DForZo dan voorheen bij zorgkantoren (D). Enkele citaten (respondenten lichten niet alle aspecten toe):

- "Gek genoeg is ondanks meer concurrentie ook meer onderling vertrouwen. Voordien waren er bestuurders van tbs-klinieken die heel sterk in concurrentie met elkaar om gingen om ambulante poli's in te richten. Langzamerhand meer vertrouwen. Sluiting van tbs-kliniek maakt tegelijkertijd duidelijk dat ook niet moet overdrijven wat betreft vertrouwen." (SA2)
- "Concurrentie op bestaansrecht: na convenant moest worden bepaald welke tbs-instelling moet worden gesloten. Behoorlijke concurrentie om in aanmerking te komen voor contract om fz in detentie te mogen leveren en vervolgens om patiënten daadwerkelijk te krijgen (specifiek perceel 'fzg in ggz'), dat was enorme veldslag." (UA1)
- "Er is sprake van meer concurrentie tussen instellingen door de druk om snel zorg te leveren van (cliënten te plaatsen) en te behandelen; instellingen kunnen daarop worden afgerekend. Er wordt niet op prijs geconcentreerd. Iedereen vult het maximumtarief in, die zijn al zo laag. DForZo gaat daar toch nog onder zitten." (UA1)
- "Als het erop aan komt, gaat iedereen voor zijn eigen toko. Er is vrij veel onderling vertrouwen, behalve bij krimp zoals bij sluiten van instellingen." (UA1)
- "Meer onderling vertrouwen tussen fz-instellingen. Vroeger waren fz-instellingen meer gesloten, intern gericht. Nu is er een meer open houding, meer op samenwerking gericht." (UA1)
- "Er was geen wantrouwen, maar er is wel meer overleg en samenwerken [tussen fz-instellingen] rondom casuïstiek. Overleggen zijn tot stand gekomen na stelselwijziging." (UA2)

- "Samenwerking met reguliere zorginstellingen: de grens lag eerst bij tbs-klinieken (relatief beperkt). Nu verschijnt de overgangsproblematiek bij overgang van fz naar reguliere zorg en dat komt vaker voor." (SA2)
- "Geen toegenomen samenwerking (in 2015) met reguliere zorginstellingen, die zijn huiverig om fz-cliënten over te nemen. Daar wordt aan gewerkt in het kader van programma Continuïteit van zorg." (SA1)
- "Samenwerken met reguliere instellingen is lastiger geworden. Waar voorheen cliënten gewoon doorgeplaatst werden (nadruk op behandeling en zorg, geen onderscheid in titel van patiënten) is het nu een forensische patiënt, waarbij de nadruk op veiligheid en recidivemindering op voorgrond staat. Is een ander type cliënt geworden waarvoor de reguliere zorg terugschrikt. De grenslijn tussen reguliere en forensische zorg is bij de sglvg-doelgroep groter geworden. Voorheen geen onderscheid forensisch - niet-forensisch, na de stelselwijziging wel: er wordt gesproken van een forensisch bed of Wlz-bed. Door dit duidelijk zichtbare onderscheid is aansluiting met reguliere zorg lastiger." (UA1)
- "Niet meer of minder samenwerking met reguliere zorg: knip is op andere plek terechtgekomen. Probleem was er en is nog steeds niet opgelost." (UA1)
- "Samenwerking wordt deels georganiseerd via fusies. Samenwerking lukt beter met echt andere organisaties, maar niet met andere vergelijkbare organisaties." (UA1)

Geconcludeerd wordt dat concurrentie, vertrouwen en samenwerking tussen fz-instellingen na de stelselwijziging is toegenomen. Met name wanneer het marktaandeel niet (teveel) wordt bedreigd kunnen fz-instellingen dit ogenschijnlijk tegenstrijdige gedrag combineren. Het toegenomen lobbyen door fz-instellingen bij DForZo, maar (volgens eigen zeggen) niet door brancheorganisaties, wordt door respondenten niet toegelicht, maar past in dat beeld. De meningen verschillen of de samenwerking tussen fz-instellingen en reguliere zorginstellingen is veranderd. Aan het eind van de onderzoeksperiode is dit nog steeds een probleem, dat volgens sommigen door de stelselwijziging zelfs is vergroot vanwege de grotere zichtbaarheid van de fz-patiënt (subparagrafen 5.5.1 en 6.2.3).

De conflicten tussen fz-instellingen en DForZo (E) en tussen fz-instellingen en reguliere zorg (G) nemen na de stelselwijziging toe, terwijl dit niet het geval is tussen fz-instellingen onderling (F) blijkt uit tabel 6.14 en versterkt dit beeld. Uit de uitgebreide toelichtingen blijkt onder meer dat in de relatie tussen DForZo en fz-instellingen financiën, de politieke afhandeling van incidenten en de afgenomen regelruimte om fz-patiënten 'struikelend te laten leren' hierin een rol spelen. Enkele citaten:

- "Conflicten hebben tenminste betrekking op financiën, toewijzen van patiënten . . . de capaciteitsontwikkeling." (UA1)
- "Meer conflicten met DForZo is logisch gelet op toename contacten. Conflicten hebben betrekking op tarieven en zijn ook niet per se negatief. Fz-instelling krijgt voor langdurige ggz in een FPA zonder problemen toeslag van zorgverzekeraar of zorgkantoor (Zvw/ Wlz). Bij DForZo is dit lastig. Zij overzien niet wat het effect is van een tariefkorting bij diagnostiek verslaving. Vaak is er meer aan de hand. Toch krijg je dan een niet-intensieve benadering die uiteindelijk kan uitmonden in een duurdere klinische opname. Samenhang/ overzicht over het totale effect ontbreekt bij dit soort afwegingen." (UA1)
- "Meer conflicten met DForZo dan voor de stelselwijziging. Daarna gedoe vanwege de introductie van beveiligingspoortjes en de invloed van sociale media bij incidenten.

Inmiddels zijn er minder conflicten als gevolg van minder incidenten, andere bestuurders. De instelling is daardoor in rustiger vaarwater gekomen. Dat is gemakkelijker bij inkoopgesprekken, de verhoudingen zijn uitgekristalliseerd. Kan ook weer veranderen, als zich weer een incident voordoet of door het invoeren van nieuwe maatregelen. Onlangs is onder druk van Justitie bijvoorbeeld de frequentie opgevoerd waarin het eigen personeel moet worden gecontroleerd." (UA1)

- "Eén gesprekspartner (DForZo) is overzichtelijker en voorspelbaarder dan meerdere zorginkopers/ zorgverzekeraars. Maar daar zitten ook risico's aan. De fz-instelling kan onder toezicht worden gesteld door inspecties. Dit heeft risico's. De politiek verantwoordelijke staatssecretarissen verschillen; je bent afhankelijk van de politieke wind en zittende bewindslieden op een bepaald moment. Teeven zou [afhandeling van incident] dichter naar zich toetrekken. Dijkhof gaat er op abstractere, meer politieke en minder persoonlijke manier mee om. Bij heethoofdig optreden [naar aanleiding van] een incident dreigt een opnamestop en daarmee leegstand. . . Bij kleine aantallen sta je binnen een half jaar leeg en ben je je personeel kwijt. [Enkele fz-instellingen] hebben in het verleden een half jaar een opnamestop gehad." (UA2)
- "Conflicten tussen DForZo en fz-instellingen gaan over geld (fz-instellingen komen niet met budget uit) en de regelruimte voor struikelend leren schiet tekort. Dit speelt bijvoorbeeld bij de interpretatie van ongeoorloofd verlof en consequenties daarvan. Justitie heeft meer last van formalistisch hanteren van regels dan zorgkantoren." (OA1)
- "Meer conflicten met reguliere zorginstellingen: zij worden niet bediend als ze [dit] nodig hebben, terwijl ze de fz moeten afhelfen van fz-cliënten. Ze voelen dat als een oneerlijke situatie die ontstaan is na de stelselwijziging, doordat ze bij hele lastige patiënten met problemen blijven zitten (fz-instelling kan hen niet overnemen omdat de bedden al zijn ingekocht door DForZo) en geacht worden [fz-instellingen] te helpen bij de uitstroom van fz door fz-cliënten over te nemen. De financieringsstromen veranderen. Fz-instelling wil deze patiënten wel opnemen, maar dan moeten zorgverzekeraars dit financieren en reguliere zorginstellingen de uitstroom van de fz beter faciliteren. Fz-instellingen en reguliere zorginstellingen geven elkaar de schuld van weeffouten in plaats van deze gezamenlijk proberen op te lossen." (UA1)
- "Conflicten tussen forensische en reguliere zorg zijn toegenomen en hebben betrekking op de overgang van het ene naar het andere domein; het betreft een spanningsveld dat er voorheen niet was. Problemen kwamen niet alleen door één partij, maar door alle financiers (DForZo en zorgverzekeraars)." (UA1)
- "De grens tussen regulier en forensisch is verscherpt. Er lijkt sprake van meer verwijdering. Bij doorverwijzing van patiënten levert dat gedoe op. Er is angst om patiënten op te nemen. Spanningsveld is eerder toe- dan afgenomen." (UA1)
- "Meer conflicten met de reguliere zorg vanwege de verbijzondering van de fz en de verschillen van paradigma's. Daar ontstaan conflicten over vanwege de stigmatisering. De reguliere zorg wil de forensische patiënt niet." (UA1)
- "Meer conflicten tussen fz-instellingen en met reguliere instellingen: er zijn meer situaties waarin een conflict kan ontstaan, met name bij (concurrentie op) aanbod en (samenwerking op casuïstiek in verband met) doorstroom. Voorheen kon organisatie zeggen dat men geen doorstroom wilde bieden voor een cliënt en was er ook geen drukmiddel om dat door te drukken. Instellingen konden samenwerking ontlopen. Nu worden instellingen met elkaar verantwoordelijk gesteld om voor continuïteit van zorg te zorgen, kunnen daarin echt verschillende belangen hebben en tegenover elkaar komen te

staan. Dus er is meer aanleiding om, naast meer samenwerking, ook meer conflicten te krijgen.” (UA1)

- “Conflicten gebaseerd op onwetendheid in reguliere zorg en financieringsproblematiek dat resulteert in het niet kwijt kunnen van fz-patiënten of snel weer terugplaatsen als het spannend werd. De reguliere zorg realiseert zich onvoldoende dat de forensische patiënt ook een patiënt is, of deze nu wordt aangedragen door iemand in een blauwe jas (via politie/ justitie) of in een witte jas (via ambulancebroeder). De stoornis is vergelijkbaar. Zie achtergrondstudie Trimbos bij RVZ-rapport.” (OA1)

Wat innovatie betreft laat tabel 6.14 zien dat er consensus is dat deze (sterk) is toegenomen (H). Eerder is beschreven dat dit ook geldt voor de zeggenschap van de minister van Justitie hierover (tabel 6.2, J), maar niet die van fz-instellingen (tabel 6.6, J): tien respondenten gaven aan dat deze gelijk is gebleven, acht dat deze is toegenomen en (slechts) vier dat deze is verminderd. Enkele citaten:

- “Vanaf 2015 meer [innovatie], daarvoor niet. Vroeger kon je met zorgkantoren overleggen om samen iets op te zetten om cliënten te begeleiden. Zorgkantoren reageren positief. [Betreffende instelling] heeft veel innovaties voorgesteld, maar dat werd niet gehonoreerd. Sinds 2015 kentering.” (UA1)
- “Meer innovatie: het EFP is nadrukkelijker rol gaan spelen.” (UA1)
- “Veel meer innovatie: in convenant is afgesproken om kwaliteitsprogramma KFZ te starten en dat wordt goed opgepakt.” (UA1)
- “Veel meer innovatie door het uitzetten van calls in het kader van KFZ. De implementatie wordt gestimuleerd door een bonus op tarieven toe te voegen. Bij zorgverzekeraars zie je overigens ook meer proeftuinen.” (UA1)

Geconcludeerd wordt dat de fz-instellingen na de stelselwijziging, met name in de tweede helft van de onderzoeksperiode, meer zijn gaan innoveren. De start van het programma KFZ in 2011³⁴⁶, de Meerjarenovereenkomst 2013 tot en met 2017 (VenJ et al., 2013) hebben hieraan bijgedragen en maken duidelijk dat de sturende actor (sindsdien) in dit opzicht een meer faciliterende en stimulerende rol speelt.

Wat opportunistisch (ontduik)gedrag van uitvoerende actoren tot slot betreft, is eerder toegelicht dat dit enkel met vertegenwoordigers van brancheorganisaties en de opdrachtgever van sturende actoren is (kon worden) besproken. Een van hen gaf aan hierin geen inzicht te hebben. De overige drie verschillen van mening over de stelling dat fz-instellingen voordeel proberen te halen ten koste van DForZo, meer dan voorheen ten koste van zorgkantoren (tabel 6.15, F): twee respondenten zijn het oneens met de stelling, één respondent onderschrijft deze, al blijkt uit diens toelichting dat dit (onderschrijven van de stelling) enkel betrekking heeft op de innovatiegelden en daarmee op een relatief beperkt deel van het budget:

- “[Alleen voor] innovatiegelden kunnen [fz-instellingen] makkelijker aankloppen bij Justitie dan bij de zorgkantoren.” (OA1)

346. <https://kfz.nl/over-kfz>, geraadpleegd augustus 2018. Het programma wordt gesubsidieerd door DForZo en het EFP draagt zorg voor projectmanagement. De site toont elf afgeronde projecten (calls) uit 2013, twintig projecten uit 2014 (waarvan vijf lopend) en elf projecten uit 2015 (waarvan drie lopend).

- "Fz-instellingen zijn meer eager in hun contact met DForZo, ze moeten meer op hun tellen passen (welke ruimte bieden regels)." (OA1)

Eerder bleek bovendien dat geen van deze respondenten de stelling onderschreef dat na de stelselwijziging sprake is van toegenomen mogelijkheden van fz-instellingen om voordeel te halen ten koste van DForZo (tabel 6.7, A). Vanwege het beperkte aantal respondenten is het (enkel) op basis daarvan echter lastig om te concluderen dat het ontduikgedrag van fz-instellingen na de stelselwijziging is verminderd. Reacties van (een groter aantal) respondenten in ander verband in relatie tot de beperkte onderhandelingsruimte wat betreft tarieven en de sterke positie van DForZo als enige zorginkoper in deze (paragrafen 5.4 en 6.4) wijzen echter ook in deze richting. In combinatie met deze reacties van respondenten, is het vanwege de in inkoopseisen vastgelegde kwaliteitseisen, het grotere belang voor fz-instellingen om voldoende marktaandeel te realiseren en hun afhankelijkheid van (nog maar) één enkele zorginkoper aannemelijk dat de ruimte voor (en daarmee) dit type (ontduik)gedrag van fz-instellingen na de stelselwijziging is verminderd (in paragraaf 7.3 wordt hier bij P3 verder op ingegaan). Het overzicht vat de bevindingen in deze paragraaf samen. Er is niet gesproken met vertegenwoordigers van PPC's (subparagraaf 4.5.2), zodat er geen conclusies zijn met betrekking tot dit domein.

Concluderend: *Verandering gedrag van uitvoerende actoren na stelselwijziging*

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
Informatie-uitwisseling binnen fz	+	?	+	+
Informatie-uitwisseling reguliere zorg	/	?	/	/
Concurrentie (marktaandeel)	+	?	+	+
Vertrouwen	+	?	+	+
Samenwerking binnen fz	+	?	+	+
Samenwerking reguliere zorg	/	?	/	/
Belangenbehartiging fz-instellingen	+	?	+	+
Belangenbehartiging	/	?	/	/
Conflicten tussen fz-instellingen	/	?	/	/
Conflicten (DForZo, reguliere zorg)	+	?	+	+
Innovatie	+	?	+	+
Ontduikgedrag fz-instellingen	-	?	-	-

Legenda. + Toegenomen; - afgenomen; / gelijk gebleven; ? onbekend

6.3 Alternatieve verklaringen

Voordat de relatie tussen de hiervoor beschreven theoretische factoren met de in hoofdstuk 5 beschreven ontwikkelingen in de fz kan worden onderzocht, wordt in deze paragraaf met het oog op uitsluiten van plausible rival explanations (Yin, 2014, pp. 140-142) nagegaan in hoeverre alternatieve verklaringen bij deze ontwikkelingen een rol (kunnen) spelen. Achtereenvolgens wordt in de volgende subparagrafen ingegaan op factoren die (deels) een verklaring kunnen bieden voor de ontwikkeling in:

- het volume van fz, vanwege veranderingen in aard en omvang van de (potentiële) fz-populatie (6.3.1) of registratie-effecten (6.3.2);
- de tarieven van fz, vanwege prijsstijgingen in loonkosten en materiële kosten (6.3.3);

- de kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van fz, vanwege implementatie-effecten (6.3.2), vergelijkbare ontwikkelingen in de reguliere zorg (6.3.4) of andere, door respondenten genoemde verklaringen (6.3.5).

6.3.1 Veranderingen in aard en omvang (potentiële) forensische populatie

De ontwikkelingen in het volume (en daarmee de kosten) van fz krijgen reliëf wanneer deze worden afgezet tegen de ontwikkeling van het aantal justitiabelen in de onderzoeksperiode. Gelet op het eerder beschreven selectieproces in de strafrechtketen hangt dit aantal samen met de mate van opsporing, vervolging en (wijze van) afdoening van de (geregistreerde) criminaliteit. Uit de jaarlijkse rapportage Criminaliteit en rechtshandhaving blijkt dat sprake is van een sterke daling van de instroom in de strafrechtketen in de onderzoeksperiode. Onderzoekers Van Tulder, Meijer en Van Rosmalen constateren:

“Het geschatte aantal door burgers ondervonden delicten daalde tussen 2007 en 2015 met een derde (-33%) en de geregistreerde criminaliteit met ruim een kwart (-26%). Het totale aantal geregistreerde verdachten daalde sterker (-43%). De instroom bij het OM daalde met 30%. Het totale aantal sancties, opgelegd door politie, OM en rechter tezamen, daalde met 35%, maar het aandeel van (geheel of deels) voorwaardelijke sancties nam daarbij toe, van 20 naar 29%.” (Kalidien, 2016, p. 59).

Om de ontwikkeling van de fz-populatie in perspectief te plaatsen, wordt in figuur 6.2 het aantal door de rechter onherroepelijk opgelegde (deels en geheel) onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen, maatregelen tbs met dwangverpleging, voorwaardelijke veroordelingen en bijzondere voorwaarden vanaf 2000 in beeld gebracht. De gegevens zijn afkomstig van de Onderzoek- en beleidsdatabase justitiële documentatie (OBJD) van het WODC en hebben enkel betrekking op strafrechtelijk meerderjarigen. Tabel B.13 bevat de onderliggende gegevens, aangevuld met het aantal schuldigverklaringen door de rechter, het aantal strafbeschikkingen van de OvJ en de straftoematingsgegevens in eerste aanleg, waarmee wordt gedoeld op de eerste rechterlijke instantie waar een zaak wordt behandeld.³⁴⁷ In de onderzoeksperiode blijkt het aantal onherroepelijke rechterlijke schuldigverklaringen met circa 25% en het aantal door de rechter opgelegde sancties met circa 30% te dalen. Het aandeel (onherroepelijk) door de

347. Artikel 557, lid 1 WvSv bepaalt dat “Voor zoover niet anders is bepaald, mag geen beslissing worden ten uitvoer gelegd, zolang daartegen nog enig gewoon rechtsmiddel openstaat en, zoo dit is aangewend, totdat het is ingetrokken of daarop is beslist.” Met betrekking tot bijzondere voorwaarden in het kader van een voorwaardelijke sanctie is echter in artikel 14^e WvSr specifiek opgenomen dat de rechter “bij zijn uitspraak, ambtshalve of op vordering van het openbaar ministerie, [kan] bevelen dat [deze] dadelijk uitvoerbaar zijn, indien er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de veroordeelde wederom een misdrijf zal begaan dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen.” Er is geen onderzoek bekend naar de mate dat de rechter tot dadelijke uitvoerbaarheid van fz als bijzondere voorwaarde besluit, waardoor eerste aanleggegevens een betere indicatie zouden geven van de ofz-behoefte dan onherroepelijke gegevens. Om die reden, en omdat deze (enkel) betrekking hebben op meerderjarigen, wordt hier van het basisprincipe uitgegaan dat rekening wordt gehouden met de beslissing in hoger beroep. Tabel B.13 toont dat, voor zover vergelijking mogelijk is, de ontwikkelingen in hoofdlijnen vergelijkbaar zijn.

rechter opgelegde voorwaardelijke sancties neemt, in lijn met voorgaande bevindingen, met 35% toe van 22% in 2006 tot 30% in 2015.

Figuur 6.2 Door rechter onherroepelijk opgelegde sancties en instroom toezicht-opdrachten reclassering (2000 t/m 2015)

Bron

WODC (OBJD)

Legenda

Gevangenisstraf= geheel of gedeeltelijk onvoorwaardelijke vrijheidsstraf; voorwaardelijke sanctie= geheel of gedeeltelijk voorwaardelijke geldboete, leerstraf, werkstraf of vrijheidsstraf

Zonder op deze plaats op alle achtergronden daarvan in te (kunnen) gaan, laat figuur 6.2 zien dat het aantal opgelegde (deels of geheel) onvoorwaardelijke gevangenisstraffen tussen 2003 en 2010 daalt, daarna licht toeneemt en tussen 2013 en 2015 globaal stabiliseert.³⁴⁸ De ontwikkeling van het aantal opgelegde tbs-maatregelen kent, in een andere orde van grootte (zie rechteras) tussen 2000 en 2010 globaal een vergelijkbaar verloop en stabiliseert daarna. Het aantal (deels of geheel) voorwaardelijke sancties stijgt tussen 2000 en 2006, daalt daarna geleidelijk en stijgt na 2011 weer.³⁴⁹ Het aantal in een vonnis opgenomen bijzondere

348. Tussen 2002 en 2011 was sprake van "substitutie van klassieke celstraffen door voorwaardelijke vrijheidsstraffen met bijzondere voorwaarden. De grootste winst lijkt te zijn gehaald in de jaren 2002-2007, nog vóór het programma Justitiële voorwaarden van kracht werd." (Beerthuizen & Wartna, 2013, p. 12).

349. Voorafgaand aan de Wet voorwaardelijke veroordeling en invrijheidsstelling in 2012 (zie subparagraaf 3.3.1.2) is met de implementatie van het programma Justitiële voorwaarden "veel geïnvesteerd in de optimalisering van voorwaardelijke sancties." Volgens onderzoekers resulteerde dit in een uitvoeringspraktijk die zich reeds vóór de inwerkingtreding van de wet ontwikkelde zoals de wet beoogt

voorwaarden neemt tot 2008 toe en daalt daarna, al dient (tenminste) de ontwikkeling vanaf 2012 terughoudend te worden geïnterpreteerd vanwege herformulering van de bijzondere voorwaarden in de Wet voorwaardelijke veroordeling en invrijheidsstelling (Stb. 2011, 545) en de hiermee samenhangende verandering van registratiewijze; daarnaast zijn er aanwijzingen dat de registratie in OBJD onvolledig is, (tenminste) wat bijzondere voorwaarden met fz betreft.³⁵⁰ Omdat de reclassering toezicht houdt op naleving van bijzondere voorwaarden, wordt hierna met gegevens hieromtrent afkomstig van de 3RO gewerkt.

Inzoomend op de onderzoeksperiode, ligt het aantal door de rechter opgelegde gevangenisstraffen en voorwaardelijke sancties in 2015 circa 5% lager dan in 2006 en het aantal opgelegde tbs-maatregelen en (zoals gezegd, gewijzigde en mogelijk onvolledig geregistreerde) bijzondere voorwaarden zelfs ruim 40% lager. De fluctuaties in de opgelegde sancties maken aannemelijk dat ook de omvang van de (potentiële) fz-populatie in de onderzoeksperiode varieert. Figuur 6.3 gaat in op de ontwikkeling van het aantal (potentiële) personen per doelgroep, te weten het aantal gedetineerden, onder reclasseringstoezicht gestelden³⁵¹ en bijzondere voorwaarden met fz, en op de (manifeste) populatie ter beschikking gestelden die in een jaar in een FPC aanwezig zijn geweest. Tabel B.14 bevat de onderliggende en aanvullende (financiële) gegevens waarop later in deze paragraaf wordt ingegaan.³⁵²

Uit figuur 6.3 (en onderliggende tabel B.14) valt op te maken dat het aantal gedetineerden dat op jaarbasis in een gevangenis belandt in de onderzoeksperiode daalt van bijna 45.000 naar ruim 38.000 (-14%).³⁵³ Het aantal ter beschikking gestelden die met dwangverpleging in een

(waaronder relatief vaker voorwaardelijke sancties, zoals ook uit tabel B.13 is op te maken, en relatief vaker specificatie van voorwaarden, zie hierna). (Smit, Kuin, Meijer & Homburg, 2018, pp. 1, 2, 52).

350. Tot en met 2011 worden in OBJD als categorieën bijzondere voorwaarden bijna uitsluitend 'zich gedragen naar aanwijzingen van hulpverlenende instantie' en 'overig' geregistreerd. Sinds de Wet voorwaardelijke veroordeling en invrijheidsstelling in april 2012 (Stb. 2011, 545; zie subparagraaf 3.3.1.2), worden volgens reclassering, OM en rechterlijke macht de bijzondere voorwaarden concreter en uniformer geformuleerd (Smit et al., 2018, p. 37). Het is niet duidelijk of en in hoeverre dit leidt tot een verschil in het aantal bijzondere voorwaarden vanaf 2012. Vergelijking van het aantal bijzondere voorwaarden met fz, afkomstig van de OBJD, met onderzoek op basis van reclasseringsgegevens in de periode 2012 tot en met 2015 (Smit et al., 2018, pp. 80-81) duiden op onderschatting in OBJD.

351. De gegevens zijn afkomstig van het Integraal reclassering informatiesysteem (IRIS) van de 3RO.

352. Behalve gegevens in verband met analyse van de met de diverse doelgroepen gemoeide kosten (zie paragraaf 5.3) waar hierna op wordt ingegaan, bevat tabel B.14 (in het kader van een gevoeligheidsanalyse van indicatoren) het aantal uitgestroomde gedetineerden en de instroom van toezichtopdrachten. Hieruit valt op te maken dat de ontwikkelingen daarvan in hoofdlijnen vergelijkbaar zijn met de hier gepresenteerde indicatoren.

353. Het aantal unieke personen wijkt hiervan af, omdat iemand meerdere vonnissen in een jaar kan uitzitten. In 2015 bedroeg het verschil circa 18%: de instroom betrof 31.449 unieke personen, bij een totale instroom van 38.446. De uitstroom betrof 32.063 unieke personen, bij een totale uitstroom van 38.881 (DJI, 2016a, p. 96). In eerdere jaren waarover cijfers bekend zijn, lag dit op vergelijkbaar niveau, variërend van 16% in 2009 tot en met 2011 tot 19% in 2014 (Linckens & De Looft, 2010, p. 11; 2011, p. 11; Linckens & De Looft, 2014, p. 15). Voor analyse van de fz-kosten naar doelgroep

Figuur 6.3 (Potentiële) fz-populatie naar doelgroep (2006 t/m 2015)

Bronnen

Instroom gedetineerden en ter beschikking gestelden aanwezig in fpc's: DJI (in: Criminaliteit en rechtshandhaving 2016, <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2017/41/criminaliteit-en-rechtshandhaving-2016>); reclasseringstoezicht: 3RO (IRIS)

FPC verblijven daalt van ruim 1.800 in 2006, na een aanvankelijke stijging naar ruim 2.100 in 2009 en 2010, naar circa 1.650 in 2015 (-9%). Het aantal (unieke) personen onder reclasseringstoezicht stijgt in dezelfde periode van circa 13.800 naar circa 16.600 (21%). Uit de onderliggende tabel B.14 blijkt dat het aantal toezichtopdrachten iets sterker stijgt van circa 14.500 in 2006 naar bijna 18.000 in 2015 (23%). De volumeontwikkelingen van de potentiële fz-populatie, dat wil zeggen de daling van het aantal gedetineerden met 14% en de toename van het aantal overige forensische patiënten met 21%, blijft sterk achter bij de ruime verdubbeling van productiekosten bij beide doelgroepen (figuur 5.2 en tabel B.14).³⁵⁴ De ontwikkeling van het aantal toezichtopdrachten waarin fz als bijzondere voorwaarde is opgelegd, in verband met specificatie daarvan in regelgeving pas vanaf 2012 als zodanig

heeft het werken met totale in- of uitstroomgegevens de voorkeur, omdat deze evenmin betrekking hebben op unieke personen.

354. Zie paragraaf 5.3 voor een toelichting op de (onderschatting van) de productiekosten van PPC's en dus ook gedetineerden in 2006 en 2009.

bekend (subparagraaf 3.3.1.2), verdubbelt in de periode 2012 tot en met 2015 ruimschoots van circa 4.500 naar circa 9.400, en is daarmee juist veel sterker dan de toename van de productiekosten voor overig forensische patiënten met 27% in dezelfde periode. De daling van de (manifeste) populatie ter beschikking gestelden in de onderzoeksperiode met 9% gaat gepaard met een kostenstijging van 11% en vertoont, ook wat patroon betreft – stijgend tot en met 2010 en daarna dalend – relatief een minder afwijkende ontwikkeling van volume en kosten.

Ten opzichte van het totale aantal toezichtopdrachten, neemt het aandeel toezichtopdrachten met fz in de periode 2012 tot en met 2015 verhoudingsgewijs toe van 29% naar 53%. Tabel B.15 bevat het aantal bijzondere voorwaarden in de gehele onderzoeksperiode, gespecificeerd naar het door 3RO als toezichtvariant aangeduide strafrechtelijk kader. Daaruit valt op te maken dat het totale aantal toezichtopdrachten bij vrijwel alle toezichtvarianten sterk stijgen, met uitzondering van penitentiaire programma's en/of elektronisch toezicht (in 2015 33% lager dan in 2006) en voorwaardelijke veroordelingen (in 2015 9% lager dan in 2006).³⁵⁵

Tabel 6.16 zoomt in op de toezichtvarianten met fz in bijzondere voorwaarden in de periode 2012 tot en met 2015. De tabel laat zien dat het aantal toezichtopdrachten met fz in bijzondere voorwaarde(n) in de periode 2012 tot en met 2015 bij alle toezichtvarianten (sterk) stijgen, zowel absoluut als verhoudingsgewijs. Fz wordt het meest en steeds vaker in het kader van bijzondere voorwaarde(n) toegepast bij een voorwaardelijke veroordeling, schorsing van preventieve hechtenis en voorwaardelijk sepot.

355. De ontwikkeling van het aantal reclasseringstoezichten (tabel B.15) vraagt om analyse in het licht van ontwikkelingen in het sanctiebeleid (zoals invoering van het forensisch psychiatrisch toezicht, (VenJ, 2011), de voorwaardelijke invrijheidsstelling en strafbeschikkingen door de OvJ, de Wet voorwaardelijke sancties (Stb. 2011, 545), en aanpassing van detentiefasering en elektronische detentie (TK, 2013-2014a, p. 65; 2014-2015b, p. 63), maar valt buiten het bestek van dit onderzoek. Wat het het lagere totale aantal voorwaardelijke veroordelingen, gelet op de invoering in 2012 van en het genoemde daaraan voorafgaande programma Justitiële voorwaarden. Bij beschouwing van betreffende reeks in tabel B.15 blijkt echter dat het aantal voorwaardelijke veroordelingen in de periode 2006 tot en met 2011 daalt (van 9.800 naar 7.800) en vanaf 2012 weer stijgt tot 8.900 in 2015, hetgeen (meer) in lijn der verwachting is.

Tabel 6.16 Toezichtopdrachten met fz in bijzondere voorwaarde(n) naar toezichtvariant en instroomjaar in aantal en % (2012 t/m 2015)

	Aantal toezichtopdrachten fz				Aandeel toezichtopdrachten fz			
	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015
PIJ/TBS	114	192	323	329	31%	33%	46%	44%
PP en/of ET	87	162	249	250	9%	16%	27%	27%
Schorsing preventieve hechtenis	782	1.024	1.385	1.516	19%	26%	34%	38%
Strafbeschikking met gedragsmtrgl	0	0	0	6	0%	0%	0%	32%
Voorwaardelijke invrijheidsstelling	207	351	410	439	32%	48%	53%	59%
Voorwaardelijk sepot	327	580	741	696	31%	33%	49%	50%
Voorwaardelijke veroordeling	2.979	4.351	5.594	5.846	36%	51%	62%	65%
Voorwaardelijke gratieverlening	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%
Overig	60	108	264	309	17%	27%	38%	27%
Totaal toezichtopdrachten met fz	4.556	6.768	8.966	9.391	29%	40%	50%	53%

Bron

3RO (IRIS)

Legenda

PIJ: plaatsing in justitiële jeugdinrichting; PP: penitentiair programma; ET: elektronisch toezicht; gedragsmtrgl: gedragsmaatregel. Het aandeel toezichtopdrachten fz is het percentage ten opzichte van het aantal toezichtopdrachten van betreffende toezichtvariant (zie tabel B.15)

Voorgaande bevindingen maken duidelijk dat de omvang van de (potentiële) fz-populatie fluctueert vanwege ontwikkelingen in de opsporing, vervolging en berechting van criminaliteit, al dan niet in samenhang met veranderingen in beleid of regelgeving. De volumeontwikkelingen in de potentiële fz-populatie bieden geen verklaring voor de ontwikkeling van de productiekosten voor gedetineerden en overige forensische patiënten. De daling van de (manifeste) populatie ter beschikking gestelden biedt evenmin een verklaring voor de stijging van de productiekosten, al is bij deze doelgroep sprake van een relatief minder groot verschil in ontwikkeling tussen beide.

Tot slot wordt ingegaan op de relatieve kostenontwikkeling per doelgroep. Figuur 6.4 laat zien in hoeverre de geconstateerde ontwikkelingen in de verschillende fz-populaties gelijke tred houden met de fz-kosten per doelgroep. De figuur (en onderliggende tabel B.14) toont dat de aan de doelgroepen toe te rekenen kosten in de onderzoeksperiode relatief sterk stijgen per opgelegde sanctie (153%), ingestroomde gedetineerde (271%) en onder reclasseringstoezicht gestelde (196%). De kosten per ter beschikking gestelde stijgen eveneens, maar relatief veel minder sterk (22%). Vergelijkbare ontwikkelingen zijn te zien wanneer andere indicatoren worden gebruikt (zoals uitstroom gedetineerden, toezichtopdrachten reclassering en, in andere orde van grootte, intra- en extramurale ofz in plaats van totale ofz-kosten). De enige uitzondering, niet zichtbaar dus in figuur 6.4, betreft de daling van de productiekosten per toezichtopdracht met fz als bijzondere voorwaarde. De met ofz samenhangende productiekosten dalen per toezichtopdracht met fz in bijzondere voorwaarde(n) van ruim € 42.000 in 2012 naar bijna € 26.000 in 2015 (-39%) en van ruim € 12.000 naar circa € 7.500 in dezelfde periode wanneer enkel de extramurale ofz-kosten worden toegerekend (-38%).

Figuur 6.4 Fz-kosten per sanctie, gedetineerde, ter beschikking gestelde en onder reclasseringstoezicht gestelde (2006 t/m 2015)

Bronnen

Opgelegde sancties: WODC (OBJD); instroom gedetineerden en ter beschikking gestelden aanwezig in fpc's: DJI (Criminaliteit en rechtshandhaving 2016, <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2017/41/criminaliteit-en-rechtshandhaving-2016>; reclasseringstoezicht: 3RO (IRIS)

De bevindingen in deze paragraaf samenvattend wordt geconcludeerd dat in 2015, tenzij anders aangegeven in vergelijking met 2006, sprake is van:

- minder door de rechter opgelegde sancties (-30%);
- minder door de rechter opgelegde voorwaardelijke sancties (-5%);
- groter aandeel voorwaardelijke sancties (+35%);
- minder door de rechter opgelegde gevangenisstraffen (-5%);
- minder door de rechter opgelegde tbs-maatregelen (-42%);
- meer toezichtopdrachten reclassering (+23%);
- minder gedetineerden (-14%);
- minder ter beschikking gestelden (-9%);
- meer onder reclasseringstoezicht gestelden (+21%);
- meer toezichtopdrachten met fz, vergeleken met 2012 (+106%).

De volumeontwikkelingen in de fz-populaties verklaren de ontwikkeling in fz-kosten per doelgroep niet (gedetineerden en overige forensische patiënten) of hooguit gedeeltelijk (ter beschikking gestelden). Uitgedrukt per opgelegde sanctie, ingestroomde gedetineerde, onder reclasseringstoezicht gestelde en (in mindere mate) ter beschikking gestelde zijn de toe te rekenen kosten in de onderzoeksperiode relatief sterk gestegen (respectievelijk met 153%, 271%, 196% en 22%). De enige daling betreft de ofz-uitgaven uitgedrukt per toezichtopdracht met fz als bijzondere voorwaarde (-39% lager dan in 2012).

6.3.2 Registratie- en implementatie-effecten

De ontwikkelingen in het fz-volume kunnen, behalve met de hiervoor beschreven veranderingen in (potentiële) fz-populatie, daarnaast (gedeeltelijk) samenhangen met registratie- en/of implementatie-effecten.

Wat mogelijke registratie-effecten betreft gaat het om de vraag of de volume- en productiekostenontwikkelingen in de fz zoals geconstateerd in paragrafen 5.2, 5.3 en 5.8 en subparagraaf 6.3.1, (enkel) duiden op reële veranderingen in de werkelijkheid of (deels) samenhangen met verschillen in de mate van registreren. Eerder is beschreven dat, met uitzondering van FPC's, fz in 2006 nog niet als zodanig werd geregistreerd en achteraf in beeld is gebracht (Jongebreur & Goedvolk, 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008; Van Gemmert & Valstar, 2008) en daardoor minder betrouwbaar is dan in latere jaren (zie subparagraaf 4.5.1). Vanaf 2008 gaat het om gegevens op grond waarvan fz-instellingen door DForZo financieel zijn afgerekend en vanwege het belang ervan voor beide partijen betrouwbaar kunnen worden geacht.³⁵⁶ De mogelijkheid dat niet alle zorginstellingen die fz leverden DForZo in plaats van de zorgkantoren als nieuw loket wisten te vinden, is in de vorm van een stelling (A in tabel 6.17) voorgelegd aan respondenten die hier zicht op kunnen hebben (sturende actoren, brancheorganisaties en NZa).

Wat implementatie-effecten betreft, wordt hier ingegaan op de vraag of zich vertragingen (kunnen) hebben voorgedaan, waardoor effecten niet onmiddellijk maar pas op langere termijn zichtbaar worden. In subparagraaf 3.3.1 is beschreven dat de wetgever ervoor heeft gekozen om het fz-budget in 2007 bij Justitie onder te brengen, voorafgaand aan het hiervoor benodigde wetgevingsproces. Na de overheveling moest de inkoopfunctie nog worden ingericht, procedures voor indicatiestelling, plaatsing en bekostiging worden bepaald en bijbehorende informatiesystemen worden ontwikkeld. Dit vond tussen 2007 en 2009 plaats in het kader van het programma Vernieuwing Forensische Zorg (TK, 2006-2007a, 2007-2008a, 2009-2010c). Hoewel aanloopproblemen hierdoor niet zijn uit te sluiten, is dit in dit onderzoek ondervangen door niet op de eerste jaren na de stelselwijziging in te zoomen, maar de situatie aan het einde van de onderzoeksperiode te vergelijken met die aan het begin. In interviews is aangegeven dat het niet om kinderziektes, maar om de (structurele) effecten op langere termijn gaat.

Wat het doorwerken van effecten op langere termijn betreft, is relevant dat de Wfz, gezien als sluitstuk van de stelselwijziging, vanwege diverse vertragingen pas in januari 2018 door de Eerste Kamer is aanvaard en in 2019 in werking is getreden. Hiermee krijgt de NZa

356. Volgens de NZa kan bij de schaduwboekhouding in het kader van de overgang naar prestatiebekostiging registratie(on)volledigheid een rol spelen: "omdat het budget [de parameters die ten grondslag liggen aan de in hoofdstuk 5 gepresenteerde gegevens] nog voor 95% leidend is, kan voor aanbieders de prikkel ontbreken om de DBBC-administratie goed op orde te hebben. Dit is echter moeilijk te meten en zal hooguit de positieve transitiebedragen verklaren. Immers bij een negatief transitiebedrag, dus als de DBBC-omzet hoger is dan het budget, mag je aannemen dat het aan de volledigheid van registreren niet mankeert." (NZa, 2015b, p. 12)

ook vraag. . . heeft ook te maken met verandering in hoe naar justitiabelen wordt gekeken." (SA2)

- "Harde cijfers ontbreken maar het is aannemelijk dat sprake is van een registratie-effect, dat gebeurt bij elke transitie: 10-20% van klanten krijg je niet goed in beeld. Er was sprake van budgetfinanciering (dus niet per zaak of patiënt) en fz/ strafrechtelijke zorg werd voor stelselwijziging niet geregistreerd." (OA)
- "Het registratie-effect heeft zich voorgedaan, maar is verwaarloosbaar ten opzichte van totale fz-budget." (OA)
- "Geen beeld van registratie-effect direct na stelselwijziging. Wel is sprake van een registratie-effect bij de invoering van DBBC's." (OA)
- "Geen zicht op . . . Er is een belang bij instellingen om bekostiging bij juiste potje te declareren." (OA)

Op grond van het voorgaande wordt geconcludeerd dat een registratie-effect direct na de stelselwijziging fz vanwege verandering van het loket van bekostiging niet valt uit te sluiten, maar vermoedelijk (hooguit) relatief beperkt van omvang is geweest vanwege het belang dat zorginstellingen hebben (hadden) om de door hen geleverde zorg vergoed te krijgen. Enkele reacties duiden daarnaast op een sterkere manifestatie van de latente behoefte aan fz en de invloed die indicerende organisaties, zoals de reclassering, hierop hebben, alsook op de vraag of zorg als fz wordt aangemerkt. Voor zover dit verder reikt dan toevallige incidenten wordt dit, ondanks relevante gevolgen voor volume en kosten van fz, niet als registratie-effect opgevat, maar als indicatie voor beïnvloedbaarheid van de instroom in de fz door organisaties in de strafrechtketen.

Respondenten die geen verandering van sturing van DForZo verwachten na inwerkingtreding van de Wfz, geven voornamelijk aan dat het hierbij om een formalisatie van de sinds 2007 gegroeide praktijk gaat:

- "Wfz probeert in het kader van sturing te realiseren dat er geen subsidierelatie meer bestaat tussen instellingen en Justitie, maar een inkooprelatie. Je zou verwachten dat inwerkingtreding substantieel invloed heeft. Heeft eigenlijk alleen gevolgen voor tbs-instellingen, want alleen daar verandert de aard van de sturingsrelatie. Maar DForZo probeert dat al vanaf 2007 ook bij tbs-veld toe te passen (het veld uniform als inkoopconstructie benaderen)." (SA2)
- "Geen wijziging in sturing door DForZo als gevolg van Wfz, omdat dit formalisatie IBfz betreft (wel andere wijzigingen)." (SA1)
- "Voor de sturing door DForZo verandert er niet veel, omdat DForZo in de praktijk al afspraken maakt met het veld op grond van het Ibzf." (UA1)
- "Verwacht geen substantiële wijzigingen in sturing door DForZo." (UA1)
- "Bij de sglvg-doelgroep heeft instelling met Wzd, Wvggz, Wfz te maken (verschillende kwaliteitsindicatoren waaraan instelling allemaal moet voldoen, groot verschil in filosofie). De hoop is dat fz-instelling na inwerkingtreding van Wfz met betrekking tot forensische populatie alleen nog met Wfz te maken heeft. Is nog onduidelijk hoe dit gaat uitpakken, wordt nog besproken met geneesheer-directeuren." (UA1)

Respondenten die wel een verandering van sturing door DForZo verwachten, onderkennen dat grote veranderingen zich reeds hebben voorgedaan, maar wijzen op meer risico's voor met

name particuliere FPC's (in samenhang met een wijziging van de Aanbestedingswet 2012)³⁵⁷ en op een mogelijke verandering van instroom (in samenhang met invoering van de Wvggz):

- "Wfz [heeft gevolgen] voor particuliere tbs-instellingen omdat zij dan ook onder Europese aanbestedingsregels vallen. Er kan een partij opstaan die deze zorg wil leveren. . . De subsidierelatie vervalt en wordt inkooprelatie. Er werd gedaan alsof het inkoop was, maar dat was het feitelijk niet. Bij sluiting kan Justitie een tbs-instelling niet meer sluiten. Bij sluiting Oldenkotte zijn frictiekosten betaald, dat hoeft in de toekomst niet meer. Dat is voor private FPC's heel spannend. . . Als in de toekomst de scheidslijnen rijk en particulier strikter gehanteerd moeten worden onder invloed van aanbestedingsregels, dan kunnen particuliere fz-instellingen een gelijk speelveld eisen. Aan de andere kant moet het voor een rijksinstelling mogelijk blijven om eigen zorgaanbod te gaan ontwikkelen (er is behoefte aan, omdat er geen gegarandeerde plek is voor uitstroom)." (SA2)
- "De grote veranderingen hebben zich al voorgedaan dankzij het Ibzf. Verschil voor instellingen is dat zij tot nu toe nauwelijks mogen reserveren. Rijksinstellingen mochten 5%, particuliere instellingen 10% reserveren. Die beperking gaat verdwijnen, waardoor risico's ook meer bij instelling komen te liggen. De huidige subsidierelatie wordt opgeheven. Nu geldt nog dat geld wat over is, terug moet." (UA1)
- "Als de Wfz er is, dan is de afstemming [met de Wvggz] hopelijk goed doordacht, waardoor de aansturing tussen forensische en gedwongen reguliere zorg meer samenhang vertoont. Betekent hoe dan ook administratieve last." (UA1)
- "Veranderde sturing in verband met Wfz [en Wvggz] vanwege de verwachting dat fz-instellingen meer invloed krijgen om te kijken welke plek de beste zorg biedt vanwege scheiding van titel en bed: hierdoor ontstaan mogelijkheden om meer patiënten de juiste zorg te bieden (mensen met andere titel kunnen ook in forensisch bed komen en forensische patiënten kunnen makkelijker in regulier bed terecht komen)." (UA1)
- "Vanwege schakelartikel kan OvJ/ rechter gedwongen maatregel opleggen aan fz-cliënt die dan overgaat naar reguliere zorg. Gevolgen voor in-, door- en uitstroom. Verwachting van groei instroom; omvang en financiering onduidelijk." (UA2)

Ook andere respondenten gaan (in ander verband) in op onzekerheden en mogelijke gevolgen van de aanbestedingsprocedure die vanaf 2018 verplicht is gesteld en op de invoering van de Wvggz in 2020 die daarmee buiten de onderzoeksperiode vallen:

- "Spannend wat komende jaren gaat gebeuren door aanbestedingsregels, wat betreft ruimte om een behandelinhoudelijk gesprek te voeren met fz-instelling. Dat lijkt een verlies." (SA2)
- "De gevolgen van de aanbesteding zijn niet goed te voorspellen en worden nu onderzocht. De implementatie is al lastig genoeg, laat staan de gevolgen in te schatten. . . Door toestroom van andere zorgaanbieders ontstaat een risico in de continuïteit van zorgaanbod. Vergelijk thuiszorg: als een andere organisatie wordt aanbesteed, dan volgt een transitiefase. Hoe organiseer je dat? Via inkoop kunnen eisen worden gesteld, maar dat moet dan wel allemaal worden geformuleerd." (SA2)
- "Huidige stap naar aanbesteding (in 2018) heeft daarom ook niet te onderschatten gevolgen. Dat kan betekenen dat over vijf jaar positie van DForZo is afgebroken." (SA2)

357. Vanwege een wijziging van de Aanbestedingswet 2012 (Stb. 2016, 241) is in 2018 het "verlichte regime" dat van toepassing was op de inkoop van fz komen te vervallen (DJI, 2018).

- "Vanaf 2018 is de zeggenschap van DForZo weg in verband met aanbestedingsprocedures." (UA1)
- "Na aanbesteding (2018) heeft fz-instelling meer zeggenschap over omvang productie. Als je de zorg mag leveren, dan zit er geen max aan het aantal uren." (UA1)
- "Justitie bepaalt. Aanbesteding levert risico's op voor bedrijfsvoering: geen zekerheid door aanbesteding." (UA1)
- "Na 2015 is er minder zekerheid voor instelling om het productaanbod te plannen: de aanbestedingsprocedure is niet duidelijk, erg ingewikkeld en heeft bureaucratische risico's." (UA1)
- "Het kerndoel van de stelselwijziging was continuïteit van zorg te realiseren. De hoop is dat beide wetten [Wfz en Wvggz] daaraan een bijdrage leveren." (UA1)
- "Als dwang en drang door OvJ kan worden opgelegd, dan hebben Justitie (met name de beleidsdirectie op het kerndepartement en partijen in de strafrechtstketen) op individueel casusniveau meer invloed/ zeggenschap op de instroom in onvrijwillige zorg via wetgeving." (UA1)

Opgemerkt wordt dat, behalve de NZa zelf (zie paragraaf 5.7), niet wordt gewezen op (mogelijke effecten vanwege) het verkrijgen van handhavende bevoegdheden van de NZa bij de inwerkingtreding van de Wfz.

Conclusies:

- Het registratie-effect samenhangend met verandering van het loket voor zorgaanbieders na de stelselwijziging fz is (hooguit) relatief beperkt. De invloed die indicerende organisaties in de strafrechtstketen hebben op het manifest maken van de latente behoefte aan fz mogelijk meer invloed op het fz-volume;
- De inwerkingtreding van de Wfz wordt door respondenten voor een belangrijk deel gezien als voortzetting van de sinds 2007 gegroeide praktijk. Wel krijgt de NZa handhavende bevoegdheden. In de toekomst (buiten de onderzoeksperiode) zijn mogelijk veranderingen in de relatie tussen zorginkoper en fz-instellingen te verwachten (in verband met de verplichte aanbestedingsprocedure vanaf 2018) en wordt een verandering van instroom verwacht (vanwege invoering van de Wvggz in 2020).

6.3.3 Loon- en prijsbijstellingen

Na voorgaande beschouwingen van (alternatieve) verklaringen voor volume-ontwikkelingen in de fz, wordt in deze paragraaf ingegaan op de invloed van prijsstijgingen op de financiële kaders (kosten en tarieven) van fz in de onderzoeksperiode. Fz-instellingen (en daarmee de fz-productie) hebben vanwege cao-afspraken immers te maken met stijgende loonkosten en vanwege overige prijsstijgingen met toenemende materiële kosten en kapitaallasten. De NZa indexeert haar (maximum)tarieven jaarlijks. Wat personele kosten betreft gebeurt dit op basis van het door VWS vastgestelde percentage in verband met de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling. Voor de materiële kosten wordt het prijsindexcijfer particuliere consumptie van het Centraal Planbureau gebruikt.³⁵⁸ Doordat de verkregen

358. Bron: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/veelgestelde-vragen/prijsindexcijfers>, geraadpleegd augustus 2018. Daarnaast indexeert de NZa kapitaallasten: voor de 'normatieve huisvestingscomponent' geldt gedurende de overgangperiode

zorginkoopgegevens niet zijn onderscheiden naar loonkosten en materiële kosten, wordt hier met een gewogen gemiddelde tussen beide gewerkt. Voor de weging wordt uitgegaan van de NZa-normering volgens de (DBBC) systematiek waarin loonkosten voor 85% en materiële kosten voor 15% meewegen. Twee varianten hierop leiden overigens tot vrijwel dezelfde bevindingen (zie paragraaf B.4.3 en tabel B.16). Tabel 6.18 toont de ontwikkeling van de genormeerde loonkosten en materiële kosten en daarvan af te leiden jaarlijkse gemiddelde en cumulatieve effecten.

Tabel 6.18 Normatieve groei personele en materiële kosten (2006 t/m 2015)

Jaar	Personele kosten	Materiële kosten	Gewogen gemiddelde*
2006	0,84%	2,47%	1,08%
2007	2,42%	1,51%	2,28%
2008	4,07%	2,68%	3,86%
2009	3,42%	0,87%	3,04%
2010	1,75%	-0,31%	1,44%
2011	3,11%	1,98%	2,94%
2012	2,95%	2,41%	2,87%
2013	2,64%	2,88%	2,68%
2014	1,94%	1,04%	1,81%
2015	0,08%	0,32%	0,12%
Gemiddelde jaarlijkse stijging	2,32%	1,59%	2,21%
Cumulatieve stijging (2006=100)	125	114	123
Cumulatieve stijging (2009=100)	113	109	112

Bronnen

Nza (<https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/veelgestelde-vragen/prijsindexcijfers>; geraadpleegd augustus 2018)

Legenda

* Weging volgens DBBC/OVP: 85% loon- en 15% materiële kosten (Nza BR/FZ-0009)

Tabel 6.18 laat zien dat de (genormeerde) personele kosten in de onderzoeksperiode jaarlijks gemiddeld 2,3% stijgen en de (genormeerde) materiële kosten 1,6%. De gewogen jaarlijkse stijging komt uit op 2,2%. In 2015 zijn de (genormeerde) kosten hierdoor 23% hoger dan in 2006 (12% hoger dan in 2009).

De ontwikkeling van de productiekosten en tarieven per type fz, doelgroep en domein (hoofdstuk 5) kan worden vergeleken met deze prijsstijgingen of daarvoor worden gecorrigeerd. In paragraaf 5.4 kwam naar voren dat de gemiddelde ofz-tarieven op zorgcodeniveau in 2015 nominaal 8% hoger liggen dan in 2006 (16% hoger dan in 2009); rekening houdend met loon- en prijsbijstellingen is in reële termen sprake van een daling van 15% ten opzichte van 2006 (stijging van 4% ten opzichte van 2009). De tarieven op zorgcodeniveau zijn in 2006 echter beperkt vergelijkbaar met latere jaren (paragraaf 5.4). In tabel 6.19 worden om die reden de ontwikkeling per fz-domein van de nominale

(2013 tot en met 2017) een vaste index van 2,5%. Zorgaanbieders die voor 2013 forensische verblijfszorg leverden, gaan stapsgewijs over op deze normatieve vergoeding voor huisvesting (BR/FZ-0025). De vertekening van tarieven is daardoor relatief beperkt.

productiekosten en de nominale gewogen gemiddelde tarieven (paragraaf 5.8) vergeleken met de voor deze prijsstijging gecorrigeerde reële ontwikkeling daarvan. Het gewogen gemiddelde tarief voor intramurale ofz wordt daarbij, net als in tabel 5.20, uitgedrukt in aantal behandel- en begeleidingsdagen. Voor de extramurale ofz wordt het aantal behandelcontacten gepresenteerd, als bekostigingsgrondslag met het grootste aandeel in de productiekosten. Tabel B.17 bevat de reële tariefsontwikkeling van de bekostigingsgrondslagen in de onderzoeksperiode op jaarbasis (voor nominale ontwikkeling zie tabel 5.19).

Tabel 6.19 Nominale en reële ontwikkeling productiekosten en tarieven per fz-domein in 2015 in indices (basisjaren 2006 en 2009)

	FPC	PPC	Intramurale OFZ	Extramurale OFZ
<i>Productiekosten fz</i>				
Nominale ontwikkeling (2006=100)	111	266	364	449
Nominale ontwikkeling (2009=100)	87	402	218	192
Reële ontwikkeling (2006=100)	90	216	296	365
Reële ontwikkeling (2009=100)	77	357	194	171
<i>Tarieven fz (gewogen gemiddelde)</i>				
Nominale ontwikkeling (2006=100)	118	228	98	92*
Nominale ontwikkeling (2009=100)	115	126	95	99*
Reële ontwikkeling (2006=100)	96	185	80	74*
Reële ontwikkeling (2009=100)	102	112	85	88*

Bronnen

Productiekosten tabel B.11; tarieven tabel 5.19

Legenda

*Behandeling (contacten) als indicator voor extramurale ofz

Tabel 6.19 toont relatief sterk stijgende nominale en reële fz-productiekosten, behalve bij FPC's waarvan de productiekosten in de onderzoeksperiode weliswaar nominaal stijgen maar reëel op vergelijkbaar niveau liggen als in 2006 en ten opzichte van 2009 nominaal en reëel dalen. Wat tarieven betreft is in 2015 ten opzichte van beide peiljaren sprake van een nominale en reële daling van het gewogen gemiddelde tarief in de intra- en extramurale ofz;³⁵⁹ bij FPC's is sprake van een lichte reële daling van het gerealiseerde gewogen gemiddelde tarief ten opzichte van 2006 en van een zeer lichte reële stijging van 2% ten opzichte van 2009. Alleen bij PPC's is ten opzichte van 2006 en 2009 sprake van reëel stijgende tarieven. In 2006 is echter de gemiddelde dagprijs in het gevangeniswezen als tarief gehanteerd en om die reden niet goed vergelijkbaar met latere jaren. Vanaf 2009 heeft het tarief weliswaar enkel betrekking op PPC's, maar kunnen (in de loop van de jaren verschillende) DJI-brede overheadkosten het beeld vertroebelen (zie tabel 5.4). In subparagraaf 7.2.5 wordt in het kader van doelmatigheid verder op de ontwikkeling in reële tarieven ingegaan.

359. Ook bij het aantal begeleidingsuren, de andere financieel belangrijke indicator voor extramurale ofz, is vergeleken met 2006 en 2009 sprake van reëel dalende tarieven (zie tabel B.17)

6.3.4 (Vergelijkbaarheid) ontwikkelingen reguliere zorg

In deze subparagraaf wordt, mede met het oog op (toetsing van) het equivalentiebeginsel, nagegaan of en in hoeverre ontwikkelingen met betrekking tot de kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van fz vergelijkbaar zijn met die in de reguliere zorg. Het is, in het kader van onderhavig onderzoek, echter niet doenlijk om een beeld te verkrijgen en te geven van dé ontwikkelingen in de ggz, vgz en vz. Om die reden is ervoor gekozen om de vergelijkbaarheid van ontwikkelingen in de fz te bespreken met respondenten (waar mogelijk met triangulatie van bronnen) en de belangrijkste bevindingen uit hoofdstuk 5 te vergelijken met die in reguliere zorg en met name de ggz. Cijfermatige ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid in de periode 2006-2015 worden met accent op het einde van de onderzoeksperiode in beeld gebracht, voor zover mogelijk op basis van rapportages van op zorg gerichte instituten (NZa, RIVM, Trimbos-instituut en Vektis). Achtereenvolgens komt daarmee in deze paragraaf de vergelijkbaarheid van ontwikkelingen in de forensische en reguliere zorg in de onderzoeksperiode aan de orde wat betreft:

- relatie zorginkopers en zorginstellingen;
- transparantie;
- kwaliteit;
- toegankelijkheid;
- kosten;
- doelmatigheid.

De bevindingen worden per thema (subparagraaf) samengevat.

6.3.4.1 Relatie zorginkopers en zorginstellingen

Tabel 6.20 gaat in op de vergelijkbaarheid van ontwikkelingen in de relatie tussen zorginstellingen en -inkopers in de Zvw en de Wlz met die in de fz. Dit is als vraag voorgelegd aan respondenten, voor zover zij bij de start van het gesprek aangaven (ook) zicht te hebben op ontwikkelingen in de onderzoeksperiode in de reguliere zorg.

Tabel 6.20 Vergelijkbaarheid ontwikkelingen forensische en reguliere zorg

Vraag		Respondent	5 4 3 2 1						Gemiddelde	
			Hebben zich in de periode 2008-2015 vergelijkbare ontwikkelingen voorgedaan in de reguliere zorg (Zvw en Wlz) tussen zorginstellingen en zorgkantoren/-verzekeraars [als in fz tussen instellingen en DForZo]?							
			Frequentieverdeling							
			N	++	+	/	-	--		
A	REZ0100[1]. [Zvw]	SA1 SA2								
		UA1 UA2	15	1	4	7	3	0		3.2
		OA1 OA2								
B	REZ0100[2]. [Wlz]	SA1 SA2								
		UA1 UA2	17	0	4	8	4	1		2.9
		OA1 OA2								

Legenda

++ in veel sterkere mate, + in sterkere mate, / vergelijkbaar, - in lichtere mate, -- in veel lichtere mate. *: significante afwijking ten opzichte van (neutrale) score 3 ($P < 0,05$)

Tabel 6.20 laat zien dat respondenten verschillen van mening over de vergelijkbaarheid van ontwikkelingen in de fz enerzijds en de Zvw respectievelijk de Wlz anderzijds. Ongeveer de helft vindt de ontwikkelingen met de fz vergelijkbaar en de andere helft geeft aan dat ontwikkelingen in de reguliere zorg zich in sterkere of juist lichtere mate voordoen dan in de fz. Wat de Zvw betreft, wijzen respondenten op overeenkomstige ontwikkelingen zoals het sluiten van een hoofdlijnenakkoord met de sector, een strakkere regie door zorginkopers, afbouw van bedden, opbouw van ambulante zorg en invoering van bekostigingssystematiek (DBC's en ZZP) en werkwijze (Routine Outcome Monitoring ofwel ROM). Justitie wordt daarbij als volgend gezien:

- "Er zijn (net als bij fz) akkoorden met de sector gesloten. De inhoud van de akkoorden verschilt. Bij de ggz heeft dit betrekking op het inperken van de groei. Gevolg is dat een derde van de bedden wordt opgeheven en dat ambulante fz wordt uitgebouwd. Bij de fz moest vooral de tbs-capaciteit worden afgebouwd." (SA2)
- "De zeggenschap van justitie bij fz is sterker geworden en is gericht op recidivevermindering. De zorgverzekeraars hebben hetzelfde gedaan op een ander thema, namelijk zorgstandaardisatie." (UA1)
- "De financieringsmethodiek werd, met meer of minder moeite, gevolgd door Justitie (DBC's en DBBC's). Justitie heeft wat dat betreft de toezegging waargemaakt om de ontwikkelingen in de reguliere zorg te volgen." (UA1)
- "ROM, zorgduurverkorting, trends in kwaliteit van zorg. Justitie adapteert de werkwijze (DBC's, ZZP's) in reguliere zorg." (UA1)
- "Wat sturing en zeggenschap betreft is het vergelijkbaar: alle zorginkopers trekken touwtjes strakker aan." (UA1)
- "Reguliere zorg loopt in de ontwikkeling voorop, bijvoorbeeld bij beddenafbouw, DBC's, minder betaald, minder bezetting. Justitie volgt meestal." (UA2)

Met betrekking tot de Wlz wijzen respondenten op een met fz vergelijkbare veeleisender sturing door zorgkantoren:

- "De kwaliteitseisen en normeringen daartoe zijn ook bij zorgkantoren toegenomen. De toeleiding is enorm veranderd (hogere drempel vanaf ZZP4 klinisch, voorheen ook ZZP1, ZZP2 of ZZP3). Voorheen konden cliënten tijdelijke indicaties krijgen voor één of twee jaar. Nu gebeurt dat voor het leven. . . Zorgkantoren stellen budgetten beschikbaar en beperken instellingen in aantal hoge indicaties (zorginstellingen krijgt een bepaald aantal bedden per ZZP toegewezen). CIZ geeft minder hoge indicaties . . . Voorheen was bijna alles mogelijk, maar de kaders zijn veel strakker geworden in het kader van beheersing zorgkosten." (UA1)
- "Zeggenschap bij sglvg-instellingen is (anders dan in fz) bij Wlz gelijk gebleven. De kwaliteitsagenda is toegenomen (HKZ-systemen), waardoor de administratieve last ook sterk is toegenomen (dat is vergelijkbaar met fz)." (OA)
- "Zorgkantoren vergoedden op basis van nacalculatie, bij overproductie werd dat vergoed als de zorginstelling dit kon toelichten. Dat kan nu niet meer, ook niet bij de reguliere zorg (zorgverzekeraars)." (OA)

Respondenten die aangeven dat zich in (veel) sterkere mate ontwikkelingen hebben voorgedaan in de Zvw of de Wlz wijzen erop dat zorginstellingen, mede als gevolg van de invoering van de Wmo, met meerdere zorginkopers te maken kregen, die verschillende eisen gingen stellen:

- "In 2014 hebben zorgverzekeraars het representatiemodel aangepast, waardoor afspraken maken [nodig is] met zes grootste zorgverzekeraars in plaats van met een." (UA1)
- "Prettig bij fz is dat er maar één partner is die de zorginkoop regelt. Bij reguliere zorg (Zvw) meer zorginkopers, zorgverzekeraars. Het aantal zorginkopers in de reguliere zorg, in combinatie met de enorme regel- en verantwoordingsdruk is problematisch. De sturing op lengte en intensiteit van behandeling is vergelijkbaar. Bij dure cliënten zijn er vergelijkbare problemen. Justitie loopt achter Zvw aan (bijvoorbeeld bij de ontwikkeling van DBC's). De lastige discussies in de fz zijn in de reguliere zorg niet anders. Eén gesprekspartner (DForZo) is overzichtelijker en voorspelbaarder dan meerdere zorginkopers/ zorgverzekeraars." (UA2)
- "In Zvw zijn zorginstellingen nog meer gebonden aan wat wel en niet mag: wie als regiebehandelaar mag optreden, wat als betaalde zorg wordt gezien, wat zorg(duur) inhoudt, meer verantwoording, meer vastgelegd en geformatteerd. Heeft financiële gevolgen als iemand te weinig gezien wordt. Korting bij [niet inleveren van] ROM-gegevens van € 3-4 mln. De administratie is enorm gegroeid." (UA2)
- "Zorgkantoren zijn in 2015 sterker gaan sturen (overgang naar Wmo). Nu blijkt dat een deel van cliënten eigenlijk in Wlz thuishoort. Zorgkantoren proberen instroom Wlz te beperken, omdat zij financieel verantwoordelijk zijn." (UA1)

Respondenten die aangeven dat ontwikkelingen zich in mindere mate hebben voorgedaan in de Zvw of de Wlz, beoordelen de invloed van DForZo als sterker dan die van zorgverzekeraars, die bovendien pas later strengere eisen gingen stellen:

- "Justitie heeft in de contracten in het begin behoorlijke eisen gesteld, omdat het bij een aantal zorginstellingen volgens hun criteria niet in orde was (Justitie wist wat ze wilde). Zorgverzekeraars vonden het moeilijk om contracten op te stellen, moesten met iets nieuws beginnen . . . gingen pas later meer sturen op kwaliteit met aanleveren van gegevens. . . In het kader van de Zvw gingen verzekeraars eerst gezamenlijk en later afzonderlijk inkopen, met verschillende vragenlijsten." (SA1)
- "De invloed van zorginstellingen (zeggenschap) lijkt in Zvw-domein groter dan in fz-domein; vergelijkbaar is de hoeveelheid gegevens die moet worden aangeleverd. DForZo vroeg veel eerder gedetailleerde informatie, instellingen schrokken daarvan, maar zorgverzekeraars en -kantoren doen dat inmiddels ook. De rapportage- en verantwoordingsplicht is inmiddels vergelijkbaar." (OA)
- "Sturing in fz is sterker dan in reguliere zorg. DForZo heeft een dominante sturende rol in de organisatie van fz, in vergelijking met de zorgverzekeraars. DForZo probeert fz structureel vorm te geven. Dat kan omdat ze de enige partij zijn. Zorgverzekeraars . . . laten meer aan partijen over. Zij zijn vooral sturend op financiën. . . DForZo bepaalt het tarief. Dat is anders in de reguliere zorg." (OA)
- "Justitie heeft een veel sturender positie ten opzichte van het veld dan zorgkantoren hebben en hadden." (OA)
- "Bij de AWBZ/ Wlz is de rol van zorgkantoren afgenomen en die van gemeenten toegenomen, die eisen in mindere mate zeggenschap dan in de fz." (UA1)
- "Ontwikkelingen in de Wlz zijn gematigder (meer constant) dan in fz." (UA1)
- "Wlz brengt nodige bureaucratie met zich mee, minder dan fz." (UA2)

Tot slot wijzen respondenten op enkele andere verschillen, die voor een belangrijk deel (meer centrale sturing, minder equivalentie) eerder aan de orde kwamen:

- "Er is weliswaar sprake van verwantschap met Zvw wat betreft techniek (NZa-tarieven, DBBC-systematiek), maar er is in fz een totaal ander ontwikkelritme. Bij fz is steeds meer centralisering, terwijl bij Zvw, jeugdzorg en Wmo veel meer decentraal wordt georganiseerd, met nadruk op marktwerking (Zvw) en lokaal bestuur (Wmo)." (UA1)
- "De paradigma's en ontwikkelrichtingen van forensische en reguliere zorg verschillen en gaan verder uit elkaar. Fz is gericht op het verminderen van recidive en vergroten van de veiligheid van de maatschappij. In de reguliere zorg is de ontwikkeling in de richting van meer autonomie en herstel van de patiënt, zonder toepassing van dwang en drang." (UA1)
- "Rol van IGZ is vrij scherp bij Wlz als het gaat om eigen regie van cliënten tot wanhoop van zorgaanbieders (publieke verontwaardiging bij inperking van eigen regie). Dat leidt tot doorstroom naar gesloten zorg. Omgekeerde ontwikkeling bij Justitie." (OA1)
- "Wat opvalt is dat in de reguliere zorg veel meer discussies hebben plaatsgevonden over de betaalbaarheid van zorg en de financieringsmethodiek." (UA1)

Samenvattend verschillen respondenten van mening over de vergelijkbaarheid van ontwikkelingen in de fz met die in de Zvw en de Wlz. Een deel wijst op overeenkomsten zoals het sluiten van een akkoord met de sector, het afbouwen van bedden en opbouwen van ambulante zorg (zie substitutie hierna) en het invoeren van een vergelijkbare bekostigings- en monitoringssystematiek. Anderen hebben, mede vanwege verschillen in populatie, problematiek en context van de fz-instelling waartoe zij behoren, verschillende ervaringen met betrekking tot verandering van sturing. In bepaalde opzichten wordt VWS (terecht, zo blijkt na triangulatie)³⁶⁰ als voorloper gezien (de introductie van bekostiging op basis van DBC's en ZZP's en van de ROM-methodiek); enkel de (niet te trianguleren) strakkere sturing ervaren respondenten eerder en (sommigen sterker) in de forensische dan in de reguliere zorg. Een belangrijk verschil met de fz is het gegeven dat instellingen in de reguliere zorg te maken hebben met meerdere zorginkopers (zorgverzekeraars en -kantoren) en gemeenten, waardoor zij meerdere inkooprelaties moeten onderhouden met daarbij horende verschillen in (verantwoordings- en kwaliteits)eisen.

6.3.4.2 Transparantie van zorg

Wat transparantie van zorg betreft, is aan de NZa-vertegenwoordiger gevraagd of deze in de fz vergelijkbaar is met die van de reguliere zorg (EFF0210). Vanuit het perspectief van de zorginkoper is volgens betrokkene sprake van vergelijkbare transparantie, maar vanuit het perspectief van de patiënt acht deze de fz minder transparant:

"Feit is dat de rechtspositie van fz-cliënt een andere is dan die van reguliere cliënt. Daarmee hangt samen dat verplichtingen voor partijen anders liggen. Deze rechtspositie is vormgegeven in wettelijk kader, door VenJ."

360. In de ggz is bekostiging op grond van de DBC-systematiek in 2013 ingevoerd, na een overgangsperiode voor gebudgetteerde instellingen die in 2008 al ggz leverden (NZa, 2014a, p. 13). In de fz werd in 2013 gestart met schaduwboekhouding en vindt vanaf 2016 (volledige) bekostiging plaats op grond van DBBC's (NZa, 2015a, p. 81, zie ook paragraaf 3.3.2). Verblijf in langdurige ggz wordt sinds 2010 bekostigd in ZZP's (NZa, 2012a, p. 20). In de fz vindt bekostiging op basis van ZZP's vanaf 2015 plaats (NZa, 2015a, p. 81). Het ontwikkelen van ROM-informatie is in paragraaf 5.5 besproken en komt bij de vergelijking van transparantie in de reguliere zorg hierna verder aan de orde.

Op grond van verschillende indicatoren en bronnen valt iets over het bevorderen van transparantie van (kwaliteit van) zorg te zeggen en over de wijze waarop patiënten en hun omgeving hierbij worden betrokken. Zo is eind 2013 in de ggz in samenwerking met beroepsverenigingen van psychiaters en psychologen en patiënten-/ naastenplatform MIND het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling opgericht, waarin "patiënten, naasten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samenwerken in hun streven naar goede, toegankelijke en betaalbare ggz".³⁶¹ Uit de Zorgbalans 2014 van het RIVM komt naar voren dat in de periode 2008-2014 in verschillende "initiatieven van patiëntverenigingen, zorgaanbieders en verzekeraars" is gewerkt aan het genereren van kwaliteitsinformatie. In de ggz en gehandicaptenzorg zijn in het kader van het project 'Zichtbare zorg' prestatie-indicatoren ontwikkeld, worden via de Consumer Quality-index (CQ-index) patiëntervaringen gemeten, via ROM het verloop van de behandeling in ggz-instellingen gevolgd en via Patient Reported Outcome Measures de ervaringen van patiënten over het eigen lichamelijk, mentaal of sociaal functioneren bijgehouden (Van den Berg et al., 2014, pp. 307-335). Via Kiesbeter.nl worden patiënten ondersteund bij het kiezen van een passende zorgaanbieder en via Zorgkaart Nederland kunnen patiënten ervaringen over zorgverleners uitwisselen.³⁶² Daarnaast zijn voor professioneel gebruik op instellingsniveau over 2008 tot en met 2015 kwaliteitsgegevens volgens de Transparantiekalender gepubliceerd via Zorginzicht.nl. De onderzoekers constateren dat discussie bestaat over de gebruiksmogelijkheden van de initiatieven, met name wanneer deze anders dan intern door de instelling worden gebruikt (zoals bij externe verantwoording, vergelijking of bekostiging), vanwege kritiek op onder meer betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid van de gegevens. Ze concluderen dat "de transparantie van kwaliteit nog niet op het voorgenomen niveau is, maar wel degelijk toegenomen" (Van den Berg et al., 2014, pp. 333, 343).³⁶³

In de fz is dit in mindere mate het geval. Eerder is beschreven dat in de fz is gewerkt aan doorontwikkeling van prestatie-indicatoren (als vervolg op 'Zichtbare zorg' zie subparagraaf 5.5.1) en worden instrumenten gebruikt die de voortgang en kwaliteit van zorg monitoren zoals ROM en (onder andere) de CQ-index. Bij de ontwikkeling worden brancheorganisaties, fz-instellingen en beroepsverenigingen betrokken (DJI, 2016b, p. 5), maar patiënt- of familieorganisaties voor zover bekend niet.³⁶⁴ Anders dan in de reguliere zorg, worden inhoudelijke (ROM, CQ-index) gegevens ook niet centraal verzameld en voor patiënten

361. Zie <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/netwerk>, geraadpleegd augustus 2018.

362. Overigens blijken zorggebruikers niet of nauwelijks op basis van kwaliteitsinformatie een zorgaanbieder te kiezen (Van den Berg et al., 2014, p. 328).

363. Ook uit onderzoek van het Kwaliteitsinstituut en NIVEL blijkt dat de discussie en knelpunten niet nieuw maar nog steeds actueel zijn. Onderzoekers zien draagvlak voor de benadering van 'getrapte transparantie', waarin via gezamenlijke duiding en interpretatie van indicatoren geleidelijk wordt gewerkt naar volledige transparantie (Peeters, Koopman, Verstijnen & De Boer, 2015, p. 9).

364. Navraag bij Stichting MIND, Landelijk Platform psychische gezondheid (mail, september 2017) leert dat er geen cliënt- of familieorganisatie is die speciaal forensische cliënten vertegenwoordigt, wel kennen (forensische) zorginstellingen een Cliënten- of Patiëntenraad.

inzichtelijk gemaakt.³⁶⁵ Zorgdataverzamelaar Vektis constateert in een terugblik op 'tien jaar ggz in de Zvw' dan ook dat fz een domein is "waarin de beschikbare informatie beperkt toegankelijk is" (De Ruiter, Van Greuningen & Luijk, 2017, p. 32). Organisaties die informatie over ggz en verzekerde zorg registreren (zoals SBG en Vektis) verzamelen geen gegevens over fz.³⁶⁶

Met bestuurders van fz-instellingen (N=12) is besproken waarom fz-instellingen, net zoals ggz-instellingen met het oog op transparantie en kwaliteitsverbetering sinds 2011 doen, ROM-informatie aanleveren aan SBG (EFF0300).³⁶⁷ Met de verklaring (meerdere antwoorden waren mogelijk) dat dit niet gebeurt, omdat DForZo hen hiertoe niet verplicht, waren vijf bestuurders het eens. Twee bestuurders konden zich vinden in de verklaring dat fz-patiënten niet zelf een zorgaanbieder kunnen kiezen en één bestuurder in de verklaring dat het registreren van behandelresultaten niet bijdraagt aan kwaliteitsverbetering van fz. Niemand kon zich vinden in verklaringen dat ROM (ook) niet wordt gebruikt voor reguliere ggz-patiënten, dat transparantie over fz niet bijdraagt aan het draagvlak voor fz en dat de eigen instelling minder goed zou scoren dan vergelijkbare organisaties. Enkele citaten:

- "ROM werd gevraagd en gefinancierd door zorgverzekeraars. De reden om dit bij fz niet te doen is privacy, maar dat is niet het belangrijkste argument. DForZo vraagt het niet. Heeft ook alleen zin als iedereen het doet. Moet dan worden aangepast voor fz (om recidivevermindering te meten), want nu meet het alleen gezondheidswinst." (UA1)
- "In Forensisch Netwerk is besproken om aan te sluiten bij SBG. Dat leek het meest passende initiatief. Intussen ontstond toenemende kritiek op deze benchmark." (UA1)
- "De ontwikkeling van ROM met betrekking tot fz staat nog in de kinderschoenen. Heeft ook te maken met administratieve lastendruk." (UA1)
- "Ik zou het toejuichen als dit voor fz ook zou gebeuren." (UA1)
- "Draagt niet bij: GAF-scores geven een bepaald beeld, maar zijn niet geschikt voor overlast, past niet bij de doelstellingen van het fz-aanbod. . . Wat zegt het als een fz-cliënt niet tevreden is? [Is deze] niet tevreden over plaatsing? Behandeling? Iets anders? Hoe past de tevredenheidsmeting in het individuele behandelplan?" (UA1)
- "Juist bij effectmeting is sprake van grote meningsverschillen tussen instellingen. In het verleden ontwikkelden researchafdelingen van instellingen eigen instrumenten en aanpak. . . Justitie wilde eenheid. Ieder vond zijn eigen aanpak het beste. Wat de ene instelling ontwikkelt, is de ander het niet mee eens. Ieder heeft zijn eigen stokpaardjes." (UA1)

365. Nagevraagd bij DForZo (juni 2017) en het EFP (september 2017 en 2018). Het EFP beheert twee databanken, waarbij de klinieken per aanvraag bepalen of hun data gebruikt mogen worden (bijvoorbeeld door DForZo) dan wel vooralsnog niet voor extern gebruik bedoeld zijn. LDR-tbs is bedoeld om de gebruikte risicotaxatie-instrumenten aan te scherpen, maar kan bij meerdere afnames bij een patiënt (mogelijk) worden gebruikt om de ontwikkeling van behandeling te analyseren. LDR-FPA is gericht op het (onderling) vergelijken van prestaties (<https://efp.nl/projecten/ldfz-fpa>).

366. Nagevraagd bij SBG, juni 2017 en VEKTIS, september 2017.

367. In de ggz blijkt in 2015 sprake van een groei van bijna 10% per jaar en een "duidelijke koers naar ggz-brede ROM-implementatie" (NZa, 2015c, p. 39), al wordt daarna gesproken over "discussie in het veld over het gebruik van ROM als benchmark" (NZa, 2017d, p. 51). In de marktscan fz wordt de mate van toepassen van ROM in de fz niet besproken (NZa, 2016c).

Ook het gebruik van de CQ-index binnen de eigen organisatie bij de fz-populatie is voorgelegd aan bestuurders (EFF0500). Zes van de twaalf respondenten geven aan dat zij deze gebruiken. Bij het opvragen van een (voorbeeld)rapportage blijkt dit echter vrijwel steeds enkel op de reguliere patiëntpopulatie betrekking te hebben.³⁶⁸ Enkele bestuurders die aangaven dat de CQ-index niet wordt gebruikt, melden dat patiëntervaringen bij periodiek patiëntonderzoek aan de orde komt of op casusniveau in een gesprek met behandelaren.

Het verschil in aanleveren van informatie in de forensische en reguliere zorg is ook besproken met sturende actoren en vertegenwoordigers van brancheorganisaties. Twee respondenten konden zich vinden in de (enig voorgelegde) verklaring dat fz-patiënten niet zelf een zorgaanbieder kunnen kiezen. Uit reacties op de (open) vraag naar verklarende factoren blijkt dat de discussies in de reguliere zorg hierbij echter ook een rol spelen:

- "De ofz was tot 2008 gewend om zorgindicatoren op te nemen en tbs-instellingen [FPC's] waren verder met risicotaxatie. Het duurde behoorlijk lang om deze twee bloedgroepen naar elkaar toe te bewegen. De lijn van DForZo was om aan te sluiten bij SBG. Ingewikkeld was dat niet voor alle zorgdomeinen indicatoren beschikbaar waren, die moesten ontwikkeld worden en daar zit de sector nog middenin. Bij tbs was risicotaxatie gebruikelijk, maar dat is geen ROM-instrument en dat vormde lange tijd een discussiepunt. DForZo wilde dit toch en zette pilot op en toen kwam er een (breder geformuleerd) formeel standpunt van GGZ Nederland dat deze gegevens niet geleverd mogen worden vanuit privacy-oogpunt."³⁶⁹ (SA2)
- "Ook bij reguliere zorg veel discussies. Het Bestuurlijk akkoord ggz verplicht hen, maar het veld probeert er onderuit te komen." (SA2)
- "Verbazingwekkend en nadrukkelijk niet de bedoeling dat fz niet hieraan meedoet. Tenminste de inkooporganisatie moet op de hoogte zijn van de effecten en resultaten." (OA)

Gelet op de verschillen tussen reguliere zorg en fz in het betrekken van patiënten- en familieorganisaties bij het verder ontwikkelen van prestatie-indicatoren, de stand van zaken daarbij en de beschikbaarheid van kwaliteitsinformatie over zorginstellingen voor patiënten, wordt met betrekking tot transparantie geconcludeerd dat de (kwaliteit van) zorg vanuit patiëntperspectief minder transparant is in de fz dan in de reguliere zorg. Omdat inhoudelijke kwaliteitsdata niet centraal worden verzameld en (kunnen worden) geanalyseerd, wordt deze (hier) vanuit het perspectief van zorginkoper in de fz eveneens als minder transparant beoordeeld dan in de reguliere zorg. Sturende en uitvoerende actoren spreken weliswaar de intentie uit om transparantie in de fz te vergroten, maar de ontwikkeling van instrumentarium is in de fz minder ver dan in de reguliere zorg en lijkt mede daarvan afhankelijk.

368. Er is één voorbeeldrapportage aangeleverd, waarin wordt ingegaan op ervaringen van fz-patiënten met betrekking tot informatievoorziening, inspraak, bejegening, resultaat en veiligheid.

369. De voorzieningenrechter oordeelde dat de gegevensregistratie bij SBG onder de Wet Bescherming Persoonsgegevens valt en dat niet aannemelijk is gemaakt dat de privacy van patiënten is geschonden. Partijen zijn tot akkoord gekomen over doorontwikkeling van ROM.
Zie <http://www.ggz nederland.nl/actueel/reactie-ggz-nederland-op-uitspraak-kort-geding-over-rom>, geraadpleegd december 2017.

6.3.4.3 *Kwaliteit van zorg*

Wat de ontwikkeling van kwaliteit als zodanig betreft, is in paragraaf 5.4 – mede op basis van het toegenomen aantal kwaliteitskeurmerken in de fz, het oordeel van IGZ over FPC's en PPC's en de (spontane) brede waardering van respondenten voor de invulling en aandacht voor kwaliteit – geconcludeerd dat de kwaliteit van fz in de onderzoeksperiode is toegenomen. Uit de marktscans van de NZa valt op te maken dat ook in de reguliere ggz het aantal zorginstellingen met een kwaliteitskeurmerk in deze periode is toegenomen (NZa, 2013a, p. 64).³⁷⁰ Hoe de kwaliteit zich in de reguliere zorg verder heeft ontwikkeld is, gelet op de reikwijdte van onderhavig onderzoek, niet als zodanig aan respondenten gevraagd. Met vertegenwoordigers van de IGZ is besproken of de kwaliteitsontwikkeling in de fz vergelijkbaar is met die in de ggz, vz of vgz (EFF0230). Vanwege het verschil in context (beveiliging van de maatschappij) in FPC's en PPC's, waar zij wat fz betreft zicht op hebben, geven zij aan deze niet te kunnen vergelijken met de reguliere zorg maar toch een verschil te zien:

- "Opvallend is het enthousiasme in PPC's en FPC's om kwaliteitsontwikkelingen en -criteria te omarmen, meer dan in ggz. Dat zegt [echter] niets over of ze meer of minder zorgstandaarden toepassen en medicatiebeleid op orde hebben."

Bronnen op basis waarvan (harde) conclusies kunnen worden getrokken over de kwaliteitsontwikkeling in de reguliere zorg in de onderzoeksperiode zijn, voor zover bekend, niet beschikbaar. Het inzicht in de prestaties van de ggz en de gehandicaptenzorg is beperkt, ondanks de beginstappen die gezet zijn (Van den Berg et al., 2014, pp. 205, 265). Ontwikkelingen die genoemd worden zijn een daling van het percentage vrijheidsbeperkende interventies (tussen 2009 en 2012) en een toename van het aantal suïcides van mensen die in behandeling zijn van de ggz (tussen 2007 en 2012). Daarnaast worden enkele gegevens over de kwaliteit van ggz als momentopname gepresenteerd (Van den Berg et al., 2014, pp. 108, 109, 162 en 166).³⁷¹ Het Trimbos-instituut ziet de ontwikkeling van ambulante ggz-voorzieningen zoals FACT, Intensive Home Treatment en Vroege Interventie Psychose als indicatie dat in de afgelopen jaren flink is geïnvesteerd in de kwaliteit van de (ambulante) zorg (Van Hoof et al., 2016, p. 9). Behalve verdere ontwikkeling daarvan in de bredere organisatie van de zorg en aansluiting bij andere maatschappelijke organisaties is volgens de onderzoekers capaciteitsuitbreiding nodig, omdat de FACT-teams vanwege de stijgende caseload te veel 'achter de problemen aan lopen' (op de ontwikkeling van reguliere ambulante

370. Over latere jaren wordt dit niet in marktscans vermeld. In 2013 nemen concerns van zorgverzekeraars kwaliteitseisen in het contract op en controleren of deze zijn behaald. Een ruime meerderheid stelt bovendien extra kwaliteitseisen aan zorgaanbieders (NZa, 2014b, p. 33).

371. Zo blijken in 2012 en de eerste helft van 2013 in ruim driekwart van de kortdurende ggz-behandelingen de klachten van de cliënt af te nemen (Van den Berg et al., 2014, pp. 108, 147), meer dan 85% van de mensen die gebruikmaken van kortdurende ambulante ggz te zeggen dat de behandeling de juiste aanpak voor hun klachten was en naar wens werd uitgevoerd (p. 109, 171) en cliënten in de langdurige ggz [RIBW in 2012] het meest kritisch te zijn over de informatievoorziening, de mate van eensgezindheid onder begeleiders en het bijstellen van hun begeleidingsplan (p.194).

zorg wordt bij doelmatigheid hierna teruggekomen).³⁷² In de loop van het vijftienjarige bestaan van FACT zijn specialistische teams ontstaan,³⁷³ waaronder forensische FACT. Over deze specialistische teams wordt niet afzonderlijk gerapporteerd, maar wel wordt gemeld dat driekwart van de circa vierhonderd FACT-teams zijn gecertificeerd en dat circa 80% daarvan zich richt op de reguliere cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (2016, p. 128). In paragraaf 5.7 bleek het gemiddeld behandel-effect bij vier van de vijf meest voorkomende hoofddiagnoses in de fz lager te liggen dan in de ggz, maar dit zegt op zichzelf weinig over verschillen in (de ontwikkeling van) kwaliteit tussen beide domeinen, zonder verder onderzoek naar verschillen in problematiek van de patiëntpopulatie.

De (beperkt) beschikbare vergelijkbare gegevens duiden erop dat het aantal kwaliteitskeurmerken bij zorginstellingen toeneemt, in zowel de reguliere zorg als fz. Over de inhoudelijke kwaliteitsontwikkeling in de onderzoeksperiode is op beide domeinen weinig concrete informatie beschikbaar. Het Trimbos-instituut ziet de ontwikkeling van FACT als een belangrijke impuls voor de ambulante zorg. De ontwikkeling van forensische FACT lijkt daarmee vergelijkbaar. In hoeverre dit daadwerkelijk het geval is en of dit ook voor andere initiatieven geldt, is echter niet duidelijk.³⁷⁴ Over de kwaliteitsontwikkeling van de intramurale ggz is in beschikbare landelijke rapportages geen inhoudelijke informatie aangetroffen. Gelet op de relatieve achterstand (voor de stelselwijziging) van met name zorgafdelingen in het gevangeniswezen, is het echter aannemelijk dat de kwaliteit van (deze) intramurale fz meer is toegenomen dan van de reguliere zorg.

6.3.4.4 Toegankelijkheid van zorg

Wat (fysieke) toegankelijkheid van zorg betreft, is in paragraaf 5.6 met betrekking tot de fz geconstateerd dat de wachttijd in FPC's in de onderzoeksperiode is afgenomen en dat in de overige fz gegevens ontbreken over de beginperiode (tot en met 2010). Tabel 5.12 laat zien dat in de periode 2011-2015 de wachttijd bij de ambulante ggz toeneemt (van 11 naar 12,4 weken) en sterk daalt bij de intramurale ofz (variërend per beveiligingsniveau met 3,3 tot 6,9 weken) en PPC's (van 7 weken naar 1 week).

De NZa heeft met betrekking tot de ggz als geheel over de periode 2010-2014 wachttijden op patiëntniveau gepubliceerd. Daaruit blijkt dat de aanmeldwachttijd in de ggz³⁷⁵ stijgt van 4,2 naar 4,5 weken en de behandelwachttijd daalt van 7,4 naar 7,1 weken. Daarmee blijft deze in totaal op gelijk niveau (11,6 weken) en binnen de Treeknormen, namelijk in totaal 14 weken: 4 weken voor de aanmeldwachttijd en 10 voor behandelwachttijd (NZa, 2017d, pp. 35, 38-

372. Een jaar later blijkt dat de FACT-teams (nog) verder onder druk zijn komen te staan, volgens bestuurders van geïntegreerde zorginstellingen vanwege zowel de vraagzijde als van de 'systeemkant' (Van Hoof et al., 2017, p. 98).

373. Zie <https://www.f-actnederland.nl/fact-english/>, geraadpleegd september 2018.

374. Mede gelet op de ontwikkeling van het volume (zie tabel 5.1) en de ontwikkeling van het financieel belang van activerende (psychiatrische) thuiszorg en individuele preventie, dat stijgt van circa € 360.000 in 2006 naar circa € 860.000 in 2009, daarna daalt en in 2015 uitkomt op circa € 320.000).

375. Over dezelfde periode daalt de aanmeld- en de behandelwachttijd in de vz (van 3,4 naar 2,8 weken respectievelijk van 6,2 naar 4,3 weken), dat wil zeggen gezamenlijk van 9,6 weken naar 7,1 weken (NZa, 2017d, pp. 39-40).

42).³⁷⁶ In de ambulante gespecialiseerde ggz daalt de totale wachttijd in de periode 2010 tot en met 2015 van 11,2 naar 10,4 weken (8,9 weken in 2014). De crisis-ggz kent in 2015 "nauwelijks" wachttijden (NZa, 2014a, p. 62; 2016a, pp. 52, 53, 60). In de eerstelijns psychologische zorg dalen de wachttijden in de periode 2009 tot en met 2013 van 3 naar 2 weken (NZa, 2014a, p. 58). Cijfers over wachttijden in de intramurale ggz zijn, voor zover bekend, niet gepubliceerd. Dat de wachttijd in de ggz als geheel in 2010 en 2014 op gelijk niveau ligt en in de (eerstelijns- en gespecialiseerde) ambulante ggz is gedaald, impliceert echter dat de wachttijd in de intramurale ggz in deze periode is toegenomen.

Het voorgaande betekent dat de wachttijden in de intramurale ggz in de periode 2010-2014 zijn toegenomen, terwijl deze in de fz zijn gedaald (tabel 5.12). Wat de ambulante zorg betreft zijn de bewegingen precies omgekeerd, met een stijging van de wachttijd in de fz en een daling in de ggz. Hierbij speelt de verhoging in 2012 van de wettelijke eigen bijdrage, die in 2013 is teruggedraaid onder gelijktijdige verhoging van het eigen risico bij de basisverzekering, mogelijk een rol (NZa, 2014a, p. 58).³⁷⁷ In 2013 zag 22% van de Nederlandse volwassenen vanwege de kosten één keer of vaker af van zorg, waarbij relatief vaak van ggz-bezoek (Van den Berg et al., 2014, pp. 112-114). Ook op langere termijn blijken de effecten van eigen bijdragen in de ggz vanwege relatief sterke prijsgevoeligheid groot (Lambregts & Van Vliet, 2018). Voor forensisch patiënten gelden echter andere regels en spelen financiële afwegingen (en daarmee prijsgevoeligheid) van de patiënt in mindere mate een rol bij de (fysieke) toegankelijkheid van zorg. Voor zover fz-patiënten verzekerd blijven via de Zvw, betalen zij geen eigen risico voor fz. Enkel bij verblijf in een door Justitie gefinancierde zorginstelling betalen zij een (met reguliere zorg vergelijkbare) eigen bijdrage (subparagraaf 5.6.2). Het is niet bekend in hoeverre zij zich hierbij (anders dan reguliere ggz-patiënten) door financiële overwegingen laten leiden.³⁷⁸ Tegenover de vanuit patiëntperspectief relatief gunstiger financiële toegankelijkheid van (tenminste) de ambulante fz staan echter andere ongunstiger factoren. Zo kan een ofz-patiënt na de stelselwijziging, anders dan een ggz-patiënt, niet zelf een zorgaanbieder kiezen en is deze bij verblijf in een fz-instelling meer afhankelijk van derden (justitiële autoriteiten) bij zorgtoeleiding en (behandelaar en fz-instelling) bij het aanvragen van een second opinion (subparagraaf 5.6.2) dan een ggz-patiënt. De ontwikkelingen in wachttijden, financiële gevolgen voor patiënten, hun vrijheid om zelf een zorgaanbieder te kiezen en afhankelijkheden bij zorgtoeleiding of het aanvragen van een second opinion betreffen onvergelijkbare grootheden die lastig tegen elkaar zijn af te wegen.

376. In 2006 bedroeg de wachttijd voor de ggz als geheel 10 weken en in 2007 12 weken (GGZ Nederland, 2008, p. 9). Vergelijkbare gegevens over deze jaren voor de fz als geheel ontbreken.

377. Daarnaast speelt mogelijk het beleid om zorg te ambulantiseren een rol (zie hierna).

378. Bij voorwaardelijke sancties moet een justitiabele (patiënt) instemmen met (zorgtoeleiding als) opgelegde bijzondere voorwaarde (subparagraaf 3.3.3.1). Omdat afwijzing daarvan tot een zwaardere strafrechtelijke sanctie leidt, is een justitiabele minder vrij om (niet) in te gaan op zorgverlening.

Geconcludeerd wordt dat de ontwikkelingen in toegankelijkheid van fz sterk afwijken van die in de ggz. Afgaand op de wachttijden, als enig beschikbare vergelijkingsmaatstaf en niet onbelangrijke indicator, heeft de toegankelijkheid van ambulante ofz zich in de periode 2010-2014 minder gunstig ontwikkeld dan in de ambulante ggz. De toegankelijkheid van intramurale ofz heeft zich juist gunstiger ontwikkeld dan de intramurale ggz.

6.3.4.5 Zorgkosten

Met het oog op vergelijking van de kostenontwikkeling in de onderzoeksperiode tussen de forensische en de reguliere zorg kan, behalve van de in paragraaf 5.3 gepresenteerde gegevens met betrekking tot fz, gebruik worden gemaakt van de CBS-statistiek over zorguitgaven met betrekking tot ggz en gehandicaptenzorg.³⁷⁹ Omdat het merendeel van de uitgaven aan gehandicaptenzorg (ghz) betrekking heeft op vgz,³⁸⁰ en omdat zorguitgaven met betrekking tot de vgz niet als zodanig worden gespecificeerd, wordt de uitgavenontwikkeling met betrekking tot de ghz als indicatie beschouwd voor die aan de vgz. In de CBS-statistiek worden de uitgaven beschreven als "gefinancierd door alle mogelijke bronnen" aan instellingen die geheel of gedeeltelijk worden gefinancierd door de Zvw en de AWBZ/ Wlz. Aangezien de gehanteerde definities en begrippen eenduidig zijn gehanteerd, is volgens het CBS "volgtijdelijke vergelijkbaarheid gewaarborgd". Aansluitend op de terminologie in dit proefschrift worden deze (dergelijke) uitgaven hier aangeduid als productiekosten.³⁸¹ De CBS-systematiek ("alle mogelijke bronnen") impliceert echter tevens dat in de onderzoeksperiode de met fz gemoeide productiekosten zijn inbegrepen in de gegevens over ggz- en ghz-instellingen. Om die reden wordt in de figuren 6.5 en 6.6 niet alleen de (absolute en geïndexeerde) ontwikkeling van productiekosten in deze drie zorgsectoren weergegeven, maar in onderbroken lijnen ook de uitgaven aan de ggz en ghz, waarbij de aan fz toe te rekenen productiekosten in mindering zijn gebracht.³⁸² Tabel B.18 bevat de onderliggende en aanvullende gegevens.

379. CBS StatLine, Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; kerncijfers (<https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81628NED/table?ts=1537514905484>), geraadpleegd september 2018.

380. In de jaren 2009 tot en met 2012 waarover cijfers bekend zijn met betrekking de verschillende sectoren binnen de gehandicaptenzorg, bedraagt het aandeel vgz (opgevat als ZZP VG, ZZP LVG en ZZP SGLVG) 85% tot 90% van de totale intramurale ghz. De omzet van extramurale prestaties wordt dan al "enkele jaren" niet meer onderscheiden naar sectoren (VGN, 2011, p. 2).

381. Zie tabel 5.4 voor het verschil tussen fz-productiekosten en programma-uitgaven voor fz, waarmee wordt bedoeld op de bijdrage van het ministerie van Justitie aan agentschap DJI ten behoeve van fz.

382. Hierbij is de verhouding tussen ggz- en vg-productiekosten (respectievelijk twee derde en een derde, zie tabel 5.3) als gewicht gehanteerd voor de toerekening van de fz-productiekosten naar ggz en ghz.

Figuur 6.5 Productiekosten per zorgsector in mld. (2006 t/m 2015)

Figuur 6.6 Geïndexeerde productiekosten per zorgsector (2006 t/m 2015; 2009=100)

Bronnen

Ggz en ghz: CBS Statline (Gezondheid en zorg, geraadpleegd 21 september 2018); fz: tabel 5.4

Legenda

*Uitgaven ggz minus 2/3 fz-productiekosten; ** Uitgaven ghz minus 1/3 fz-productiekosten

In figuur 6.5 is te zien dat de uitgaven aan de drie zorgsectoren stijgen en dat de uitgaven aan ggz en ghz in de onderzoeksperiode een andere orde van grootte hebben en gemiddeld met een verschil van factor 10 respectievelijk 15 hoger liggen dan de fz (zie ook tabel B.18). Figuur 6.6 laat de absolute bedragen buiten beschouwing en toont de geïndexeerde ontwikkeling per sector met 2009 als basisjaar, het eerste jaar waarin de benodigde gegevens beschikbaar en goed vergelijkbaar zijn. In deze figuur is te zien dat de uitgaven aan instellingen voor fz sneller stijgen dan aan de ggz en de ghz: in de periode 2009 tot en met 2015 stijgen deze met respectievelijk 35%, 12% en 16%.³⁸³ De programma-uitgaven fz stijgen in dezelfde periode met 31% (zie toelichting tabel 5.4). Ook wanneer de ontwikkeling van productiekosten van PPC's, in verband met onderschatting daarvan in 2006 en 2009, in zijn geheel buiten beschouwing wordt gelaten, stijgen de fz-productiekosten met 22% (paragraaf 5.3), dat wil zeggen nog steeds sterker dan in de reguliere zorg. Na 2011 vlakken de uitgaven aan (vooral) de ggz af. De opsomming van de NZa (2014a) van de (financiële) maatregelen in die sector maakt duidelijk dat dit geen autonome ontwikkeling betreft:

Tot en met 2011 was er een forse stijging van de uitgaven. In 2012 is er een reeks maatregelen in werking getreden om de uitgavengroei te matigen. Zo werd in de tweede lijn een eigen bijdrage ingevoerd, en werd behandeling van aanpassingsstoornissen uit het verzekerde pakket gehaald. Ten slotte zijn de budgetten verlaagd met een kortingsmaatregel. Onafhankelijk van deze maatregelen werd door het CVZ (tegenwoordig Zorginstituut Nederland) duidelijk gemaakt dat behandeling van werk- en relatieproblemen niet tot het basispakket behoorden. Door de maatregelen en pakketverduidelijking daalden de Zvw ggz-uitgaven, en binnen de groep niet-gebudgetteerde aanbieders stabiliseerde de uitgaven, waar deze eerder nog met circa 30-40% per jaar groeiden. (p. 8)

Uit tabel B.18 kan tot slot worden opgemaakt dat in de periode 2009 tot en met 2015 de (totale) zorguitgaven per hoofd van de bevolking met 10% stijgen. Met betrekking tot de fz ontbreken cijfers over de fz-populatie als geheel. Uitgedrukt per sanctie stijgen de fz-uitgaven en -productiekosten in dezelfde periode met 70% respectievelijk 75%.

De uitgaven aan de ggz nemen in de periode 2009 tot en met 2015 met 12% en in de ghz met 16% toe. In dezelfde periode stijgen de fz-productiekosten met 35% – met 22% wanneer PPC's in verband met onderschatting in 2009 buiten worden gelaten –, en daarmee relatief sterker dan in de reguliere zorg (zie verder subparagraaf 7.2.3).

6.3.4.6 Doelmatigheid van zorg

Wat doelmatigheid betreft, tot slot, worden substitutie van zorg en het vermijden van onnodig dure zorg (zoals een ziekenhuisopname) volgens de Zorgbalans 2014 gezien als manieren om de doelmatigheid van het zorgsysteem te verbeteren (Van den Berg et al., 2014, pp. 237, 240, 268). Met substitutie wordt daarbij bedoeld dat "de zorg op een andere plek wordt geleverd

383. Wanneer de uitgaven aan ggz en ghz worden verminderd ter grootte van de met fz gemoeide productiekosten (zie toelichting onderbroken lijnen), dan bedraagt de stijging van ggz-uitgaven 11% (in plaats van 12%). Voor de ghz maakt dit (afgerond) geen verschil (blijft 16%). Afgezien van PPC's (in verband met onderschatting in 2009), stijgen de productiekosten in de fz in deze periode met 22%.

tegen lagere kosten en minimaal gelijke kwaliteit. Veelal gaat het dan om substitutie van de duurdere tweede lijn naar de goedkopere eerste lijn” (2014, p. 268). Het RIVM constateert dat de ggz-sector hier wel al langer naar streeft, maar dat in 2012 nog geen sprake is van substitutie van duurdere instellingszorg naar goedkopere ambulante zorg (2014, pp. 268-269). Het Trimbos-instituut bespeurt in de Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz over de periode 2008 tot en met 2015 wel vooruitgang in de afbouw van intramurale voorzieningen, maar zet vraagtekens bij (het versterken van) ambulante voorzieningen (Van Hoof et al., 2016):

De afbouw van intramurale voorzieningen zet door,³⁸⁴ en er vindt substitutie plaats van de (doorgaans intensievere) gespecialiseerde ambulante GGZ door de (doorgaans minder intensieve) basis-GGZ. Aanwijzingen voor een substantiële intensivering c.q. uitbreiding van intensieve ambulante zorg, zoals beoogd met het ambulantiseringstraject, blijven echter uit. Ook zijn er vooralsnog geen aanwijzingen dat het aandeel van de ambulante zorg in de beschikbare middelen van de GGZ-instellingen stijgt (zorgverzwaring in de intramurale zorg lijkt daarbij een rol te spelen). Een belangrijke bevinding is ook dat, waar FACT in de afgelopen periode gestaag is gegroeid, er momenteel nagenoeg geen uitbreidingsplannen meer lijken te zijn. De groei van FACT zou daarmee tot een halt komen. Daarmee blijven ontwikkelingen ver achter bij die in het eerdergenoemde Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ. (p. 10)³⁸⁵

Waar het Trimbos-instituut praktijkondersteuning buiten beschouwing laat, heeft Vektis op basis van declaratiegegevens een meer compleet overzicht en signaleert over de periode 2010 tot en met 2015 als algemene tendens dat “patiënten vaker behandeld worden in de lichtere basis ggz en door ggz-praktijkondersteuners in huisartspraktijken en minder snel in de gespecialiseerde ggz terechtkomen” (De Ruiter et al., 2017, p. 4):

Patiënten kunnen tegenwoordig behandeling en begeleiding thuis krijgen, zoals IHT [Intensive Home Treatment] of via FACT-teams, waardoor ze minder snel opgenomen hoeven te worden. We zien een verschuiving van klinische zorg naar ambulante zorg, zowel in vergoed bedrag (afname verblijfsdagen) als in aantallen patiënten. De angst dat meer mensen in crisis raken blijkt niet uit te komen: het aantal mensen met een crisis-dbc vertoont een licht dalende trend.” (p. 32)

Vektis ziet het aandeel klinische zorg ten opzichte van de totale ggz-kosten afnemen van 56% in 2009 naar 50% in 2016 (De Ruiter et al., 2017, p. 7). Het aandeel intramurale fz-kosten, voor klinische behandeling en begeleiding met verblijf gezamenlijk, ligt in de onderzoeksperiode met circa 90% substantieel hoger dan in de ggz. Het aandeel klinische fz daalt (gelet op de beperkte impact van de kosten voor verblijfszorg) in de periode 2009 tot en

384. “Het totaal aantal plaatsen in de opname- en verblijfsvoorzieningen [eerste opnamejaar en langdurig verblijf in ggz] ligt in 2015 bijna een vijfde onder het niveau van peiljaar 2008. De capaciteit van het beschermd wonen ligt daar echter bijna anderhalf keer boven” (Van Hoof et al., 2016, p. 25).

385. Een jaar later wordt opnieuw geconstateerd dat “aanwijzingen voor de met het ambulantiseringstraject beoogde uitbreiding en intensivering van ambulante zorg” [in de periode 2012-2016 uitblijven] (Van Hoof et al., 2017, pp. 8, 10, 35).

met 2015 relatief licht, van 92% naar 89% (tabel B.11). Bij FPC's is, anders dan bij de reguliere zorg, bewust ingezet op vermindering van de behandelduur (VenJ et al., 2013, p. 5), al worden prestatie-indicatoren in dit verband niet gepubliceerd (NZa, 2016c, p. 19).³⁸⁶ Zorgverzekeraars en zorgkantoren bedingen kortingen bij zorgaanbieders op de tarieven van de NZa. Of DForZo dit in dezelfde mate doet bij de fz, is op basis van de beschikbare informatie niet te achterhalen.³⁸⁷ Waar dergelijke kortingen volgens de NZa in de ggz een beeld geven van doelmatige zorginkoop (2012a, p. 77), (2013a, p. 96), (2014a, p. 56), toont deze zich bij de fz bezorgd over de "beperkte onderhandelingsruimte" over de (in onderhavige studie niet gepresenteerde) DBBC-tarieven, die volgens de NZa voor bijna 40% van de zorgaanbieders onder de kostprijs liggen (2016c, pp. 21-22).

Wat afbouw van bedden betreft, valt uit tabel B.10 op te maken dat het aantal klinische fz-bedden (FPC's en ofz exclusief bw)³⁸⁸ in de periode 2008 tot en met 2015 daalt met 9% (van 2.480 naar 2.245), terwijl het aantal bedden in de verblijfszorg (bw) in de periode 2008 tot en met 2014 bijna vertienvoudigt (waarvan circa een kwart een administratieve wijziging betreft, zie paragraaf 5.2).³⁸⁹ Ten opzichte van 2012 (met 2.631 klinische fz-bedden) is in 2015 sprake van een daling van 15%, voornamelijk als gevolg van vermindering van het aantal bedden in FPC's. Het aantal klinische bedden neemt in de fz echter relatief minder sterk af dan in de ggz en is, meer dan in de ggz, gebaseerd op een afnemende reële behoefte (aan FPC-plaatsen, vanwege een daling van het aantal opgelegde tbs-maatregelen, zie ook subparagraaf 6.3.1), al wordt er ook gestuurd op vermindering van de behandelduur.

Wat ambulante fz (behandeling en begeleiding) betreft, zijn het volume en de kosten in 2015 in vergelijking met zowel 2009 als 2012 relatief sterk toegenomen, met uitzondering van de posten 'thuiszorg en preventie' en 'casemanagement' (zie extramurale fz in tabel B.10).

Voor zover (bij benadering) over dezelfde periode gegevens beschikbaar zijn, kan met betrekking tot substitutie van dure naar goedkopere zorg (doelmatigheid) worden vastgesteld:

- Vergeleken met de ggz is het aandeel intramurale zorg(kosten) in de fz relatief hoog (circa 90% in fz en circa 50% in ggz). In de periode 2009 tot en met 2015 daalt het aandeel klinische fz, vergeleken met de klinische ggz, relatief licht (van 92% naar 89% in fz; van 56% naar 50% in 2016 in de ggz);

386. DJI presenteert de mediane tbs-behandelduur (2017, p. 67), die een daling laat zien van (ten hoogste) 10,6 jaar (instroomcohort 1998) naar 7,2 jaar (instroomcohort 2008).

387. Zorgverzekeraars bieden (niet-gebudgetteerde) aanbieders contractprijzen onder het NZa-maximumtarief, tussen 2009 en 2013 variërend van 85% tot 94%; in 2013 werd voor 2-3% van de omzet in de curatieve ggz door zorgverzekeraars een prijs vergoed van 60% tot 80% van het maximumtarief (NZa, 2016a, pp. 40, 30). Zorgkantoren hanteren (lagere) kortingen bij ZZP-tarieven, variërend van 1% tot 3% (NZa, 2016a, p. 49). Vergelijkbare cijfers over fz zijn, voor zover bekend, niet gepubliceerd. Wel is gemeld dat DForZo in 2014 en 2015 een vaste efficiencykorting van 4,5% heeft doorgevoerd (NZa, 2016c, p. 11).

388. Vanwege (vertekening in verband met) het ontbreken van het aantal PPC-plaatsen in 2008 en onderschatting daarvan in 2009, blijven de PPC's hierbij buiten beschouwing.

389. Voor zover mogelijk, worden met betrekking tot fz gegevens gepresenteerd over dezelfde periode waarover gegevens met betrekking tot ggz bekend zijn.

- Het aantal klinische fz-bedden daalt in de periode 2008 tot en met 2015 met 9% en in de ggz met bijna 20% (Van Hoof et al., 2016, p. 25);
- Het aantal bw-plaatsen neemt in de fz veel sterker toe dan in de ggz. In de fz is tussen 2008 en 2014 sprake van bijna een vertienvoudiging, terwijl dit in de ggz tussen 2008 en 2015 met bijna 50% toeneemt (Van Hoof et al., 2016, p. 25);
- De kosten voor ambulante fz (met name behandelcontacten en begeleidingsuren) stijgen in de periode 2012 tot en met 2015 met 28%, de volumes nemen relatief sterk toe (met uitzondering van 'thuiszorg en preventie' en 'casemanagement'), terwijl "aanwijzingen voor een substantiële intensivering c.q. uitbreiding van intensieve ambulante [ggz] zorg uitblijven" (Van Hoof et al., 2016, pp. 23, 25, 26);
- Net als DForZo, passen zorginkopers in de ggz (zorgverzekeraars en -kantoren) kortingen toe op de NZa-maximumtarieven. Of dit in dezelfde mate gebeurt, is niet bekend.

De resultaten met betrekking tot substitutie samenvattend, valt te concluderen dat ambulante fz en beschermd wonen in de fz in 2012 tot en met 2015 relatief sterker stijgen dan in de ggz. Het aantal klinische bedden neemt in de fz relatief minder sterk af dan in de ggz en is, meer dan in de ggz, gebaseerd op een afnemende reële behoefte aan bedden (subparagraaf 6.3.1). Anders dan in de ggz, is in de fz ingezet op vermindering van de gemiddelde behandelduur in FPC's. Dat patiëntstromen verschuiven en (kosten van) intramurale zorg dalen is, zonder zicht op het daarbij realiseren van 'minimaal gelijke kwaliteit', echter onvoldoende om deze in termen van doelmatigheid te duiden. Dit type informatie ontbreekt in de ggz en de fz.³⁹⁰

Tot slot worden de bevindingen in deze paragraaf in hoofdlijnen samengevat.

In deze paragraaf zijn de ontwikkelingen in de onderzoeksperiode vergeleken tussen forensische en reguliere zorg met betrekking tot de relatie zorginkoper en zorgaanbieder, transparantie, kwaliteit, toegankelijkheid, kostenontwikkeling en doelmatigheid (substitutie). Tabel 6.22 bevat het overzicht met de inhoudelijke bevindingen. Op deze plaats wordt geconcludeerd dat sommige ontwikkelingen in de fz, zoals de introductie van de (DBBC- en ZZP-)bekostigingssystematiek, het werken met de (ROM-)methodiek en de kwaliteitsontwikkeling in de ambulante zorg (FACT), vergelijkbaar zijn met die in de reguliere zorg en daarvan deels zijn afgeleid of op zijn terug te voeren. Wat de andere ontwikkelingen betreft, zijn er echter belangrijke verschillen. Volgens respondenten is in de fz eerder dan op het Zvw- en AWBZ/ Wlz-terrein sprake van een strakke(re) sturing door de zorginkoper(s). Waar zorgaanbieders in de reguliere zorg te maken hebben met een groeiend aantal zorginkopers, kent de fz één enkele zorginkoper. De fz wordt (hier) als minder transparant beoordeeld dan de reguliere zorg (zowel vanuit het perspectief van patiënt als van zorginkoper), de wachttijden en capaciteit in de ambulante en intramurale fz ontwikkelen zich anders dan in de ggz, en de kosten stijgen in de fz sterker dan in de ggz en ghz. Op basis van deze bevindingen wordt geconcludeerd dat de ontwikkelingen in de fz op belangrijke onderdelen afwijken van die in de reguliere zorg, althans niet daarop zijn terug te voeren.

390. Het Trimbos-instituut (Van Hoof et al., 2016) en Vektis (De Ruiter et al., 2017) presenteert de met betrekking tot ggz aangehaalde trends evenmin in termen van doelmatigheid.

6.3.5 Overige alternatieve verklaringen

In deze paragraaf komen, tot slot, thematisch geclusterd de ontwikkelingen aan de orde waarvan respondenten gevraagd of ongevraagd aangeven dat:

- de ontwikkeling zich voordoet na de stelselwijziging, maar daar (volgens respondenten) niet mee samenhangt;
- de ontwikkeling invloed heeft op de kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten of doelmatigheid van fz en tot dusverre (aan het einde van het interview met respondent) nog niet aan de orde is gekomen (AVE0100).

Er zijn drie (clusters van) ontwikkelingen die volgens respondenten niet samenhangen met de stelselwijziging fz. Het eerste cluster heeft betrekking op aanscherpingen in het tbs-beleid (FPC's):

- "Bij tbs is om andere redenen (dan de stelselwijziging) het verlofregime aangepast." (SA2)
- "Stringentere regels bij tbs hangen niet samen met stelselwijziging maar met het politieke klimaat en incidenten in tbs." (SA2)
- "Grotere gerichtheid op recidivevermindering dateert van 2004 met aanscherping van tbs-beleid vanwege een ernstig incident met [Wilhelm S]. Heeft dus niet met stelselwijziging te maken." (UA2)
- "Invoering van het FPT [forensisch psychiatrisch toezicht] bij voorwaardelijke beëindiging helpt bij het terugdringen van de behandelduur. Er is sprake van een stijging van FPT-opnames, waarbij een patiënt twee keer per jaar zeven weken wordt opgenomen (om weer op te knappen): dit werkt." (UA1)
- "Bij tbs zijn grootste wijzigingen niet aan stelselwijziging te koppelen: aangescherpte verlofpraktijk naar aanleiding van commissie Visser en hiermee samenhangende toename van de tbs-behandelduur, longstaybeleid, weigerende observandi, rechters die proportionaliteit aan de orde stellen, in combinatie met bezuinigingen en onrust door dreigende sluitingen." (OA)

De aanscherping van het tbs-beleid (waaronder de verlofpraktijk en forensisch psychiatrisch toezicht³⁹¹) is (inderdaad) terug te voeren op de parlementaire onderzoekscommissie tbs, die werd ingesteld naar aanleiding van ernstige misdrijven gepleegd door ontsnapte ter beschikking gestelden (TK, 2005-2006d, pp. 119, 124) en daarmee mede de aanleiding vormde tot de stelselwijziging fz (zie ook paragraaf 1.1). Hoewel dit daarmee ontwikkelingen betreft die voorafgaand aan de stelselwijziging zijn ingezet, valt onder meer uit paragraaf 5.3 op te maken dat DForZo een actieve rol heeft gespeeld bij de verdere kwaliteitsontwikkeling van fz, via inkoop Eisen de greep op het veld heeft versterkt en toeziet op naleving van de afspraken om de opgelopen tbs-behandelduur terug te dringen (VenJ et al., 2013). Deze ontwikkelingen maken aannemelijk dat de aanscherping van het tbs-beleid weliswaar niet het gevolg is van de stelselwijziging, maar hierdoor wel wordt ondersteund en beïnvloed.

391. Forensisch psychiatrisch toezicht betreft een "aangescherpte vorm van toezicht op ter beschikking gestelden waarbij FPC's en reclassering betrokken zijn" (VenJ, 2011, p. 2). FPC's leggen hierover verantwoording af aan DForZo en de reclasseringsorganisaties aan de beleidsdirectie van het ministerie van Veiligheid en Justitie (p.13).

Het tweede cluster ontwikkelingen dat volgens respondenten losstaat van de stelselwijziging, betreft de als afnemend ervaren tolerantie in de samenleving voor incidenten en een onder invloed van de media toenemende politieke en maatschappelijke druk op de fz:

- "Grotere politieke en maatschappelijke druk, niet door stelselwijziging maar omdat maatschappij ongeruster is over alles. De Tweede Kamer wil over alles geïnformeerd worden. Dat zou ook zonder stelselwijziging gebeurd zijn." (SA1)
- "De acceptatie van samenleving van risico's is gekelderd, de behoefte van politiek om achter de komma te sturen is toegenomen. Dit staat los van stelselwijziging." (SA1)
- "Zeer recent (vanaf eind 2015) wordt meer aan gezamenlijke doelen gewerkt, niet gekoppeld aan de stelselwijziging, maar aan de politieke en maatschappelijke druk. Het lukt de laatste anderhalf tot twee jaar beter om meer samen te werken en van elkaar leren." (UA1)
- "Media en beeldvorming spelen in toenemende mate een rol. De fz-instelling heeft te maken met een lokale omroep die iedereen oproept om ontevredenheid te melden. Makkelijk zat in dit type instelling. Voor de media is dat een spectaculair onderwerp. Is niet per definitie in belang van de zorg. De politiek moet er meer voor gaan staan. Zolang er geen incidenten zijn, praat men er echter liever niet over. De helft van grote fz-instellingen (FPC's/ FPK's) is de afgelopen jaren in opspraak gekomen. De scores op de prestatie-indicatoren van de sector zijn eigenlijk goed. Toch lijkt het beeld alleen maar ellende, drugs, incidenten. De laatste jaren lijkt steeds minder sprake van partnership bij DForZo. Incidenten worden weliswaar professioneel getackeld, maar de eenzijdige publiciteit levert problemen op om het juiste personeel aan te trekken." (UA1)

De reacties maken duidelijk dat de politieke en maatschappelijke druk de nodige tijd en aandacht vragen van fz-instellingen, positieve en negatieve kanten kan hebben en daarmee mogelijk de doelmatigheid van werken beïnvloedt. De impact daarvan is (hier) niet vast te stellen. Wel kan worden geconstateerd dat, ook wanneer ervan wordt uitgegaan dat deze grotere 'omgevingsdruk' een autonome ontwikkeling betreft, de stelselwijziging een rol speelt in die zin dat deze het risico op reputatieschade vergroot. Vanwege de stelselwijziging fz heeft de politieke en maatschappelijke druk op een breder terrein betrekking dan voorheen. Hiervoor is namelijk geconstateerd dat (vooral) de ofz-patiënt zichtbaarder is geworden en dat een fz-instelling bij een incident in de ofz onder grotere politieke en maatschappelijke druk staat dan voorheen (subparagrafen 5.5.1, 6.2.3 en 6.2.6).

De derde ontwikkeling die wordt genoemd als niet samenhangend met de stelselwijziging, betreft bezuinigingen:

- "Bezuinigingen in de reguliere en forensische zorg hangen niet samen met de stelselwijziging. Deze partijen handelden niet verschillend." (UA1)

De constatering dat niet alleen op fz maar ook op reguliere zorg en daarbuiten is bezuinigd, is terecht. In 2013 bijvoorbeeld zijn, als gevolg van de banken- en eurocrisis, onder andere in de zorg omvangrijke hervormingen doorgevoerd (TK, 2013-2014b, p. 9). Of bezuinigingen in dezelfde mate hebben plaatsgevonden, over de gehele onderzoeksperiode bezien, is voor zover bekend niet onderzocht en is vanwege de haalbaarheid van het onderzoek niet verder nagegaan.

Wat de onderwerpen betreft die niet eerder in interviews (als zodanig) aan de orde zijn gekomen, zijn vier thema's te onderscheiden.³⁹² Het eerste thema betreft de als toevallig of willekeurig ervaren steun van de politiek verantwoordelijke bewindslieden en de afhankelijkheid daarvan in de fz-sector:

- "Grootste frustratie over werken in forensisch veld was en is het afleggen van verantwoording, niet alleen aan patiënt en rechter (dat is prima), maar ook aan minister, een politieke figuur die de ene keer iets anders kan vinden dan de volgende kabinetsperiode. Dan hangt het er maar van af wie dat is en hoe sterk deze zich maakt in de Tweede Kamer. Weinig ministers gaan voor tbs staan. Teeven ging voor tbs staan, Donner ook, kon het ook uitleggen. Veel ministers en staatssecretarissen luisteren beter naar Tweede Kamer dan naar hun ministerie. Het zou heel wat waard zijn als het veld niet meer rechtstreeks onder minister zou vallen. Dat hangt namelijk samen met meer regels, meer structuur, meer richtlijnen, omdat meer rekening wordt gehouden met het afbreukrisico van de politieke leiding dan met de inhoud van de zorg. Dit speelt vooral bij de tbs, dat is pisaal van de zorg. Tbs'ers maken forse incidenten." (UA2)

Het tweede thema heeft betrekking op de (onvoorziene, onbedoelde) gevolgen van de rol van Justitie/ DForZo als fz-inkoper. De al vaker genoemde zorgen over hun dubbele petten krijgen een extra dimensie, omdat de aandacht wordt gericht op de interne organisatie van DJI bij de interne sturing en ondersteuning van twee zeer verschillende kolommen (eigen voorzieningen versus inkooporganisatie). Daarnaast wordt gesproken van verstoring van het systeem van reguliere zorginkoop, buiten de fz dus, door Justitie:

- "In 2006 is nagedacht over de vraag wie moet inkoop uitvoeren? Moet dat door DJI gebeuren of [is het beter dit] bij zorgverzekeraar te beleggen (zoals VWS bij zorgkantoren doet)? Gelet op de doelen van Justitie zou het lastig zijn geweest om Justitiedoelen te realiseren (sturen op zorgtrajecten en plaatsen). Zorgkantoren deden dat niet. Voordeel zou nu zijn geweest dat aanbestedingsproblematiek niet zou spelen en er zou iets meer evenwicht zijn geweest in alle rollen. Voor DJI is het ingewikkeld om zowel fz als gw aan te sturen vanwege fundamentele verschillen [gw heeft eigen voorzieningen; DForZo betreft voornamelijk zorginkoop]; centrale staven moeten beide bedienen. Een eigen voorziening bedenken is prettiger dan eigen inkooppartij. Achteraf had er misschien toch iets aparts opgericht moeten worden, als zbo zou het makkelijker zijn om eigen koers te bepalen."
- "Justitie is echt alleen verantwoordelijk voor de zorg in strafrechtelijk kader, maar doet noodsprongen om zelfs reguliere zorg te bekostigen en dat verstoort het systeem. Als Justitie gaat betalen, gaan zorgverzekeraars achterover hangen, terwijl de zorgverzekeraar zorgplicht heeft. Justitie wil dicteren (begrijpelijk), maar dan nemen anderen hun verantwoordelijkheid niet."

392. De vraag (AVE0100), aan het einde van het interview, of er onderwerpen zijn die nog niet aan de orde zijn gekomen, maar wel van belang voor een goed begrip van de ontwikkelingen in toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid of equivalentie van fz, werd door elf respondenten ontkennend beantwoord. Sommigen grepen de vraag aan om (het belang van) een onderwerp nog eens te belichten, om een aanbeveling te doen of noemden een onderwerp dat door anderen onder de aandacht is gebracht. Hier worden de thema's opgenomen die in de empirische hoofdstukken niet eerder (op deze wijze, als zodanig) zijn belicht.

Het derde niet eerdergenoemde thema betreft de rol en afhankelijkheid van gemeenten bij het succesvol re-integreren van patiënten in de maatschappij:

- "Als gemeenten geen huisvesting regelen, zijn deze mensen anders dakloos en kan recidive toenemen." (SA1)
- "Gemeenten gaan over de voor de fz-patiënt belangrijke terreinen wonen, werken, schulden. Ook de reguliere zorg stelt meer eisen aan gemeenten. Het is onduidelijk in hoeverre gemeenten hier na al die jaren beter mee omgaan. Dit is van belang omdat dit veel invloed heeft op het slagen of falen van de patiënt. Aandacht voor dit laatste stuk is nodig. Gemeenten hebben een tijd lang geprobeerd alles op alles te zetten om te voorkomen dat iemand op straat belandt, maar dat is weer afgezwakt. Inmiddels zijn bijvoorbeeld ook sociale werkvoorzieningen afgebouwd, waardoor de kans op succes voor fz-patiënten niet is toegenomen. De Wmo valt uiteindelijk onder VWS. Ook hier is meer samenhang nodig op landelijk niveau. Er is een risico op afschuiving. In plaats daarvan is een centrale aanpak nodig om grenzen te overstijgen." (UA1)
- "Een intensief zorgtraject bestaat uit een assemblage van forensische zorg, en verzekerings- en Wmo-zorg. De combinatie daarvan ligt nu bij zorginstellingen, die knutselen een passend traject in elkaar. Ook op midden en hoger niveau moeten verzekeraars, gemeenten, DForZo meer doen om deze zorg beter te kunnen assembleren. De afstand tussen beide ministeries [VWS en Justitie] is groter dan tussen zorginstellingen en ministerie." (UA1)

Respondenten zijn in het kader van dit onderzoek (inderdaad) niet expliciet bevraagd over de rol van gemeenten. Bij de (open) vraag naar andere sturende actoren werd in enkele gevallen de gemeente genoemd. In de toelichting op andere vragen werd eenmaal aangegeven dat gemeenten bepalend zijn voor de doorstroom en dat burgemeesters over meer zaken geïnformeerd willen worden. Bij onderzoek naar de effectiviteit van fz (hier niet aan de orde), lijkt het derhalve relevant om daarbij ook de rol van gemeenten te betrekken.

Het vierde en laatste niet eerder (in dit proefschrift) genoemde onderwerp heeft betrekking op verschillen in klachtafhandeling tussen de forensische en gedwongen ggz, die een mogelijk interessant nieuw perspectief bieden voor de (verdere) ontwikkeling en toetsing van kwaliteit in de fz:

- "De klachtafhandeling oogt procedureel hetzelfde in fz als in BOPZ (vergelijkbare fasen), maar heeft toch een ander karakter. Dit beïnvloedt de wijze waarop een klacht de kwaliteit in de ggz of de fz kan verbeteren. Dat heeft te maken met het verschil in behandelrelatie en daarmee met het verschil in vertrouwen tussen beide partijen. Een patiënt met een BOPZ-maatregel heeft een uitgebreidere klachtmogelijkheid dan een gedetineerde in een PPC. De procedure wordt in een PPC veel hiërarchischer en juridischer ingestoken. De vraag die daar in de regel aan de orde is, is of de regels zijn gevolgd. In de ggz wordt je op je eigen afdeling ondersteund door een [patiëntvertrouwenspersoon] (PVP) en geholpen om een klacht voor te leggen en deze met een commissie van drie tot vijf personen in de ggz-instelling zelf te bespreken. De insteek is om de kwaliteit van het proces te verbeteren. De insteek in forensische setting is om een klacht processueel goed af te handelen. Dit is een ander frame en heeft een ander effect dan bij een ggz-instelling waar een PVP en klachtcommissie toezien op de klachtafhandeling en jaarlijks afspraken maken over de beleidsimplicaties; de PVP heeft daar een formele taak en positie in. Een

klacht wordt, hiermee samenhangend, ook anders gebruikt. In justitiële setting zijn patiënten niet alleen verontwaardigd, maar gebruiken ze een klacht ook om andere doelen te bereiken. Dat is in de ggz veel minder aan de orde.”

Samenvattend zijn in deze paragraaf drie (clusters van) ontwikkelingen genoemd die volgens respondenten niet het gevolg zijn van de stelselwijziging fz, maar er desondanks (in de eerste twee gevallen) wel door lijken te worden beïnvloed:

- aanscherping van het tbs-beleid (in FPC's). Dit is terug te voeren op ontwikkelingen die aan de stelselwijziging voorafgingen, maar wordt daarna door de verdere ontwikkeling van fz en de inkoop- en verantwoordingseisen van DForZo ondersteund en beïnvloed;
- een lagere tolerantie in de samenleving voor incidenten en een mede onder invloed van de media toenemende politieke en maatschappelijke druk op de fz. Vanwege de stelselwijziging fz heeft de politieke en maatschappelijke druk op een breder terrein betrekking dan voorheen. De ofz-patiënt is zichtbaarder geworden en het risico op reputatieschade voor de fz-sector als geheel groter;
- bezuinigingen vonden niet alleen in de (forensische) zorg plaats maar ook daarbuiten.

Daarnaast zijn vier (aspecten van) thema's genoemd die in dit proefschrift niet eerder als zodanig zijn belicht:

- de als toevallig of willekeurig ervaren steun van de politiek verantwoordelijke bewindslieden en de afhankelijkheid daarvan in de fz-sector;
- de rol van Justitie/ DForZo in verband met de interne organisatie van DJI en verstoring van het systeem van reguliere zorginkoop;
- de rol en afhankelijkheid van gemeenten bij het succesvol re-integreren van patiënten in de maatschappij;
- verschillen in klachtafhandeling tussen de forensische en gedwongen ggz.

Genoemde ontwikkelingen en thema's worden, voor zover mogelijk, betrokken bij de verdere analyse van de verklarende variabelen (met name subparagraaf 7.2).

6.4 Oordeel respondenten

Hiervoor zijn feitelijke ontwikkelingen in de fz besproken, gedeeltelijk gebaseerd op wat respondenten hieromtrent in interviews hebben aangegeven. In deze paragraaf komt de mening van respondenten over de ontwikkelingen na de stelselwijziging aan de orde. Dit gebeurt op basis van de (open) vragen die hen vrijwel aan het einde van het interview werden voorgelegd: 'Wat zijn volgens u de drie belangrijkste sterke en zwakke punten na de stelselwijziging?', 'Zitten hier 'echte' knelpunten bij?'. En aan sturende actoren en (vertegenwoordigers van) brancheorganisaties expliciet: 'Hebt u een aanbeveling?'. In deze paragraaf worden de reacties gerubriceerd en gepresenteerd, voor zover een onderwerp tenminste vijfmaal is genoemd. De thema's worden, in volgorde van frequentie van voorkomen, behandeld en aan de hand van citaten toegelicht.

Het meest genoemde sterke punt (14 respondenten) betreft de verbeterde sturing van fz, waarbij sommige respondenten doelen op het veld als geheel en sommigen op het casusniveau (patiëntenlogistiek):

- "Het principe van 'wie bepaalt, betaalt' is goed doorgevoerd, met samenhangend beleid en meer geld. Heeft te maken met veranderende samenleving (meer aandacht dat zorg nodig is voor deze doelgroep)."
- "Het justitiële domein kan beter sturen."
- "Justitie heeft inspanning gedaan om fz-instellingen te verbinden en fz te stimuleren (KFZ). Voorheen deed iedereen maar wat."
- "Aanzienlijke verbetering sturing op zorg- en verblijfsniveau."
- "Afstemming tussen verloop strafrechtketen en verloop patiëntenlogistiek van fz."
- "Kracht van één zorginkoper die regisseert en coördineert (risico dat die te dominant kan zijn)."
- "DForZo zorgt voor korte, overzichtelijke lijnen. Men stelt zich reflectief en communicatief [op]."

De ontwikkeling van fz als afzonderlijke zorgsector, aan te duiden als professionalisering of emancipatie van fz, wordt bijna net zo vaak als sterk punt genoemd (13 respondenten):

- "Fz als eigen apart domein onderkend en erkend."
- "Verheldering van het onderscheid tussen forensische en reguliere zorg (eigen doelstelling van zorg)."
- "De inhoudelijke ontwikkeling van fz heeft een boost gekregen, er is een kwaliteitsslag gemaakt."
- "Het forensisch veld is meer samenhang gaan vertonen, is meer georganiseerd vanuit een duidelijk paradigma (recidivevermindering en vergroten van veiligheid van de maatschappij)."
- "Focus is op fz komen te liggen, met duidelijk beleid en marktconsultatie, meedenken met inhoud waardoor sector zich goed ontwikkeld."
- "Professionalisering van fz en samenwerking is toegenomen sinds stelselwijziging. De fz is goed op de kaart gezet, er is nog wel een weg te gaan, maar dat was anders niet gebeurd."
- "Doel van fz (verminderen van recidive) staat inhoudelijk centraal."
- "Aandacht voor veiligheid en effectiviteit behandeling (minder overlast, herhalingsdelicten)."
- "Veel explicieter aandacht gevraagd voor expliciteren van delict risico's, leidt tot specifiekere in te zetten interventies die leiden tot betere en meer doelmatige behandeling."
- "De bevestiging dat fz-instelling zich meer moesten richten op delict risico's. Intern was dit te gebruiken bij de implementatie van behandelprogramma's. Alleen organisaties die voldoen aan bepaalde criteria mochten namelijk fz leveren."

De aandacht voor kwaliteit en effectiviteit van de fz is een derde sterk punt (10 respondenten):

- "Veel meer sturing op kwaliteit tegen een redelijke prijs, al kan het nog beter."
- "Meer onderzoek naar effectiviteit van behandelmethodes."
- "Het fz-veld is heldere kwaliteitsmaatstaven gaan definiëren, met steun van DForZo en het EFP."
- "DForZo betaalt KFZ en EFP zorgen ervoor dat kwaliteitsontwikkeling sterk van de grond komt."
- "Meer verantwoording over (effecten van) handelen als behandelaren, leidt tot kwaliteitsverbetering). Er wordt meer nagedacht over effectieve methoden, EFP speelt goede rol."

Hetzelfde geldt voor de net zo vaak genoemde toegenomen samenwerking, voornamelijk tussen fz-instellingen onderling (10 respondenten):

- "Zowel FPC's, PPC's als FPA's tonen bereidheid om met en van elkaar te leren. In het Forensisch Netwerk zijn de verschillende behandelsettings met elkaar in gesprek over verdere kwaliteitsontwikkeling."
- "Fz-instellingen leren meer van elkaar."
- "Het veld heeft zich gegroepeerd. Er is een meerjarenvisie en een convenant opgesteld."
- "Justitie heeft ingezet op samenwerking binnen de fz met een kwaliteitsimpuls."
- "Samenwerking met andere klinieken met terugkeergarantie."

Het vijfde, minder vaak genoemde sterke punt betreft de aandacht voor aansluiting op reguliere zorg, waarmee voornamelijk de inzet van Justitie wordt bedoeld om hierop aan te sluiten, in bekostigingssystematiek, wetgeving en inkoop (7 respondenten):

- "Aansluiting gezocht met reguliere zorg (DBBC's)."
- "De aansluiting fz op reguliere zorg is verbeterd, maar nog niet voldoende gerealiseerd."
- "Meer samenhang tussen forensische en reguliere zorg, mede door aankomende wetgeving."
- "Het fz- en het reguliere zorgveld zijn een constructievere dialoog gaan voeren."
- "De betrokkenheid van Justitie bij het verbinden van forensische en reguliere zorg (meer inkoop bij reguliere ggz en vgz)."

Als zesde en laatste sterke punt wordt een breder, meer gevarieerd fz-aanbod genoemd (6 respondenten). Dit heeft met name betrekking op de inkoop van ambulante zorg en RIBW-plekken:

- "Er waren te weinig tbs-, FPA- en RIBW-plekken en nu is een veel beter palet ontstaan."
- "Het versterken van de inkoop op maatschappelijke aanbod (zorgzwaartepakketten en extramurale parameters), wonen, werken en financiële hulpverlening (de belangrijkste criminogene factor). DForZo koopt dit steeds meer in."
- "Ambulantisering is gestimuleerd (behalve in tarieven)."
- "Elk jaar uitbreiding RIBW-plaatsen."

Wat zwakke punten betreft, wordt de (gebrekkige) continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel het meest genoemd (13 respondenten):

- "Reguliere en strafrechtelijke fz zijn aparte werelden geworden, slecht voor continuïteit van zorg."
- "Het faciliteren van doorstroming naar de reguliere zorg is onvoldoende."
- "De uitstroom fz is heel groot probleem, breukvlak. Zichtbaar worden van fz-patiënt is probleem geworden om door te stromen. Was bij sglvg-cliënten altijd al."
- "Complexiteit van verschillende stelsels en omvang veranderingen in gezondheidszorg: het geld bepaalt hoe het georganiseerd wordt en dat botst vaak met belangen van individuele patiënten (bijvoorbeeld continuïteit van zorg)."
- "Overgang van fz naar reguliere zorg lag voor stelselwijziging bij tbs en ligt nu bij beëindiging van strafrechtelijke titel. Het probleem van continuïteit zorg doet zich nu dus op grotere schaal voor."
- "Uitstroom van fz (tbs en ofz) naar reguliere zorg moet beter. de huidige scheiding tussen reguliere en forensische zorg (stigma 'eng' en 'gevaarlijk') creëert een overgang en belemmert uitstroom uit tbs en ofz waar iets mee moet gebeuren."

- "Het heeft niet geleid tot een toegenomen interesse bij VWS voor deze doelgroep. De aansluiting op het reguliere systeem is niet verbeterd. Dat geldt voor aansluiting op zowel voor- als achterkant. Velen zouden niet in het justitiële circuit komen als ze eerder beter opgevangen waren."
- "Aansluiting tussen de reguliere en forensische zorg is de minst geslaagde doelstelling van stelselwijziging. Het programma Continuïteit van zorg is afgelopen en heeft actiepunten geformuleerd ter verbetering (onder andere ontwikkelen van veldnorm)."
- "Continuïteit van zorg is niet bereikt."

Ook de verschillende petten van Justitie en dominantie van DForZo worden relatief vaak als zwak punt genoemd (12 respondenten)

- "De minister van Justitie probeert vanuit één hand sturing op het domein te richten, maar heeft daarbij verschillende petten op, die gezamenlijk te veel macht vertegenwoordigen."
- "Stapel van rollen bij justitie blijft ingewikkeld, leidt ertoe dat partijen soms geen bezwaar maken tegen procedurefouten van Justitie vanuit belang om goede relatie te behouden met Justitie (capaciteitsoverschot)."
- "Het departement heeft verschillende petten die in de praktijk niet of onvoldoende gescheiden worden. De NZa wordt als onafhankelijke marktmeester genegeerd door Justitie. Politiek gezien hebben ze een raming gemaakt waarbinnen alles moet passen."
- "Eén inkoper omdat er geen keuzemogelijkheden voor instelling voor zijn. Monopolist met volledige patient journey en uitvoering, niet altijd deskundig."
- "Erg ongelukkig met verschillende belangrijke rollen in één hand van DForZo, waardoor een verdeel- en heersbeeld ontstaat (zwart-wit gezegd)."
- "Justitie heeft absolute marktmacht en bepaalt de toewijzing van fz-cliënten en de splitsing binnen DJI/ DForZo (DIZ en inkoop) is niet geloofwaardig. NZa-tarieven worden niet gevolgd. Is die macht eerlijk?"
- "Dominantie Justitie belemmert marktwerking: Justitie koopt in, bepaalt de tarieven, plaatst, bepaalt de indicatoren. Dan kan er geen marktwerking zijn, als een partij zo dominant is. Marktwerking is nodig in de zorg."
- "Te lage tarieven geven grote druk op het veld. Er is geen mogelijkheid om daar iets aan te doen, omdat Justitie enige financier is, de patiënten plaatst, en de instantie aan wie verantwoording moet worden afgelegd. Justitie is een behoorlijke bepalende factor."
- "Justitie geeft soms te veel sturing en bepaalt te veel, wat effect heeft op behandelmogelijkheden sglvg. Sglvg heeft daar meer last van dan andere zorgtypen omdat fz meer is afgestemd op ggz-structuren (in een DBBC bestaat de hoofddiagnose lvb niet, behandelmethodieken passen niet bij de doelgroep, kwaliteitsnormen in andere dan gewenste richting)."

Verantwoordingsdruk en bureaucratie worden als derde zwakke punt genoemd (8 respondenten), en gaat volgens respondenten ten koste van de zorg:

- "Extra administratie vanwege verschillen in registratie van forensische en reguliere cliënten (twee systemen naast elkaar)."
- "Behandelcoördinatoren zijn te zwaar belast vanwege de vereiste administratieve afhandeling, waardoor ze patiënten nog maar één keer in twee weken en half uur spreken. Dat is te weinig om behandeling in te richten."
- "De hoge administratieve last gaat ten koste van de zorg,"
- "Hoge werkdruk vanwege administratieve lasten door loslaten van lumpsumfinanciering en doorgeslagen alles meten via DBBC (hangt niet samen met stelselwijziging)."

- "De bureaucratie is zwaar toegenomen en gaat ten koste van de patiënttijd."
- "De korte lijnen met andere fz-instellingen over behandeling en instroom zijn verdwenen en vervangen door een bureaucratisch apparaat."
- "De hoge administratieve last gaat ten koste van de zorg."
- "Toename bureaucratie, meer administratieve processen (format moeten invullen, terwijl patiënt net geplaatst is)."

Druk op de financiën wordt, net als gebrek aan differentiatie en maatwerk (zie hierna), bijna net zo vaak als zwakke plek genoemd (7 respondenten) en zet volgens sommigen de veiligheid (binnen en buiten de instelling) op het spel:

- "De financiële duimschroeven zijn erg aangedraaid."
- "Te lage tarieven geven grote druk op het veld. Er is geen mogelijkheid om daar iets aan te doen omdat Justitie enige financier is, de patiënten plaatst, en de instantie aan wie verantwoording moet worden afgelegd."
- "Boete voor kliniek bij niet halen van prestatie-indicatoren terwijl klinieken moeten vechten voor hun bestaan. Dit zet echt veel te veel druk."
- "Het steeds meer en te sterk sturen op lagere zorgintensiteit leidt tot lagere tarieven. Dit begint zijn grenzen te overschrijden. Dit leidt tot een toename van de werkdruk, waardoor de veiligheid binnen een fz-instelling zwaar onder druk staat. De fz-instelling kan zich te weinig voorbereiden op cliënt die instroomt. Te weinig informatie vooraf en een intake vooraf wordt niet gefinancierd en gebeurt niet (gebeurde voorheen wel). In de reguliere zorg is dat niet anders, maar bij fz gaat het ook om risico-inschatting. Toen [ik] begon in de fz, zei destijds verantwoordelijk behandelaar/ geneesheer-directeur (dertig jaar geleden): ik wil weten of ik een patiënt moet ontvangen met een kop koffie of met een spuit. Hoewel de uitspraak is gedateerd (spuiten doen we niet meer), weten we dat nu onvoldoende. Terwijl het om een populatie gaat, waarbij de risico-inschatting van belang is."
- "De zorginkoop zet te veel druk op de organisatie, de druk op terugdringen behandelduur levert risico op voor veiligheid."
- "De manier waarop bijvoorbeeld de prestatie-indicator verlos wordt berekend en jaarlijks tot betere scores moet leiden, anders volgt korting op het budget."

Het vasthouden aan een standaardaanpak in plaats van mogelijkheden te bieden voor differentiatie en maatwerk wordt net zo vaak als zwakke plek genoemd (7 respondenten):

- "Weinig aandacht voor individuele instellingen en mogelijkheden voor differentiatie."
- "Analogie met autofabriekmodel werkt niet (je stopt er iets in en dan komt er iets uit), standaardiseren en normeren."
- "Het aanvankelijk strakke regime en voorschrijven van Justitie."
- "De introductie van DBBC's was geen verbetering. Past moeilijk bij cliënten met multiple problematiek. De methodiek vergt dat vooraf een diagnose wordt gesteld (om een DBBC te kunnen openen) en dat is bij deze doelgroep heel lastig. Andere instellingen hebben al niet kunnen uitvlooien wat er met iemand aan de hand is. Geen uitzonderingen mogelijk. Maatwerk was nodig en op zijn plaats geweest. Door de relatief open setting kreeg je een lagere DBBC/ vergoeding. De beveiliging zit hier niet in de stenen maar in de zorgintensiteit."
- "Beveiligd verlos (eerste vijf verlosbewegingen) met twee mensen DV&O [Dienst vervoer en ondersteuning] is onnodig kostenverhogend (omdat dit aantal een standaardmaatregel betreft en geen maatwerk)."

- "DForZo bemoeit zich te veel met de behandeling van de patiënt, door dwingend op te leggen dat alleen met erkende behandelinterventies mag worden gewerkt. Dat geeft te weinig ruimte voor eigen initiatief."

Als zesde en laatste zwakke punt noemen respondenten aspecten die betrekking hebben op de toeleiding (indicatiestelling en plaatsing) naar zorg (5 respondenten):

- "Toeleiding naar zorg en indicatiestelling is een groot probleem voor sglvg-doelgroep, omdat lvb geen hoofddiagnose is."
- "Indicatiestelling(smatrix) onnodig bureaucratisch. Misser blijkt achteraf dat strikt de AWBZ-systematiek gevolgd is (in plaats van nieuwe Zvw-systematiek) wat betreft onafhankelijke AWBZ-indicatiestelling en -klassen. CIZ wilde dit niet voor fz [uitvoeren] maar wel ondersteunen bij methodiekontwikkeling. In 2007 bleek eerste jaar behandeling indicatieloos."
- "Alles ligt in één hand. De inhoudelijke deskundigheid bij plaatsing staat onder druk."
- "De patiënt krijgt niet de beste zorg vanwege regionale plaatsing en (randvoorwaarden rondom) de schriftelijke afdoening."

Bij de vraag naar 'echte knelpunten', noemen respondenten verschillende onderwerpen die voornamelijk zijn terug te voeren op:

- "Verantwoordingsdruk, druk op de financiën en tijdsdruk (9 respondenten, zie desbetreffende toelichtingen hiervoor)."
- "Sturende actoren op Justitie- en VWS-terrein (6 respondenten)."

Behalve de eerdergenoemde zorgen over de dubbele petten van Justitie en de dominantie van DForZo, wordt hierbij gewezen op de verschillen in paradigma's en de rol van zorgverzekeraars:

- "Het feit dat interdepartementale samenhang niet zichtbaar voor het veld lukt, geeft een negatieve uitstraling aan het veld en levert imago schade op. De discussie komt altijd te laat op gang. Dit doet zich voor bij allerlei maatregelen en heeft gevolgen voor acceptatie van de tbs-maatregel, het slim inzetten van financiering bij complexe patiënten. Er is te veel casuïstiek over patiënten, waarbij deze er niet beter van wordt. De stelselwijziging is te veel bij een overheveling gebleven, met ieder een eigen deel, in plaats van als opdracht om gezamenlijk de samenhang te versterken. Er is gezamenlijke taal nodig om dat uit te stralen."
- "Verschillende paradigma's: veiligheids- versus gezondheidsdenken. Veiligheidsdenken overheerst. Flink discussie, bijvoorbeeld over verloop van cliënten. Justitie begrijpt niet dat verslaving niet volledig is te behandelen in een kliniek (per definitie een kunstmatige setting), niet vergelijkbaar met maatschappij. Vanuit verslavingsbehandelprincipes moet je cliënt aan prikkels van maatschappij blootstellen. Vanuit Justitie is hier te weinig begrip en ruimte voor. Het geeft gedoe dat politie en justitie een cliënt [dan] wil oppakken, grijpt in in behandelproces."
- "Gebrek aan aandacht en eenduidig beleid bij zorgverzekeraars met betrekking tot niet-strafrechtelijke deel van fz (in-, door- en uitstroom). Moet [meer] in lijn met Justitie."

Veertien respondenten formuleerden, gevraagd of ongevraagd, in totaal 27 aanbevelingen. De meeste aanbevelingen zijn gericht aan het ministerie van Justitie en DForZo en hebben betrekking op de rol van Justitie, de visie op de fz-patiënt, flexibiliteit en differentiatie van het fz-aanbod, procedures en tarieven in de fz:

- "Justitie moet nadenken over scheiding der machten (petten) en hoe het de nadruk op incidenten van zich af kan organiseren. Het moet slimmer."
- "Schoenmaker blijf bij je leest, ga niet op de stoel van de behandelaar zitten. Laat je leiden door experts, behandelaren."
- "Maak maatschappelijk verhaal, vent 'Forensische zorg in getal' beter uit."
- "Zie justitiabele niet alleen als justitiabele maar ook als patiënt."
- "Vz-instelling zou nog meer in gevangenissen kunnen doen (klinische modules). Als iemand er toch zit, is een justitiabele abstinenter en dan moet je hem al in behandelcultuur proberen te trekken en niet in de bajescultuur, voorkom criminogene trajecten."
- "In detentie worden te weinig mensen voor fz geselecteerd (lvb'ers). Is weliswaar verbeterd, maar kan nog veel meer verbeteren."
- "Een flexibeler systeem zodat het op- en afschalen binnen fz en de overgang naar reguliere zorg soepeler loopt."
- "Binnen fz moet het onderscheid tussen forensische titels (tbs, ofz) verdwijnen, waardoor verschillende titels makkelijker bij elkaar kunnen worden geplaatst en de continuïteit van zorg makkelijker kan worden geleverd (nu is er het risico dat tbs verder afneemt en nog meer instellingen moeten verdwijnen)."
- "Hoe langer iemand in fz heeft gezeten, des te groter is het risico en het belang van een goede overgang. Een tbs'er die al jarenlang tbs heeft en naar RIBW komt, verdient meer aandacht, voordat die naar RIBW komt. . . Binnen klinieken moeten meer resocialisatiemogelijkheden zijn. Overstap is best groot vanuit kliniek naar RIBW. Bij detentie geldt dit in sterkere mate nog voor de ISD."
- "Ontwikkel fz-aanbod dat qua volume en inhoud beter past bij de doelgroep."
- "Zorginkoper moet meer aandacht hebben voor differentiatie van zorgaanbod en tarieven."
- "Zorgplicht en financiering horen bij elkaar, dan heb je slagkracht. AEF [Andersson Elffers Felix] doet met oog doorstroming onderzoek naar levenslooppuntie . . . waarbij capaciteit verzekerd moet worden door zorgcoöperatie van zorginstellingen. Principieel een onlogische constructie. De zorgplicht hoort bij de inkoper, niet bij verkoper."
- "Een regionale inkoopcombinatie (Wmo, Wlz en Wfz) moet voor regio zorg(keten) gaan inkopen. Het regionale zorgkantoormodel is erg succesvol. Zorgkantoren voldoen aan zorgplicht binnen financiële kaders."
- "Indicatiestelling vereenvoudigen door AWBZ-kader los te laten en alleen te focussen op beveiligingsniveau (geen uitspraak over verblijfsintensiteit en zorg nodig)."
- "Stuur op behandelduur van alle strafrechtelijke titels: niet alleen bij tbs (FPC/FPK), maar ook bij FPK (andere titels) en FPA."
- "Versterkt doorzetten van het kwaliteitsbeleid KFZ/ EFP, incl. financieel interessant maken: meedoen met implementatie van KFZ-traject geeft 1% tariefverhoging. Daardoor veel innovatie."
- "Bij toekomstige bekostiging (ZZP voor fz en Zvw) beveiliging en verstandelijke beperking niet als toeslag maar als integrale tarieven opnemen omdat dit structureel dan beter geregeld is. Toeslag is risicovol omdat dit makkelijk kan worden afgeschaft."

Daarnaast zijn (acht) aanbevelingen gericht aan zowel het ministerie van Justitie als het ministerie van VWS en hebben betrekking op de gezamenlijke sturing en de reikwijdte van de

fz (vanwege de niet-strafrechtelijke fz-populatie), met het oog op een soepeler overgang tussen systemen (continuïteit van zorg):

- "Justitie en VWS moeten elkaar beter gaan opzoeken en daarmee maximaal de fz-instellingen faciliteren. Beide ministeries moeten ervoor zorgen dat discussies niet op instellingsniveau plaatsvinden."
- "Overheid (VWS en Justitie) moet meer vanuit één belang spreken: a. VWS en Justitie moeten niet elkaars troeven afvangen, maar samenwerken. Het lijkt tegenwoordig vaker te botsen: bij het opstellen van huisregels in ggz-klinieken krijgen deze te maken met twee overheden die verschillende belangen hebben. b. Ook bij het opleiden van personeel kan men beter samenwerken: tot een jaar geleden gold een numerus fixus voor opleiding van ggz-verpleegkundigen. Als gevolg van personeelstekort ontstaan er vaker incidenten."
- "Benut de ontwikkelde expertise van fz (zorg in combinatie met beveiligingsniveau) in reguliere en forensische zorg beter. De verwarde personenproblematiek zit dicht tegen fz. Maak het gemakkelijker om mensen zonder strafrechtelijke titel in fz te plaatsen en zorg dat tijdig de nodige contacten worden gelegd (fz kan iets met deze cliënten)."
- "Het justitiële systeem is ontworpen met maatwerk en doelgroepspecifiek. Het zorgsysteem is macro. De ellende met deze doelgroep is dat ze niet met dit macrosysteem om kunnen gaan (lvb of afwijking). Grootste fout zou zijn om het macrosysteem te perfectioneren. . . Organiseer iets apart voor deze doelgroep, dat scheelt handenvol geld en ellende. Fz is alleen in verplichte domein goed geregeld, maar niet in vrijwillige domein (beveiligd en onbeveiligd)."
- "Sturing op hoger niveau moet samenwerken op lager niveau mogelijk maken. Als zorgverzekeraars niet-strafrechtelijke fz blijven inkopen, dan overhevelen naar een zorgverzekeraar die (namens twaalf zorgverzekeraars) met DForZo en zorginstelling samen beleid ontwikkelen. Dit is van belang voor uitstroom uit detentie, FPA en RIBW et cetera. Alles is op te lossen als je er een gezamenlijk probleem van maakt. Dat wat je niet alleen kunt oplossen, moet je met de belangrijkste spelers samen oppakken (gemeenten, zorgaanbieder, DForZo, één zorgverzekeraar) is zowel voor de hele in-, door- en uitstroom van fz als voor de samenwerking tussen forensische en reguliere zorg nodig."
- "Meer afstemming tussen inkopers (zorgverzekeraars en DForZo) in verband met tekort beveiligde zorg."
- "Zorgen voor betere en tijdige overdracht tussen fz en reguliere instellingen (vroegtijdig betrekken van), gemeenten en zorgverzekeraars (conform beleid Continuïteit van zorg, Koers en kansen)."
- "Een flexibeler systeem, zodat het op- en afschalen binnen fz en de overgang naar reguliere zorg soepeler loopt."

Respondenten noemen (in volgorde van frequentie) als meest sterke punten na de stelselwijziging: verbetering van sturing van fz, ontwikkeling en professionalisering van fz, aandacht voor kwaliteit en effectiviteit, toegenomen samenwerking tussen fz-instellingen, inzet van Justitie om aan te sluiten op de reguliere zorg en (variatie in) het fz-aanbod.

De meest genoemde zwakke punten zijn: continuïteit van zorg, verschillende petten Justitie en dominantie DForZo, administratieve druk en bureaucratie, druk op financiën/ hoge werkdruk, gebrek aan differentiatie, en toeleiding naar zorg. De 'echte' knelpunten hebben enerzijds betrekking op financiën, bureaucratie en tijdsdruk en anderzijds op de rol van sturende actoren.

Voor zover respondenten gevraagd of ongevraagd aanbevelingen formuleren, zijn deze meestal gericht aan het ministerie van Justitie en DForZo en hebben zij betrekking op de rol van Justitie, de visie op de justitiabele/ fz-patiënt, flexibiliteit en differentiatie van het fz-aanbod, procedures en tarieven in de fz. Daarnaast worden aanbevelingen gericht aan het ministerie van Justitie en het ministerie van VWS, die voornamelijk betrekking hebben op de gezamenlijke sturing en de reikwijdte van de fz (vanwege de niet-strafrechtelijke fz-populatie), met het oog op een soepeler overgang tussen systemen (continuïteit van zorg).

6.5 Samenvatting

In deze paragraaf worden de bevindingen in dit hoofdstuk kort samengevat en toegelicht. Tabel 6.21 toont de ontwikkeling van theoretische variabelen per fz-domein (paragraaf 6.2) en tabel 6.22 de alternatieve verklaringen (plausible rival explanations (Yin, 2014, pp. 140-142) voor de in hoofdstuk 5 geschetste ontwikkelingen. In hoofdstuk 7 wordt op de samenhang tussen deze ontwikkelingen ingegaan.

Tabel 6.21 laat zien dat de ontwikkelingen met betrekking tot het aantal sturende en uitvoerende actoren, hun belang en zeggenschap (economische rechten), doelen en gedrag in de onderzoeksperiode tussen FPC's, intramurale en extramurale ofz vrij weinig verschillen, namelijk alleen bij het aantal agenten en actoren. Dit hangt samen met het gegeven dat op deze terreinen vrijwel uitsluitend particuliere instellingen werkzaam zijn, die alle dezelfde verandering (stelselwijziging) hebben ondergaan, met (kennelijk) dezelfde gevolgen. Mogelijk zijn verschillen ook onderbelicht gebleven, omdat de respondenten (vanwege de omvang van de vragenlijst) niet per domein zijn bevestigd en de ontwikkelingen per domein achteraf, mede op basis van andere bronnen, zijn geanalyseerd. De ontwikkelingen op genoemde domeinen wijken in ieder geval wel af van die bij PPC's, hetgeen samenhangt met het feit dat deze niet zijn overgeheveld vanuit VWS maar in 2006 ook al onder het gezag van de minister van Justitie vielen. Omdat niet met personen binnen het gevangeniswezen kon worden gesproken (subparagraaf 4.5.2) ontbreken veelal gegevens over PPC's.

Uit tabel 6.22 valt af te leiden dat de onderzochte alternatieve verklaringen slechts gedeeltelijk de ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie en doelmatigheid van de fz verklaren. De volumeontwikkelingen in de fz-populaties, verklaren de ontwikkeling in fz-kosten per doelgroep niet (gedetineerden en overige forensische patiënten) of hooguit gedeeltelijk (ter beschikking gestelden). In combinatie met de loon- en prijsstijgingen die in de onderzoeksperiode cumulatief 23% bedragen is de kostenontwikkeling bij FPC's, anders dan de overige fz-domeinen, echter wel (volledig) verklaarbaar vanuit volume- en tariefontwikkelingen. Daarnaast kan worden geconcludeerd dat de ontwikkelingen in de fz voor een belangrijk deel niet vergelijkbaar zijn met die in de reguliere zorg (veelal ggz). Gezamenlijk duiden deze bevindingen erop dat sprake is van verschillen in sturing tussen forensische en reguliere zorg. In hoofdstuk 7 wordt hier verder op ingegaan.

Tabel 6.21 Ontwikkeling theoretische variabelen na stelselwijziging

	OFZ		OFZ	
<i>Aantal SA en UA</i>				
Aantal principalen (ruim)	-	/	-	-
Aantal agenten	/	-	+	+
Aantal actoren (totaal)	-	-	+	+
<i>Zeggenschap SA</i>				
Fz-productie	+	?	+	+
Fz-patiënten	+	/	+	+
Fz-budget	..	?	..	..
<i>Belang SA</i>				
Financieel belang	+	/	+	+
Politieke aansprakelijkheid	+	/	+	+
Economische rechten SA	+	?	+	+
<i>Zeggenschap UA</i>				
Fz-productie	-	?	-	-
Invloed fz-terrein	+	?	+	+
<i>Belang UA</i>				
Maatschappelijke druk	+	?	+	+
Taakspecialisatie	+	?	+	+
Financieel belang	+	?	+	+
Economische rechten UA	-	?	-	-
<i>Opdracht kosten besparen</i>				
Direct bij overheveling	nee	?	nee	nee
Trendmatige ombuiging	ja	?	ja	ja
<i>Vershil in doelen</i>				
Tussen SA	+	?	+	+
Tussen SA en UA	-	?	-	-
Tussen UA	-	?	-	-
<i>Gedrag SA</i>				
Centralisatie van sturing	+	/	+	+
Sturing vanuit strafrecht- en zorgketen	+	?	+	+
Netwerkmanagement	+	?	+	+
Discretionair gedrag	+	?	+	+
Afknijpgedrag	+	?	+	+
<i>Gedrag UA</i>				
Informatie-uitwisseling binnen fz	+	?	+	+
Informatie-uitwisseling reguliere zorg	/	?	/	/
Concurrentie (marktaandeel)	+	?	+	+
Vertrouwen	+	?	+	+
Samenwerking tussen fz-instellingen	+	?	+	+
Samenwerking met reguliere zorg	/	?	/	/
Belangenbehartiging fz-instellingen	+	?	+	+
Belangenbehartiging brancheorganisaties	/	?	/	/
Conflicten tussen fz-instellingen	/	?	/	/
Conflicten (DForZo, reguliere zorg)	+	?	+	+
Innovatie fz	+	?	+	+
Ontduikgedrag	-	?	-	-

Legenda

+ Toegenomen; - afgenomen; / gelijk gebleven; .. geen eenduidige input; ? onbekend

Tabel 6.22 Samenvattend overzicht alternatieve verklaringen

Onderwerp	Samenvatting bevindingen
Ontwikkeling (potentiële) fz-populatie	In periode 2006 t/m 2015 daling van het aantal door de rechter opgelegde sancties (-30%), toename van het aandeel voorwaardelijke sancties (+35%), daling van het aantal gedetineerden (-14%) en ter beschikking gestelden (-9%), stijging van het aantal onder reclasseringstoezicht gestelden (+21%) en (vanaf 2012) het aantal toezichtopdrachten met fz (+106%). De aan sancties en doelgroepen te relateren fz-kosten stijgen verhoudingsgewijs sterker en verklaren de fz-kostenontwikkeling niet (gedetineerden en overige forensische patiënten) of hooguit gedeeltelijk (ter beschikking gestelden)
Registratie-effect	(Hooguit) relatief beperkt effect
Implementatie-effect	Beperkt effect. Inwerkingtreding van Wfz (in 2019) betreft grotendeels voortzetting van praktijk sinds 2007; NZa krijgt handhavende bevoegdheden. Vanaf 2018 onzekerheden vanwege verplichte aanbesteding en verandering van instroom vanwege invoering Wvvgz (2020)
Loon- en prijsbijstellingen	Jaarlijks gemiddelde stijging van 2,2%; cumulatieve stijging van 23% (ten opzichte van 2006) en 12% (ten opzichte van 2009)
<i>Vergelijkbaarheid ontwikkelingen forensische en reguliere zorg</i>	
Relatie zorginkoper en zorgaanbieder	Bepaalde ontwikkelingen vergelijkbaar en eerder toegepast in ggz (akkoord met sector, ROM, bekostigingssystematiek); in fz was eerder sprake van een strakkere sturing dan in reguliere zorg. Belangrijk verschil is dat fz één zorginkoper kent; in reguliere zorg is het aantal (onderling verschillende) relaties met zorgverzekeraars en zorgkantoren toegenomen
Transparantie	Fz minder transparant dan reguliere zorg, zowel vanuit perspectief van patiënt als vanuit perspectief van zorginkoper
Kwaliteit	Grotendeels vergelijkbaar. Inzicht zowel in ggz als fz beperkt. Toename kwaliteitskeurmerken. Vergelijkbare ontwikkeling in ambulante zorg (FACT). Aannemelijk dat kwaliteit intramurale fz (met name in gevangeniswezen) sterker is toegenomen dan in reguliere zorg
Toegankelijkheid	Verschillen in ontwikkeling bij enige vergelijkingsmaatstaf (wachttijden). Afgaand op wachttijden heeft toegankelijkheid ambulante fz zich minder gunstig en intramurale fz gunstiger ontwikkeld dan ggz
Kostenontwikkeling	Sterkere kostenontwikkeling in forensische dan in reguliere zorg. Tussen 2009 t/m 2015, stijgen de uitgaven aan ggz met 12%, aan ghz (ter indicatie van vgz) met 16% en aan fz met 31%
Doelmatigheid (substitutie)	Verschillen in ontwikkeling. Ambulante fz en beschermd wonen stijgen tussen 2012 t/m 2015 relatief sterker in de fz dan in de ggz. Het aantal klinische bedden daalt in de fz relatief minder sterk dan in de ggz. Meer dan in de ggz is de afname van intramurale fz gebaseerd op een afnemende reële behoefte (aan fpc-bedden) en bewuste vermindering van de gemiddelde tbs-behandeldduur. Zegt weinig over doelmatigheid zonder indicatie over kwaliteit
<i>Alternatieve verklaringen</i>	
Ontwikkelingen die niet met stelselwijziging samenhangen	Minder tolerantie voor incidenten in samenleving en toenemende politieke en maatschappelijke druk op fz, mede onder invloed van media; aanscherping tbs-beleid (fpc's); bezuinigingen. Hoewel deze ontwikkelingen niet het gevolg zijn van stelselwijziging, worden (de eerste twee) er wel door versterkt
Ontwikkelingen niet eerder (hier) benoemd	Rol en afhankelijkheid van gemeenten bij re-integratie patiënten; toeval steun politiek verantwoordelijke bewindslieden; (on-)evenwichtigheden interne sturing DJI en rol Justitie bij mogelijke verstoring inkoop reguliere zorg; functie en betekenis klachtafhandeling in fz (afwijkend ten opzichte van BOPZ)

7 Analyse

7.1 Inleiding

Onderzoeksvraag 7

In hoeverre zijn de na de stelselwijziging geconstateerde verschillen in kwaliteit, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) forensische zorg terug te voeren op deze theoretische en alternatieve verklaringen?

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen die zich in de onderzoeksperiode in de fz hebben voorgedaan en hiervoor afzonderlijk zijn beschreven, in onderlinge samenhang geanalyseerd. Het hoofddoel is om na te gaan of de feitelijke ontwikkelingen zich voordoen in de richting zoals theoretisch verwacht, anders gezegd, zoals in de proposities geformuleerd (paragraaf 2.5). Daarnaast wordt ingegaan op ontwikkelingen in de verschillende fz-domeinen (FPC's, PPC's, intra- en extramurale ofz). Nagegaan wordt of deze, behalve als zelfstandig onderzoeksresultaat, gebruikt kunnen worden om de proposities op niveau van fz domein te toetsen.

De analyse is tweeledig. Paragraaf 7.2 gaat per subparagraaf in op de vraag in hoeverre de kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van fz na de stelselwijziging zijn veranderd, en in hoeverre deze ontwikkelingen door de in paragraaf 6.3 genoemde alternatieve variabelen (kunnen) zijn beïnvloed. Hiermee worden de contouren zichtbaar van het niet-verklaarde deel van de ontwikkelingen in de (systeemprestaties van) fz, waarop de theoretische factoren van invloed (kunnen) zijn. Paragraaf 7.3 biedt de analyse van de relatie tussen de centrale te verklaren variabele in het theoretisch model, de ontwikkeling van doelmatigheid in de fz na de stelselwijziging, en veranderingen in de theoretische factoren (verandering van sturing) zoals in de proposities geformuleerd.

7.2 Prestaties forensische zorg

7.2.1 Kwaliteit

De kwaliteit van fz is vanuit twee perspectieven, zorg en veiligheid, in beeld gebracht en waar mogelijk vergeleken met ontwikkelingen in de reguliere zorg (voornamelijk ggz). De belangrijkste informatiebronnen zijn openbare en opgevraagde (DJI-)gegevens, interviews met personen die de stelselwijziging hebben meegemaakt en zicht hebben op de ontwikkelingen sindsdien en rapportages van onderzoeksinstellingen zoals het Trimbos-instituut, Vektis en het RIVM. (Enkel) vertegenwoordigers van het gevangeniswezen (hoofdkantoor en PPC's) konden niet worden geïnterviewd (subparagraaf 4.5.2).

Respondenten vinden de erkenning, ontwikkeling en professionalisering in de onderzoeksperiode van de fz als apart zorgdomein, met een duidelijk eigen paradigma (vermindering criminele recidive, vergroten veiligheid van samenleving) het op één na sterkste punt van de stelselwijziging, gevolgd door de aandacht voor de kwaliteit en effectiviteit van fz

(paragraaf 6.4). Behandeldoelen en kwaliteitseisen zijn na de stelselwijziging aangepast. De grotere gerichtheid op recidive speelt hierbij een belangrijke rol. In een enkel geval is gewezen op aanpassing van de groepsgrootte (bij sglvg, vanwege de kosten). De fz is zich meer naar de vraag van DJI gaan richten (subparagraaf 5.5.1).

Over de inhoudelijke kwaliteitsontwikkeling is in de fz en de reguliere zorg weinig concrete informatie beschikbaar (subparagraaf 6.3.4.3). In dit proefschrift is fz als minder transparant beoordeeld dan de reguliere zorg, niet alleen vanuit het perspectief van de fz-patiënt, maar ook van dat van de zorginkoper (subparagraaf 6.3.4.2). Fz is door Vektis getypeerd als "een domein waarin beschikbare informatie beperkt toegankelijk is" (De Ruiter et al., 2017, p. 32). Anders dan in de reguliere zorg (via Vektis), worden fz-inkoopgegevens en -beheerskosten beperkt systematisch gepubliceerd. In de fz worden inhoudelijke (ROM-)behandeldata niet centraal verzameld, geanalyseerd en voor patiënt of zorginkoper inzichtelijk gemaakt, zoals bij Stichting Benchmark ggz gebeurt, en wordt geen uniform meetinstrument gebruikt om patiëntervaringen te meten. Bij de doorontwikkeling van prestatie-indicatoren die de voortgang van behandeling en patiëntervaringen monitoren (zoals ROM en CQ-index) worden brancheorganisaties, fz-instellingen en beroepsverenigingen betrokken maar, anders dan de reguliere zorg, patiënt- of naastenorganisaties niet. Sturende en uitvoerende actoren spreken weliswaar de intentie uit om transparantie in de fz te vergroten, maar het instrumentarium is in de fz minder ver ontwikkeld dan in de reguliere zorg en lijkt mede daarvan afhankelijk. Voor zover gegevens konden worden achterhaald, zijn ontwikkelingen in (kwaliteit van) de fz en ggz in grote lijnen vergelijkbaar. Het aantal kwaliteitskeurmerken, door toezichthouders NZa en IGZ beschouwd als indicator voor kwaliteitsontwikkeling, is in beide domeinen toegenomen. De ontwikkeling van FACT, door het Trimbos-instituut geduid als een belangrijke impuls voor de (reguliere) ambulante zorg, kent een forensische pendant. Vanwege de relatieve achterstand (voor de stelselwijziging) van met name zorgafdelingen in het gevangeniswezen, is het aannemelijk dat de kwaliteit van (deze) intramurale fz in de onderzoeksperiode sterker is toegenomen dan in de reguliere intramurale zorg (subparagraaf 6.3.4).

De ontwikkeling van fz als afzonderlijk zorgdomein heeft echter ook een keerzijde. Het zwakste punt in de fz betreft volgens respondenten de (problemen met) continuïteit van vervolgzorg. In 2014 en 2015 heeft ruim de helft van de fz-populatie na afloop van de strafrechtelijke titel aanvullende zorg nodig. In circa een derde van deze gevallen is dit niet geregeld op de datum dat de strafrechtelijke titel afloopt (subparagraaf 5.5.1). Respondenten zijn het (zeer) oneens met de stelling dat het regelen van passende vervolgzorg geen probleem meer is, al vinden sommigen dat, onder andere dankzij initiatieven van de fz-instellingen zelf, sprake is van enige verbetering voor met name ter beschikking gestelden ten opzichte van de situatie voor de stelselwijziging. Anderen wijzen op structurele knelpunten (grotere herkenbaarheid fz-patiënten, schotten in verband met verschillen in financieringssystematiek en minder zeggenschap van fz-instellingen) voor de fz als geheel. Met name voor ofz-patiënten lijkt sprake van een verslechtering ten opzichte van de situatie voor de stelselwijziging. In 2016 zijn Justitie en VWS, mede naar aanleiding van de moord op

voormalig politica Els Borst, een programma gestart om geconstateerde knelpunten aan te pakken (Programma Continuïteit van zorg, 2017a).

Wat het veiligheidsperspectief in de fz betreft, is naar de interne en externe veiligheid, dat wil zeggen de veiligheid binnen en buiten de fz-instellingen, gekeken. Op basis van de beschikbare informatie en het oordeel van IVenJ-vertegenwoordigers is geconcludeerd dat de externe veiligheid in de beveiligde fz (FPC's, PPC's en intramurale ofz) en de interne veiligheid in het gevangeniswezen na de stelselwijziging is toegenomen (subparagraaf 5.5.2). Bij FPC's speelt de professionalisering van de tbs- verlofpraktijk een rol, die in aanleiding is terug te voeren op ontwikkelingen die aan de stelselwijziging voorafgingen, maar er via verdere kwaliteitsontwikkeling, inkoop- en verantwoordingseisen van DForZo wel door worden ondersteund en beïnvloed (subparagraaf 6.3.5).

Op de ontwikkeling van de interne veiligheid in FPC's en ofz en de externe veiligheid in de extramurale ofz is geen zicht verkregen.

De ontwikkelingen samenvattend wordt geconcludeerd dat in de onderzoeksperiode, vanuit perspectieven van zorg en externe veiligheid, de kwaliteit van fz bij alle vier domeinen is toegenomen. Voor zover gegevens konden worden achterhaald, zijn ontwikkelingen in (kwaliteit van) de fz en ggz in grote lijnen vergelijkbaar. Voor ter beschikking gestelden is daarnaast de continuïteit van zorg verbeterd, maar voor overig forensisch patiënten juist verslechterd. Over gedetineerden ontbreekt in dit verband informatie. De (problemen met) continuïteit van vervolgzorg wordt door respondenten gezien als het zwakste punt in de fz. De interne veiligheid is in het gevangeniswezen in de onderzoeksperiode toegenomen. Over de ontwikkeling daarvan in FPC's en ofz is geen (eenduidig) beeld verkregen. De fz is minder transparant dan de reguliere zorg, zowel vanuit het perspectief van de patiënt als van de zorginkoper.

7.2.2 Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van fz is op basis van de hiervoor genoemde informatiebronnen zowel vanuit het perspectief van Justitie als vanuit het patiëntperspectief beschouwd. Vanuit justitieperspectief vormden schaarsteproblemen in de fz en het streven dat de minister van Justitie zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het vonnis beter kan dragen, (mede) aanleiding tot de overheveling van fz vanuit de AWBZ naar Justitie (paragraaf 1.1). De ontwikkeling van wachttijden in de fz is echter ook vanuit patiëntperspectief van belang. Op basis van de beschikbare wachttijdgegevens kan worden geconcludeerd dat in de onderzoeksperiode de toegankelijkheid van FPC's voor in een gevangenis wachtende ter beschikking gestelde is verbeterd en dat aannemelijk is dat voor gedetineerden de toegankelijkheid van PPC's en ofz is toegenomen. Hoe de toegankelijkheid van de fz zich in de onderzoeksperiode voor de overige forensische patiënten heeft ontwikkeld, kon niet worden achterhaald (subparagraaf 5.6.1).

Vergelijking van beschikbare wachttijdgegevens vanaf 2011 leert dat zich in de fz en de ggz tegengestelde ontwikkelingen voordoen. Afgaand op de wachttijden heeft de toegankelijkheid

van de ambulante fz zich minder gunstig en de intramurale fz juist gunstiger ontwikkeld dan in de reguliere ggz (subparagraaf 6.3.4.4). In de ambulante fz zijn er geen financiële belemmeringen voor de patiënt, anders dan in de reguliere ggz. Enkel aan verblijf in een door Justitie gefinancierde ofz-instelling zijn financiële consequenties (eigen bijdragen) verbonden. Over de uitvoeringspraktijk is bij DJI en NZa weinig bekend.

Tegenover de vanuit patiëntperspectief relatief gunstiger financiële toegankelijkheid van (tenminste) de ambulante fz staan andere, ongunstiger factoren. Zo kan een ofz-patiënt na de stelselwijziging, anders dan een ggz-patiënt, niet zelf een zorgaanbieder kiezen en is deze bij verblijf in een fz-instelling meer afhankelijk van derden, zoals justitiële autoriteiten (voor zorgtoeleiding) en van behandelaar en fz-instelling bij het aanvragen van een second opinion (subparagraaf 5.6.2).

Per saldo wordt geconcludeerd dat de toegankelijkheid van fz in de onderzoeksperiode voor ter beschikking gestelden en gedetineerden is verbeterd. Wat de overige forensische populatie betreft ontbreekt het beeld over de gehele onderzoeksperiode. Dat is niet volledig en wisselend.

7.2.3 Equivalentie

Eerder is geconstateerd dat toeval vaak bepaalt of een forensische patiënt in justitiële sfeer of in (reguliere) zorg terechtkomt (RVZ, 2012, p. 8), dat er overeenkomsten en verschillen zijn tussen patiëntpopulaties in de fz en de ggz en dat 'de' fz- of ggz-patiënt niet bestaat (Neijmeijer, Rijkaart, et al., 2012, pp. 53-55). Om tegemoet te komen aan verschillen tussen fz-patiënten, zijn in deze studie waar mogelijk de ontwikkelingen per fz-doelgroep onderzocht, namelijk van ter beschikking gestelden, gedetineerden en overige (intra- en extramurale) forensisch patiënten en de hiermee samenhangende fz-domeinen (FPC's, PPC's en intra- en extramurale ofz).

Tussen de fz en ggz bestaan verschillen en overeenkomsten in de meest voorkomende diagnoses (tabel 5.16). In de forensische populatie worden vaker dan in de reguliere ggz persoonlijkheidsstoornissen, verslavingsproblematiek en stoornissen in impulsbeheersing gediagnosticeerd en minder vaak angst- en stemmingsstoornissen (paragraaf 5.7). In 2013 komen twee hoofddiagnoses (persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie) voor in de top 5 van ggz en fz. In 2015 geldt dit ook voor middelgebonden stoornissen. Angst- en stemmingsstoornissen komen wel in de ggz top 5 voor, maar niet in die van de fz. Het omgekeerde geldt voor stoornissen in de impulsbeheersing, stoornissen in de kindertijd en seksuele stoornissen. Het is niet bekend of en in hoeverre verschillen in signalering of toeleiding naar zorg hierbij een rol spelen. Een korte standaard screening van psychiatrische problematiek bij binnenkomst van gedetineerden ontbreekt (Den Bak et al., 2018, p. 73) en de toeleiding (indicatiestelling en plaatsing) naar fz wordt na de stelselwijziging als zwak punt gezien (paragraaf 6.4). (Inter)nationale onderzoeken naar prevalentie en mogelijk onderrapporteren van psychiatrische problematiek in detentie en reacties van enkele respondenten over mogelijk minder snel signaleren van internaliserend gedrag en lvb-problematiek duiden erop dat onderzoek naar de toeleiding naar fz waardevol kan zijn.

Voor zover hoofddiagnoses overeenkomen, blijkt uit (opgevraagde) NZa-gegevens dat in 2015 bij vier van de vijf in de fz meest voorkomende hoofddiagnoses (persoonlijkheidsstoornissen, middelengebruik, schizofrenie en seksuele stoornissen) het behandel-effect in de fz lager is dan in de ggz. Alleen bij 'stoornissen in de impulsbeheersing' is het behandel-effect in de fz groter (paragraaf 5.7). Mogelijk spelen (verschillen in) beschikbare directe behandeltijd en, gelet op de geconstateerde behoefte aan continuïteit van vervolgzorg (subparagraaf 5.5.1), en het beëindigen van de behandeling bij afloop van de strafrechtelijke titel hierbij een rol. De equivalentie van zorg als zodanig is op basis van deze cijfers lastig (volledig) te beoordelen. Behandelaren noemen de behandeling in de fz vanwege de gerichtheid op delict-risico en beveiliging niet vergelijkbaar met de reguliere zorg (paragraaf 5.7). Met name in de (ambulante en klinische) ofz duiden de grotere gerichtheid op recidivevermindering, het verschil in behandel-perspectief, minder ruimte voor de eigen zorgvraag van de patiënt, minder keuzevrijheid om een zorgaanbieder te kiezen en minder intakemogelijkheden van fz-instellingen, er echter op dat de equivalentie van zorg na de stelselwijziging voor overig forensische patiënten is verminderd. Door de inrichting van PPC's en de inkoop van zorg in het gevangeniswezen is deze voor gedetineerden juist toegenomen.

Ook in de context van de geleverde zorg, in de werking van het systeem als zodanig, zijn er overeenkomsten en verschillen tussen forensische en reguliere zorg die de equivalentie van zorg (direct of indirect) beïnvloeden. In de relaties tussen zorgverzekeraar, zorgaanbieder en patiënt en de rol daarbij van toezichthouders (NZa en IGZ) gaat het daarbij in hoofdlijnen over het volgende. Voor zover van een relatie tussen fz-verzekeraar (minister van Justitie/ DForZo) en fz-patiënt (justitiabele) kan worden gesproken, is deze als een 'verplichte' te typeren, waarbij verzekeringnemer geen premie is verschuldigd, maar ook niet van verzekeraar kan wisselen. Verzekerde en verzekeraar zijn dus in zekere zin 'tot elkaar veroordeeld'. De fz-verzekeraar sluit, net zoals in de reguliere zorg, contracten af met zorgaanbieders, maar bepaalt, anders dan in de reguliere zorg, ook welke patiënten daar geplaatst worden. De aard, timing en duur van het individuele zorgtraject wordt in de fz niet door de zorgaanbieder en verzekerde bepaald, maar door actoren die de strafrechtelijke titel vaststellen (zoals rechter, RC en OvJ, zie subparagraaf 3.3.1.2. Voor indicatiestelling zijn niet zoals in de reguliere zorg gebruikelijk de huisarts of het CIZ verantwoordelijk, maar adviseren medewerkers van de reclassering en gedragskundigen bij het NIFP de actoren die de strafrechtelijke titel vaststellen en is in detentie het PMO verantwoordelijk (subparagraaf 3.3.2). Fz-instellingen zijn wettelijk of via contractvoorwaarden verplicht een fz-patiënt op te nemen. Behalve door bezwaar of beroep tegen plaatsing aan te tekenen, hebben zij net als de fz-patiënt relatief weinig zeggenschap over het aangaan van een behandelrelatie, door een respondent getypeerd als 'gedwongen behandelhuwelijk'. Gelet op de reacties van respondenten is het de vraag in hoeverre fz-instellingen zich vrij voelen om in voorkomende gevallen (steeds) tegen plaatsing in te gaan, vanwege hun afhankelijkheid van één fz-inkoper (DForZo) voor marktaandeel. De verschillende petten van Justitie en de dominantie van DForZo worden, op continuïteit van zorg na, als zwakste punt van fz na de stelselwijziging genoemd (paragraaf 6.4). Voor de kwaliteit van (forensische) zorg gelden in de Wkz weliswaar geen afwijkende bepalingen, maar de toezichtspraktijk heeft te maken met dilemma's in de afweging tussen

kwaliteit van zorg en veiligheid die volgens IGZ-respondenten een andere attitude met zich meebrengt (paragraaf 5.7). De NZa heeft in de onderzoeksperiode regulerende bevoegdheden (vaststelling prestaties en maximumtarieven) maar, anders dan in de reguliere zorg geen handhavende bevoegdheden, waardoor deze geen toezicht kan houden op naleving van de zorgplicht door DJI/DForZo (subparagraaf 3.3.1).

Respondenten verschillen van mening over de vergelijkbaarheid van ontwikkelingen in de fz met die in de Zvw en de AWBZ/ Wlz (subparagraaf 6.3.4.1). Een deel wijst op overeenkomsten met de reguliere zorg zoals het sluiten van een akkoord met de sector, het afbouwen van bedden en opbouwen van ambulante zorg en het invoeren van een vergelijkbare bekostigings- en (ROM-)monitoringssysteem.³⁹³ Sommigen zien VWS daarbij als voorloper (en merken dit als verschil aan). De inzet van Justitie om aansluiting te zoeken bij de reguliere zorg wordt als sterk punt na de stelselwijziging gewaardeerd (paragraaf 6.4). Enkel een strakke sturing wordt eerder (en volgens sommigen strakker) in de forensische dan in de reguliere zorg gesignaleerd. Andere respondenten wijzen, in tegenstelling tot de fz, op de aanwezigheid van een groeiend aantal zorginkopers in de reguliere zorg, waarmee zij relaties (moeten) onderhouden met bijbehorende verschillen in kwaliteits- en verantwoordingseisen, als belangrijk verschil. De aanwezigheid van slechts één zorginkoper (DForZo) heeft in dit opzicht dus ook een positieve keerzijde.

Tussen 2009 en 2015, de periode waarover benodigde gegevens hierover beschikbaar en vergelijkbaar zijn, stijgen de programma-uitgaven – dat wil zeggen de bijdrage van Justitie aan DJI in verband met de inkoop en organisatie van fz – met 31% en de productiekosten – dat wil zeggen de uitgaven van DForZo aan fz-instellingen – met 35% (tabel 5.4). Deze toename is relatief sterker dan in de reguliere zorg die in de ggz 12% en in de ghz 16% bedraagt (subparagraaf 6.3.4.6). Ook wanneer de PPC's (in verband met onderschatting in 2009) buiten beschouwing worden gelaten, stijgen de fz-productiekosten met 22% nog steeds relatief sterk (paragraaf 5.3). Het aandeel intramurale kosten is relatief hoog in de fz, in vergelijking met de ggz. Het aantal klinische bedden neemt in de fz vanaf 2010 relatief minder sterk af en is, meer dan de ggz, gebaseerd op een afnemende reële behoefte (aan bedden voor ter beschikking gestelden) en sturing op vermindering van de (tbs-)behandelduur. De kosten voor ambulante fz en beschermd wonen stijgen in de fz in de periode 2012 tot en met 2015 relatief sterker dan in de ggz.

Gelet op het voorgaande wordt geconcludeerd dat de equivalentie van fz na de stelselwijziging is toegenomen voor gedetineerden, gelijk gebleven voor ter beschikking gestelden en verminderd voor overige forensische patiënten. Het behandel-effect is bij vier van de vijf in de fz meest voorkomende hoofddiagnoses (persoonlijkheidsstoornissen, middelengebruik, schizofrenie en seksuele stoornissen) lager in de fz dan in de ggz. Alleen bij 'stoornissen in de impulsbeheersing' is het behandel-effect in de fz groter.

393. De vergelijkbaarheid van werkwijze en (norm voor groepsgrootte) betreft met name de ggz, wordt in verschillend verband met spijt opgemerkt door respondenten die zijn betrokken bij de vg/ sglvg.

De relaties tussen zorgaanbieder, -verzekeraar en patiënt verschillen in de reguliere zorg en fz, evenals de rol van toezichthouders. In de fz is in de onderzoeksperiode eerder, en volgens sommige respondenten in sterkere mate, dan in de reguliere zorg sprake van een strakke sturing. Tegelijkertijd zijn de budgettaire kaders echter ruimer gebleken.

7.2.4 Kosten

In de vorige paragraaf is toegelicht dat de bijdrage van het ministerie van Justitie aan DJI voor fz (programma-uitgaven) en de uitgaven van DForZo aan fz-instellingen (productiekosten) in de onderzoeksperiode relatief sterk zijn gestegen, in vergelijking met de reguliere zorg. Figuur 7.1 toont de ontwikkeling van de fz-productiekosten als geheel en het aandeel daarin per domein. Tabel B.11 bevat de onderliggende gegevens.

Figuur 7.1 Productiekosten fz naar domein in € en % (2006 t/m 2015)

Bron

Tabel B.11

Legenda

* In 2006: bijzondere zorgafdeling in gevangeniswezen; vanaf 2009 ppc

In figuur 7.1 is de stijging van fz-productiekosten zichtbaar van € 365 mln. in 2006, via circa € 480 mln. in 2009 naar circa € 650 mln. in 2012, om daarna ongeveer op hetzelfde niveau te blijven. Uit de figuur blijkt voorts dat het aandeel per fz-domein in de onderzoeksperiode verandert. In het begin van de onderzoeksperiode bedraagt het aandeel FPC 71% van de totale fz-productiekosten. Aan het einde was dit nog 44%. De extramurale ofz daarentegen vormt aanvankelijk 4% en in 2015 11% van de totale productiekosten. Het aandeel intramurale ofz verdubbelt van 15% naar 31%. De grotere variatie in het fz-aanbod wordt als sterk punt na de stelselwijziging gezien (paragraaf 6.4). De (per saldo) toename van fz-productiekosten in de onderzoeksperiode is bij FPC's volledig en bij PPC's grotendeels aan de ontwikkeling van tarieven toe te schrijven en in de intra- en extramurale ofz grotendeels aan

de ontwikkeling van het volume (paragraaf 5.8). Op de ontwikkelingen per domein in relatie tot de (potentiële) fz-populatie wordt hierna in het kader van doelmatigheid verder ingegaan (subparagraaf 7.2.5). Op deze plaats wordt slechts opgemerkt dat de stijging van de productiekosten niet kan worden verklaard door registratie- of implementatie-effecten, omdat deze in de onderzoeksperiode beperkt zijn (subparagraaf 6.3.2).

De met sturing van de fz gemoeide transactiekosten bleken niet te achterhalen, maar op grond van de door DForZo geschatte toename van apparaatskosten en bevindingen in interviews over toegenomen informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen en DForZo, conflicten tussen fz-instellingen en DForZo, lobbyen door fz-instellingen bij DForZo en administratieve druk (subparagraaf 5.3.1.2 en paragraaf 6.4),³⁹⁴ wordt geconcludeerd dat deze na de stelselwijziging zijn toegenomen, zonder deze exact te (kunnen) kwantificeren.

7.2.5 Doelmatigheid

In deze paragraaf worden voorgaande bevindingen samengevat, om op basis daarvan een uitspraak te kunnen doen over de ontwikkeling van doelmatigheid van de (sturing van) fz. Doelmatigheid wordt daarbij opgevat als de verhouding tussen de ingezette middelen (transactie- en productiekosten) en de hiervoor geleverde prestaties (hoeveelheid en kwaliteit van fz) ofwel als kostenefficiëntie (subparagraaf 4.4.1).

De transactiekosten zijn toegenomen, maar blijken niet te kwantificeren (paragraaf 5.3 en subparagraaf 7.2.4). Aangezien deze hierdoor ook niet zijn te relateren aan de (toegenomen) omvang van de fz-productie, zijn uitspraken over verandering van doelmatigheid van sturing niet mogelijk. Vergeleken met de productiekosten zijn de transactiekosten echter van relatief beperkt belang (paragraaf 5.3), waardoor deze de doelmatigheid van fz als geheel, dat wil zeggen de sturing daarbij inbegrepen, nauwelijks (kunnen) beïnvloeden. De doelmatigheid van de fz(-productie) is gebaseerd op enerzijds via DForZo verkregen zorginkoopgegevens, aangeduid als productiekosten (subparagraaf 4.5.1), en anderzijds op via openbare bronnen, aanvullend opgevraagde gegevens en uit interviews verkregen informatie over de geleverde prestaties (subparagrafen 4.4.1, 4.5.2 en 4.5.3). Tenzij anders aangegeven worden de ontwikkelingen per domein hierna gepresenteerd ten opzichte van het peiljaar 2006, dat wil zeggen vergeleken met de situatie voorafgaand aan de stelselwijziging.

7.2.5.1 FPC's

In de onderzoeksperiode is sprake van een relatief beperkte stijging van de met FPC's gemoeide productiekosten, die eerst oplopen van € 259 mln. in 2006 naar € 335 mln. in 2010, om vervolgens te dalen tot € 287 mln. in 2015. Dit verloop hangt samen met het afnemend aantal tbs-maatregelen dat in de onderzoeksperiode door de rechter is opgelegd (figuur 6.2), en daarmee met een afnemende manifeste behoefte aan FPC-bedden. Het aantal bedden in

394. Kanttekening is dat de op fz betrekking hebbende apparaatskosten van zorgkantoren niet bekend zijn. Omdat de overheveling (ook wat beheerskosten betreft) budgettair neutraal verliep (subparagraaf 6.2.4), wijzen de sindsdien toegenomen apparaatskosten in samenhang met genoemde overige bevindingen desondanks op toegenomen transactiekosten.

FPC's daalt in de onderzoeksperiode uiteindelijk met 6%. Het gerealiseerde (nominale) gewogen gemiddelde tarief stijgt daarentegen met 18%. Rekening houdend met (genormeerde) loon- en prijsbijstellingen van 23% in de onderzoeksperiode, is in reële termen echter sprake van een daling van het gerealiseerd gewogen gemiddelde tarief met 4% (zie figuur 7.2 hierna). Uitgedrukt per in een FPC aanwezige ter beschikking gestelde, stijgen de productiekosten (nominaal) met 22% (tabel B.14) en dalen deze reël met 1%.

De kwaliteit en toegankelijkheid van FPC's zijn verbeterd (vanuit perspectieven van fz, continuïteit van zorg, externe veiligheid en wachttijden) of gelijk gebleven (toegankelijkheid vanuit patiëntperspectief en equivalentie van zorg). De ontwikkeling van interne veiligheid kon niet (eenduidig) worden vastgesteld. Bepaalde ontwikkelingen, zoals de verbeterde externe veiligheid in FPC's, hangen volgens respondenten niet samen met de stelselwijziging, maar zijn terug te voeren op ontwikkelingen daaraan voorafgaand die tot aanscherping van het tbs-beleid (zoals de verlofpraktijk) hebben geleid. Dit neemt niet weg dat deze ontwikkelingen zich feitelijk in de onderzoeksperiode hebben voorgedaan en er gelet op de sturing door DForZo via kwaliteit-, inkoop- en verantwoordingseisen mede door zijn beïnvloed.

Het in de onderzoeksperiode (licht) dalend reële bedtarief duidt, in combinatie met de verbeterde kwaliteit, op toenemende doelmatigheid van FPC's. Achter dit, op zich neutrale, begrip gaat echter mogelijk een (te) grote druk op de financiën en werkdruk schuil die volgens sommige respondenten een zwakke plek en knelpunt zijn na de stelselwijziging en volgens hen tot veiligheidsrisico's binnen en buiten de instelling (kunnen) leiden. Hetzelfde geldt voor de volgens enkele respondenten (te) sterke sturing van DForZo op vermindering van de tbs-behandeldduur.

7.2.5.2 PPC's

Vanaf 2009 zijn bijzondere zorgafdelingen (FOBA, IBA, VBA en PSC), die tot dusverre in diverse PI's aanwezig waren, geconcentreerd in (vijf) PPC's. Financiële gegevens hierover zijn, anders dan bij andere fz-domeinen, niet gebaseerd op zorginkoopgegevens afkomstig van DForZo, maar van in jaarverslagen van het ministerie van Justitie gepresenteerde aantallen plaatsen (vanaf 2009) en gemiddelde dagprijzen per plaats (in 2006 van de reguliere capaciteit in het gevangeniswezen en vanaf 2009 van PPC-plaatsen). Voor het aantal plaatsen in 2006 kon gebruik worden gemaakt van door DJI met het oog op de vorming van PPC's uitgevoerde inventarisaties in genoemde bijzondere zorgafdelingen (Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008; Van Gemmert & Valstar, 2008). Met inachtneming van deze verschillen tussen 2006 en 2009 in zowel voorziening als informatiebronnen, kunnen de volgende ontwikkelingen worden geschetst.

De aan PPC's en hun voorlopers toe te rekenen productiekosten zijn in de onderzoeksperiode relatief sterk gegroeid, oplopend van € 35 mln. in 2006 naar € 101 mln. in 2012, om daarna te dalen tot € 93 mln. in 2015 (tabel B.12). De toename in deze periode wordt grotendeels (83%) verklaard door de ontwikkeling van het gemiddelde tarief en in mindere mate (17%) door het volume. Tot en met 2009 is echter sprake van een vertekend financieel beeld

vanwege onderschattingen.³⁹⁵ Vanaf 2010 zijn de productiekosten vergelijkbaar en op ongeveer hetzelfde niveau als in 2015 (-1%). Het tarief heeft vanaf 2009 betrekking op PPC's en is sindsdien vergelijkbaar: nominaal stijgt dit in de periode 2009 tot en met 2015 met 26% en reëel met circa 12%. Figuur 7.2 toont de op reguliere capaciteit betrekking hebbende dagprijs in 2006 (=100) en de schoksgewijze ontwikkeling van het PPC-tarief vanaf 2009. Laatstgenoemde hangt mogelijk samen met verschillen in overheadkosten die in de gemiddelde dagprijzen (kunnen) zijn verwerkt (zie tabel 5.4). Het aantal door de rechter opgelegde gevangenisstraffen neemt in dezelfde periode toe met 15% (figuur 6.2), terwijl het aantal gedetineerden dat in een PI instroomt bijna op vergelijkbaar niveau blijft (-2%, figuur 6.3) en het aantal bedden afneemt met 11% (figuur 6.3). Dit betekent dat het aantal PPC-bedden in de periode 2010 tot en met 2015 verhoudingsgewijs is gedaald, terwijl dit in de onderzoeksperiode als geheel verhoudingsgewijs juist is toegenomen.³⁹⁶

De kwaliteit en toegankelijkheid van fz in het gevangeniswezen zijn in de onderzoeksperiode verbeterd vanuit perspectieven van zorg, externe en interne veiligheid, wachttijden en equivalentie van zorg. Gelet op de relatieve achterstand (voor de stelselwijziging) van zorgafdelingen in het gevangeniswezen, is het aannemelijk dat de kwaliteit van fz in het gevangeniswezen in de onderzoeksperiode meer is toegenomen dan van de reguliere zorg. De wachttijd voor een PPC-plaats laat tussen 2011 en 2015 een op fz-terrein relatief sterke daling zien (van zeven weken naar één week), ondanks de relatieve afname van het aantal bedden in deze periode (tabel B.10), de fluctuerende inkoop van poliklinische zorg (fzg) in het gevangeniswezen (tabel 5.3) en de toegenomen wachttijd in de intramurale ggz (subparagraaf 6.3.4). Mogelijk heeft dit te maken met verschillen in toeleiding (signalering, indicatiestelling en plaatsing) van zorg (paragraaf 5.7 en subparagraaf 7.2.3). Ervaringen met betrekking tot de continuïteit van zorg en het patiëntperspectief zijn niet bekend, voornamelijk omdat niet met vertegenwoordigers van het gevangeniswezen kon worden gesproken.

De geconstateerde verbeteringen hebben betrekking op de periode 2006 tot en met 2015 (vergelijking van PPC's in 2015 met de bijzondere zorgafdelingen in het gevangeniswezen in 2006). Het gemiddelde tarief stijgt in deze periode zeer sterk (nominaal 128% en reëel 85%), maar is pas vanaf 2009 vergelijkbaar. In de periode 2009 tot en met 2015 stijgt het gemiddelde tarief in vergelijking met andere fz-domeinen nog steeds relatief sterk (nominaal met 26% en reëel met 12%) en kwaliteitsontwikkelingen zijn over deze periode niet bekend. Geconcludeerd wordt dat de ontwikkelingen bij PPC's niet in termen van doelmatigheid zijn te interpreteren.

395. In 2006 is met de gemiddelde dagprijs in het gevangeniswezen gerekend. In 2009 waren de PPC's in opbouw en is het aantal (in afbouw zijnde) bijzondere zorgplaatsen niet bekend.

396. Ten opzichte van 2006 daalt het aantal door de rechter opgelegde gevangenisstraffen met 5% en het aantal gedetineerden dat in een PI in- en uitstroomt met 15%, terwijl het aantal zorgplaatsen in het gevangeniswezen (PPC's) relatief juist toeneemt met 17%.

7.2.5.3 Intramurale ofz

Met intramurale ofz wordt (hier) bedoeld op klinische fz (behandeling met beveiliging) en fz met verblijf (begeleiding zonder beveiliging) in FPA's, FPK's, ggz, vgz en bw. De met intramurale ofz gemoeide productiekosten nemen in de onderzoeksperiode toe van € 55 mln. in 2006 naar € 200 mln. in 2015, een stijging van circa 260% (tabel B.11). Het gezamenlijk aantal behandel- en begeleidingsdagen, de financieel belangrijkste (vergelijkbare) indicator, stijgt met circa 270% nog iets sterker. Tegen de achtergrond van het afnemend aantal door de rechter opgelegde voorwaardelijke sancties met 5% (figuur 6.2), is het aantal voorwaardelijk gesanctioneerden dat in de onderzoeksperiode in intramurale ofz verblijft verhoudingsgewijs dus toegenomen. Het gerealiseerde gewogen gemiddelde tarief per (behandel- of begeleidings)dag daalt nominaal met 2% (tabel 5.19) en in reële prijzen met 20% (zie figuur 7.2). Deze daling hangt samen met verschillen in casemix, zoals de relatief sterke toename in de onderzoeksperiode van fz met verblijf die, vergeleken met de klinische (behandel)zorg, een lager gemiddeld tarief kent (paragraaf 5.8). De met intramurale ofz samenhangende productiekosten dalen in de periode dat gegevens hierover bekend zijn, per toezichtopdracht met fz in bijzondere voorwaarde(n) met circa 40%, van bijna € 36.000 in 2012 naar ruim € 21.000 in 2015.

De kwaliteit is in de onderzoeksperiode toegenomen in de intramurale ofz vanuit perspectieven van (forensische) zorg en externe veiligheid, maar verminderd vanuit het perspectief van continuïteit van zorg. De toegankelijkheid is vanuit patiëntperspectief (toeleiding naar zorg, keuzevrijheid zorgaanbieder) verminderd, evenals, vanwege het sterker geworden forensische karakter, de equivalentie met reguliere zorg.

De daling van het gewogen gemiddelde reële tarief in de onderzoeksperiode duidt, in combinatie met de positieve ontwikkelingen in kwaliteit (forensisch karakter, externe veiligheid) op toename van doelmatigheid in de intramurale ofz, al wordt dit voornamelijk veroorzaakt door verschillen in casemix. Daarnaast zijn er minder gunstige ontwikkelingen zoals verminderde continuïteit van zorg, toegankelijkheid vanuit patiëntperspectief en equivalentie, die samenhangen met de wijze waarop het stelsel door Justitie is ingericht en aandachtspunten vormen voor het functioneren daarvan.

In figuur 7.2 is de geïndexeerde ontwikkeling van de gewogen gemiddelde reële tarieven in de intramurale fz per domein weergegeven, met 2006 als basisjaar. Voor onderliggende gegevens wordt verwezen naar tabel B.17. In combinatie met de overige bevindingen wordt geconcludeerd dat de doelmatigheid in de intramurale fz, met uitzondering van PPC's waarover geen uitspraak kan worden gedaan, in de onderzoeksperiode is toegenomen.

Figuur 7.2 Gemiddeld reële tarieven intramurale fz (2006 t/m 2015; 2006= 100)

7.2.5.4 Extramurale ofz

Met extramurale ofz wordt bedoeld op ambulante behandeling en begeleiding. De productiekosten voor extramurale ofz verviervoudigden in de onderzoeksperiode ruimschoots, van € 16 mln. in 2006 naar € 71 mln. in 2015 (tabel B.11). Het aantal behandelcontacten, financieel de belangrijkste indicator voor extramurale ofz, verviervoudigt eveneens. Andere indicatoren stijgen vaak nog sterker, zoals het financieel eveneens relevante aantal begeleidingsuren met bijna 1400% (tabel B.10). Tegen de achtergrond van een met 5% dalend aantal door de rechter opgelegde voorwaardelijke sancties (figuur 6.2) en met circa 20% stijgend aantal cliënten onder reclasseringstoezicht (figuur 6.3) betekent dit dat het aantal voorwaardelijk gesanctioneerden dat in de onderzoeksperiode extramurale ofz ontvangt, net als in de intramurale ofz, verhoudingsgewijs is toegenomen. De met extramurale ofz samenhangende productiekosten dalen, in de periode dat gegevens hierover bekend zijn, per toezichtopdracht met fz in bijzondere voorwaarde(n) met bijna 40% van ruim € 12.000 in 2012 naar circa € 7.500 in 2015. Het gerealiseerde gewogen gemiddelde tarief voor behandelcontacten is in de onderzoeksperiode nominaal met 8% en reëel met ruim 25% gedaald. In reële prijzen dalen de gewogen gemiddelde tarieven bij de overige financieel relevante indicatoren voor extramurale ofz eveneens (zie figuur 7.3 en tabel B.17). De kwaliteit is in de extramurale ofz toegenomen vanuit het perspectief van (forensische) zorg, maar verminderd vanuit het perspectief van continuïteit van zorg. De toegankelijkheid is vanuit patiëntperspectief (toeleiding naar zorg, keuzevrijheid zorgaanbieder) verminderd, evenals, vanwege het sterker geworden forensische karakter, de equivalentie met reguliere zorg. Minder dan bij andere fz-domeinen kon (op grond van beschikbare gegevens of bij respondenten) worden vastgesteld hoe de interne en externe veiligheid en de wachtlijsten zich in de onderzoeksperiode hebben ontwikkeld.

Figuur 7.3 Gemiddeld reële tarieven extramurale fz (2006 t/m 2015; 2006= 100)

Dalende reële gewogen gemiddelde tarieven in de onderzoeksperiode duiden, in combinatie met de verbeterde (forensische) kwaliteit, op toename van doelmatigheid in de extramurale ofz. Daarnaast zijn er minder gunstige ontwikkelingen, zoals verminderde continuïteit van zorg, toegankelijkheid vanuit patiëntperspectief en equivalentie, die (net zoals bij de intramurale ofz) aandachtspunten vormen voor het functioneren daarvan.

De bevindingen met betrekking tot doelmatigheid samenvattend, wordt geconcludeerd dat de transactiekosten zijn toegenomen, maar niet te kwantificeren en daardoor ook niet te relateren aan de toegenomen omvang van de fz-productie of te interpreteren in termen van (veranderde) doelmatigheid van sturing. Op macroniveau zijn de transactiekosten in omvang echter van relatief beperkt belang en kunnen deze de doelmatigheid van de fz als geheel (de sturing daarvan inbegrepen) nauwelijks beïnvloeden. De dalende gerealiseerde gewogen gemiddelde tarieven van extra- en intramurale fz (met uitzondering van PPC's waarover geen uitspraak kan worden gedaan) duiden in combinatie met de verbeterde kwaliteit op verbetering van de doelmatigheid (kostenefficiëntie) van fz in de onderzoeksperiode. Achter dit, op zich neutrale begrip gaat met name bij FPC's echter mogelijk een (te) grote druk op de financiën en werkdruk schuil die door een aantal respondenten als knelpunt wordt gezien en tot veiligheidsrisico's binnen en buiten de instelling (kan) leiden. In de intramurale ofz hangt de conclusie over doelmatigheid samen met veranderingen in de casemix, zoals de relatief sterke toename in de onderzoeksperiode van fz met verblijf die, vergeleken met de klinische (behandel)zorg, een lager gemiddeld tarief kent. In de onderzoeksperiode is het aantal ter beschikking gestelden in FPC's gedaald, terwijl het aantal gedetineerden (bedden) in PPC's en het aantal voorwaardelijk gesanctioneerden in intra- en extramurale ofz in de onderzoeksperiode verhoudingsgewijs sterk zijn toegenomen.

Voor zover mogelijk zijn de in paragraaf 6.3 genoemde 'alternatieve verklaringen' in de beoordeling van doelmatigheid verdisconteerd (zoals de invloed van loon- en prijsbijstellingen,

het dalend aantal door de rechter opgelegde tbs-maatregelen en bezuinigingen in de fz) of als referentiekader gebruikt (zoals de ontwikkelingen in de aard en omvang van de potentiële fz-populatie en in de reguliere zorg). Registratie- en implementatie-effecten hebben zich in de onderzoeksperiode hooguit in het begin (beperkt) voorgedaan en hebben daarmee geen invloed op de ontwikkeling van doelmatigheid. De volgens respondenten mogelijke invloed van afnemende tolerantie in de samenleving en hiermee samenhangende toenemende politieke en maatschappelijke druk op de fz-sector, afhankelijkheden van gemeenten, politieke bewindslieden en (mogelijke onevenwichtigheden in) de interne sturing van DJI op de doelmatigheid van fz kon niet worden onderzocht. Het gegeven dat de aanscherping van het tbs-beleid haar aanleiding vond in ontwikkelingen voorafgaand aan de stelselwijziging, doet niets af aan het gegeven dat deze zich in de onderzoeksperiode heeft voorgedaan onder invloed van sturing door DForZo. Aangezien de ontwikkeling in doelmatigheid van fz hiermee niet (volledig) is verklaard, is het zinvol hierna de invloed van de veranderde sturing aan de hand van de theoretische proposities nader te bezien.

7.3 Veranderde sturing (toetsing proposities)

In de vorige paragraaf is geconcludeerd dat, met uitzondering van PPC's waarover geen uitspraak kan worden gedaan, de doelmatigheid van intra- en extramurale fz (FPC's en ofz) in de onderzoeksperiode is verbeterd. De transactiekosten zijn toegenomen maar niet exact te kwantificeren of te relateren aan de omvang van de fz-productie en daarmee te interpreteren in termen van (veranderde) doelmatigheid van sturing. Vergeleken met de (toegenomen) productiekosten zijn de transactiekosten van (te) beperkt belang om de verbeterde doelmatigheid van de intra- en extramurale fz te (kunnen) beïnvloeden.

In deze paragraaf wordt het verband onderzocht tussen deze in de onderzoeksperiode toegenomen doelmatigheid van fz (de sturing daarvan inbegrepen) en de verandering van sturing, aan de hand van acht theoretische proposities (zie hierna) en hiermee samenhangende, op de casus betrekking hebbende empirische bevindingen. De ontwikkelingen in sturing (tabel 6.21) zijn voornamelijk gebaseerd op 33 halfgestructureerde interviews met 41 ervaringsdeskundigen (sturende en uitvoerende actoren op strategisch en operationeel niveau en vertegenwoordigers van NZa, inspecties en brancheorganisaties) die gezamenlijk een representatief beeld geven van ontwikkelingen in de fz in de onderzoeksperiode (subparagraaf 4.5.2), waar mogelijk aangevuld en getoetst op basis van beschikbare of opgevraagde empirische gegevens (triangulatie van bronnen). De ontwikkelingen in alternatieve verklaringen (tabel 6.22) zijn voornamelijk op beschikbare of opgevraagde empirische gegevens gebaseerd (subparagraaf 4.5.3).

In de proposities zijn de inzichten van drie theoretische benaderingen over effecten van (veranderende) instituties op de doelmatigheid van gedrag van actoren, namelijk de PRT, PAT en NWB (paragrafen 2.2 tot en met 2.4), gebundeld en geformuleerd als te bewijzen (of te falsifiëren) beweringen (subparagraaf 2.5.3). De NWB richt zich als enige van deze benaderingen, naast doelmatigheid, ook op de (gevolgen voor de) legitimiteit van een systeem. De hierop betrekking hebbende (elementen in) proposities – P1 en P9 deels en P8 volledig – blijven hierna echter buiten beschouwing, omdat onderzoek naar (de ontwikkeling

van) legitimiteit in de fz(-domeinen) binnen het bestek van dit onderzoek niet haalbaar bleek. De bevindingen – samengevat in paragrafen 5.8 en 6.5 en subparagraaf 7.2.5 – laten zien dat, met uitzondering van PPC's waarover geen uitspraken kunnen worden gedaan omdat op onderdelen informatie daarover ontbreekt, in hoofdlijnen sprake is van een grote mate van eenduidigheid van ontwikkelingen tussen fz-domeinen (FPC's, intramurale en extramurale ofz). Deze bevinding, waar in hoofdstuk 8 verder op wordt ingegaan, heeft als gevolg dat de analyse betrekking heeft (enkel kan hebben) op de ontwikkelingen in de fz als geheel.

Omdat de stelselwijziging één casus betreft, is de analyse niet gebaseerd op statistische significantie maar op pattern matching (Trochim, 1989; Yin, 2014, pp. 143-147). Hierbij wordt gekeken of het geobserveerde, empirische patroon van relaties tussen verklarende en te verklaren variabele(n) overeenkomt met het theoretisch verwachte patroon en of dit niet wordt veroorzaakt door plausibele alternatieve verklaringen. Een perfecte match tussen alle theoretisch verwachte en empirisch geobserveerde relaties is ideaal, maar niet nodig om toch theoretisch verrijkend te (kunnen) zijn. Yin (2014, pp. 20, 41) spreekt in dit verband van analytische generaliseerbaarheid van bevindingen (paragraaf 1.4). Afhankelijk van de mate waarin de theoretisch verwachte en empirisch geobserveerde relaties overeenkomen, kunnen deze daarmee ook buiten de casus van de stelselwijziging fz (theoretische) zeggingskracht hebben. Aangezien een uitspraak over de ontwikkeling van doelmatigheid van PPC's niet mogelijk is (subparagraaf 7.2.5) en niet met sleutelfiguren in het gevangeniswezen kon worden gesproken (subparagraaf 4.5.2) waardoor veelal informatie over de ontwikkeling van de theoretische variabelen in dit domein ontbreekt, is theoretische replicatie (Yin, 2014, p. 145) via analyse van verschillen in (effecten van) verandering van sturing tussen particuliere en rijks fz-instellingen, niet mogelijk.

Het kader bevat de proposities die betrekking hebben op de ontwikkeling van doelmatigheid van fz (sturing daarvan inbegrepen, zie subparagraaf 7.2.5) als te verklaren variabele en laat (onderdelen van) de proposities die betrekking hebben op legitimiteit buiten beschouwing. Doordat de op doelmatigheid van sturing betrekking hebbende onderdelen niet kunnen worden getoetst, blijft dit in de te toetsen proposities als afzonderlijk aandachtspunt buiten beschouwing. Figuur 7.4 toont in dat kader een van figuur 2.12 afgeleide weergave van de theoretisch verwachte relaties. Na bespreking van de empirische bevindingen per propositie, wordt de paragraaf afgesloten met een weergave van de overeenkomsten en verschillen tussen de theoretisch verwachte en in de casus onderzochte relaties (figuur 7.5).

P1: Als na de stelselwijziging fz sprake is van een meer centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen, dan verandert de doelmatigheid van de fz.

P2: Als de economische rechten van een in de publieke sector sturende actor A (na de stelselwijziging) sterker zijn dan van sturende actor B (voor de stelselwijziging) en sturende actor A geen opdracht heeft om kosten te besparen, dan nemen diens discretionaire gedrag en transactie- en/of productiekosten toe en daalt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de (sturing van) fz. Indien sturende actor A de opdracht heeft om kosten te besparen, dan nemen diens discretionaire gedrag en transactie- en/of productiekosten af en

stijgt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de (sturing van) fz.

P3: Als de economische rechten van uitvoerende actoren na de stelselwijziging fz minder sterk zijn dan voorheen, dan stijgen hun ontduikgedrag en de (transactie- en productie)kosten en daalt bij gelijkblijvend volume en kwaliteit de doelmatigheid van de fz.

P4A: Als na de stelselwijziging fz sprake is van sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen, dan neemt het aantal principalen, het aantal actoren en het verschil in doelen tussen principalen en agenten toe.

P4B: Als het aantal principalen (na de stelselwijziging fz) toeneemt, dan stijgen volgens de (klassieke) PAT het ontduikgedrag van de agenten en de transactie- en productiekosten en daalt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de fz. Volgens de (aangepaste) PAT stijgt ook het opportunistisch (afknijp)gedrag van de princip(a)al(en).

P4C: Als na de stelselwijziging fz het aantal actoren toeneemt, dan stijgen volgens de NWB de informatie-uitwisseling, de samenwerking en de innovatie, dalen de transactie- en productiekosten en verbetert bij gelijkblijvend volume en kwaliteit de doelmatigheid van de fz.

P5: Als na de stelselwijziging fz principalen (actoren) meer dan voorheen verschillende doelen nastreven, dan neemt volgens de PAT het ontduikgedrag van agenten toe en volgens de NWB de informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie van actoren af. Volgens beide benaderingen stijgen de transactie- en productiekosten en daalt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de fz.

P6: Als na de stelselwijziging fz sprake is van een relatief groot aantal actoren die in vertrouwen dezelfde doelen nastreven met een sterke afhankelijkheid in specialistische taakuitoefening, dan leidt sturing door een hiertoe in het leven geroepen centrale administratieve netwerkorganisatie volgens de NWB tot lagere transactie- en productiekosten en, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, een grotere doelmatigheid van de fz.

P7: Als na de stelselwijziging fz de informatie-uitwisseling en samenwerking gepaard gaan met meer belangenbehartiging en conflicten dan voorheen, dan verhoogt dit de transactie- en productiekosten en vermindert, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de fz.

P9: Als na de stelselwijziging fz sprake is van een meer centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen, dan daalt de doelmatigheid van de fz, tenzij kostenbesparing onderdeel uitmaakt van de opdracht aan de sturende actor en een op de kenmerken van het netwerk afgestemde administratieve netwerkorganisatie een groter aantal actoren hierin betreft zonder toename van belangenbehartiging en conflicten.

Figuur 7.4 Theoretisch verwachte relaties (proposities) in casus

De proposities worden geanalyseerd ('getoetst'), op basis van de in voorgaande hoofdstukken gepresenteerde onderzoeksbevindingen.

P1: Als na de stelselwijziging fz sprake is van een meer centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen dan voorheen, dan verandert de doelmatigheid van fz.

Deze overkoepelende, maar nog weinig gespecificeerde basispropositie toetst allereerst of na de stelselwijziging sprake is van (veronderstelde) veranderingen van sturing en doelmatigheid. Dit blijkt het geval. Voor de stelselwijziging was sprake van een indirecte centrale sturing door VWS (wettelijke en financiële kaders), waarbij de coördinatie van de zorginkoop was belegd bij regionale zorgkantoren. Na de stelselwijziging is dit veranderd in een directe, op fz-instellingen gerichte centrale sturing vanuit Justitie (subparagraaf 6.2.5). Respondenten geven aan dat de sturing van VWS en Justitie na de stelselwijziging in totaal sterk is toegenomen, dat wil zeggen

vanuit Justitie meer is toegenomen dan deze vanuit VWS is verminderd, en dat fz meer dan voorheen vanuit één centrale organisatie wordt gestuurd.

Behalve een meer centrale sturing ervaren respondenten van fz-instellingen, na de stelselwijziging meer dan voorheen, sturing (tot op casusniveau) vanuit Justitie, DJI, IvenJ en (andere) actoren uit de strafrechtketen. Deze als sterk ervaren sturing vanuit de strafrechtketen wordt gecombineerd met een lichte, door sommige respondenten zelfs als afwezig ervaren (indirecte) sturing vanuit de zorgketen. VWS is na de stelselwijziging verantwoordelijk voor de kwaliteit van (forensische) zorg en de hierop betrekking hebbende wettelijke kaders (subparagraaf 3.2.1). De via de justitiebegroting gefinancierde fz-uitgaven zijn niet in het BKZ opgenomen en vallen daarmee buiten de op beheersing van de collectieve zorguitgaven gerichte sturing van VWS.³⁹⁷ Respondenten ervaren een sturende rol vanuit de IGZ, die toezicht houdt op de kwaliteit en handhavende bevoegdheden heeft. De NZa heeft in de onderzoeksperiode een regulerende, maar geen handhavende bevoegdheden (subparagraaf 3.3.1).

De productiekosten ontwikkelen zich in de fz sterker dan in de reguliere zorg. Tussen 2009 tot en met 2015, de periode waarover benodigde gegevens beschikbaar en vergelijkbaar zijn, stijgen de uitgaven aan ggz met 12%, aan gehandicaptenzorg (indicator voor vgz) met 16% en aan fz met 35% (subparagraaf 6.3.5). Wanneer de PPC's in verband met onderschatting van productiekosten in 2009 buiten beschouwing worden gelaten, stijgen de fz-productiekosten als geheel nog steeds met 22% en ook dan nog sterker dan in de reguliere zorg. De ontwikkeling van de productiekosten wordt deels verklaard door de afnemende behoefte aan FPC-plaatsen, maar ook door sturing op (verkortings van de) behandelduur en beleidsmatig geïnitieerde toename van volumes in de ofz (subparagraaf 6.3.1). De relatief sterke stijging van fz-kosten en de beleidsmatige invloed daarop van Justitie, buiten de invloedssfeer van VWS gericht op beheersing van collectieve zorguitgaven, duiden op (verandering van) sturing na de stelselwijziging, evenals de door respondenten spontaan als sterkste punt na de stelselwijziging betitelde verbetering van sturing van fz (paragraaf 6.4). De doelmatigheid van intra- en extramurale fz (FPC's en ofz) in de onderzoeksperiode is verbeterd, de sturing daarvan inbegrepen (subparagraaf 7.2.5).

Geconcludeerd wordt dat P1 niet kan worden verworpen. Na de stelselwijziging is sprake van de veronderstelde (verandering van) sturing (meer centralisatie, vanuit strafrecht- en zorgketen). De doelmatigheid van fz (inclusief de sturing daarvan) is veranderd (verbeterd).

397. In het BKZ zijn overigens wel de door het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties gefinancierde uitgaven (gemeentefonds) voor de Wmo en Jeugdwet opgenomen, samenhangend met de stelselverantwoordelijkheid van de minister van VWS in deze (Financieel Beeld Zorg in begroting VWS, zie bijvoorbeeld TK, 2014-2015c, pp. 140-250). In de begrotingen van Justitie wordt echter alleen in het begrotingsjaar 2013 gesproken van stelselverantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor fz (TK, 2012-2013a, p. 54). In de (onderzoeks)periode daaraan voorafgaand wordt diens rol met betrekking tot fz niet geëxpliciteerd en in 2014 en 2015 wordt gesproken over diens 'regisserende' rol (TK, 2013-2014c, p. 51; 2014-2015a, p. 55). (Pas) bij invoering van de Wfz (in 2019) wordt de minister van Justitie stelselverantwoordelijk voor fz.

P1 wordt gespecificeerd aan de hand van de volgende proposities.

P2: Als de economische rechten van een in de publieke sector sturende actor A (na de stelselwijziging) sterker zijn dan van sturende actor B (voor de stelselwijziging) en sturende actor A geen opdracht heeft om kosten te besparen, dan nemen diens discretionaire gedrag en transactie- en/of productiekosten toe en daalt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de (sturing van) fz. Als sturende actor A de opdracht heeft om kosten te besparen, dan nemen diens discretionaire gedrag en transactie- en/of productiekosten af en stijgt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de (sturing van) fz.

Economische rechten zijn hiervoor omschreven als in regelgeving of gewoonten maatschappelijk geaccepteerde rechten van een actor om een fysiek goed of dienst te exploiteren, de rechten van derden ten aanzien daarvan te reguleren en de effecten ervan te ondervinden (paragraaf 2.2). Volgens de PRT leiden verschillen in economische rechten tot verschillen in prikkels om doelmatig te handelen.

In dit proefschrift zijn economische rechten geoperationaliseerd als een combinatie van zeggenschap en belang van een (sturende of uitvoerende) actor bij fz (B.4.2.3). De zeggenschap van de minister van Justitie over de (instroom, behandeling, duur, doorverwijzing, innovatie, omvang en tarieven van) fz-productie en samenstelling van het bestuur van een fz-instelling is volgens respondenten na de stelselwijziging groter dan voorheen van de minister van VWS (subparagraaf 6.2.2). Via wettelijke bepalingen (in Bvt, Pbw, WvSr en WvSv) had en heeft deze ook meer zeggenschap over fz-patiënten dan voorheen de minister van VWS. DForZo kan volgens respondenten, als enige fz-inkoper, bovendien meer voordeel halen ten koste van fz-instellingen, dan voorheen de zorgkantoren. Tegelijkertijd moet het functioneren van fz-instellingen voor de minister van Justitie na de stelselwijziging van groter belang worden geacht dan voor de minister van VWS, vanwege het relatief grotere aandeel dat fz uitmaakt op de respectievelijke departementale begrotingen en diens volgens respondenten grotere politieke aanspreekbaarheid op fz-terrein. Vanwege diens aldus toegenomen zeggenschap en belang is geconcludeerd dat de economische rechten van de sturende actor (minister van Justitie) na de stelselwijziging zijn toegenomen in vergelijking met voorheen (minister van VWS).

Het streven van VWS om de kosten (AWBZ-uitgaven) te beheersen, vormde niet de aanleiding voor de stelselwijziging, maar speelde op de achtergrond een rol (paragraaf 1.1). De overheveling van het fz-budget vanuit VWS naar Justitie verliep in principe budgettair neutraal en hield, door daarbij geen groei te verdisconteren, een trendmatige ombuiging in (subparagraaf 6.2.4). Bestuurders van fz-instellingen geven aan in latere jaren te maken te hebben met kostenbesparingen, al verschillen de ervaringen over de timing en zwaarte daarvan. Vanaf 2013 is expliciet sprake van bezuinigingen en efficiëntiekortingen (NZa, 2015a, p. 18). De staatssecretaris van Justitie meldt aan de Tweede Kamer: "De financieel-economische situatie waarin Nederland verkeert, dwingt de gehele (rijks)overheid tot ingrijpende bezuinigingsmaatregelen. . . . De taakstelling voor [Justitie] loopt op van bijna € 400 miljoen in 2013 tot ruim € 1 miljard in 2018. De taakstelling van [DJI] loopt op van € 78

miljoen in 2013 tot € 340 miljoen in 2018 (op een DJI-budget van [destijds] ca. € 2 miljard).” (TK, 2012-2013b). Het voorgaande betekent dat in het eerste deel van de onderzoeksperiode (uiterlijk tot 2013) het eerste deel van P2 van toepassing is, waarin een toename van discretionair gedrag, transactie- en productiekosten en een afname van de doelmatigheid worden verwacht. Daarna geldt het omgekeerde.

Deze verwachtingen komen in grote lijnen overeen met het gegeven dat de fz-productiekosten tot en met 2012 met bijna 70% toenemen en daarna ongeveer op dat niveau stabiliseren, de productiekosten van PPC's vanwege vertekeningen in de eerste jaren daarbij buiten beschouwing latend (tabellen 5.3 en B.11). De transactiekosten (informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen en DForZo, lobbyen, conflicten, administratieve druk) nemen na de stelselwijziging toe, maar inzicht in de ontwikkeling daarvan in de jaren tussen 2006 en 2015 ontbreekt (subparagraaf 5.3.1.2). Of er sprake is van (meer of minder) discretionair gedrag van sturende actoren na de stelselwijziging in de zin dat het fz-budget meer of minder aan zaken ten gunste komt dan aan fz zelf, kon slechts met een beperkt aantal (drie) respondenten worden besproken en vanwege hun verschillende reacties op basis van enkel deze interviews niet eenduidig worden vastgesteld (subparagraaf 6.2.5). Wel is in dat kader geconstateerd dat de relatief beperkte groei van apparaatskosten van DForZo in verhouding tot de sterk gestegen productiekosten (paragraaf 5.3) niet duiden op een toename van (dit type) discretionair gedrag. Aangezien deze apparaatskosten een eigen schatting van DForZo betreft, moet deze conclusie echter als voorlopig worden beschouwd en met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd. Eventuele andere vormen van mogelijk discretionair gedrag zijn niet besproken met respondenten. Wel is op grond van elders in dit proefschrift gepresenteerde onderzoeksbevindingen geconstateerd dat genoemde sterke stijging van fz-productiekosten (van € 365 mln. voor tbs in 2006 naar € 651 mln. voor de fz als geheel in 2015, zie tabel 5.3) sterk beleidsmatig is beïnvloed (subparagrafen 6.3.1 en 6.3.6) en vergeleken met de reguliere zorg relatief hoog is (subparagraaf 6.3.4). Op basis daarvan is geconcludeerd dat in de onderzoeksperiode wel sprake is van een aan het budget gerelateerde vorm van discretionair gedrag.

De doelmatigheid (opgevat als kostenefficiëntie) is in de onderzoeksperiode als geheel in de fz verbeterd, de PPC's in verband met ontbrekende gegevens buiten beschouwing latend (subparagraaf 7.2.5). Omdat niet duidelijk is hoe de kwaliteit van fz zich in tussenliggende jaren heeft ontwikkeld, valt over de ontwikkeling van doelmatigheid in de tussenliggende periodes (tot en vanaf 2013) echter weinig te zeggen. De op doelmatigheid betrekking hebbende onderdelen van P2 kunnen om die reden niet worden getoetst.

De gezamenlijke bevindingen met betrekking tot (onder meer de kosten)ontwikkelingen in de fz duiden, zoals in P2 verwacht, zowel op een positieve relatie tussen economische rechten en (aan budget gerelateerd) discretionair gedrag van de sturende actor (de minister of de zorginkooporganisatie namens hem) als op invloed van een opdracht aan deze sturende actor om kosten te besparen op dit discretionaire gedrag van de sturende actor. In het eerste deel van de onderzoeksperiode (uiterlijk tot 2013), waarin de opdracht om kosten te besparen een

minder prominente rol speelt dan daarna, gaan sterkere economische rechten van de sturende actor gepaard met een beleidsmatig gestimuleerde uitbreiding van productiekosten fz en een relatief vlakke ontwikkeling van gerealiseerde gewogen gemiddelde tarieven. In het tweede deel van de onderzoeksperiode (uiterlijk vanaf 2013) is sprake van een duidelijke opdracht om kosten te besparen, die gepaard gaat met stabiliserende productiekosten en dalende gewogen gemiddelde tarieven (zie figuren 7.2 en 7.3).

Geconcludeerd wordt dat P2 deels niet kon worden getoetst (transactiekosten en doelmatigheid in tussenliggende jaren van onderzoeksperiode), maar in hoofdlijnen (de relatie tussen enerzijds economische rechten van een in de publieke sector sturende actor in combinatie met een duidelijke opdracht aan hem om kosten te besparen en anderzijds discretionair gedrag en de ontwikkeling van productiekosten) niet kan worden verworpen.

Het is aannemelijk dat de sterkere economische rechten de minister (van Justitie) na de stelselwijziging, vanwege diens grotere politieke aanspreekbaarheid, aanvankelijk naar aanleiding van de motie-Van de Beeten (paragraaf 1.1) motiveren (prikkel) tot uitbreiding van het fz-aanbod (discretionair gedrag) en later (uiterlijk vanaf 2013) vanwege de kabinetsbreed gevoelde en afgesproken bezuinigingstaakstellingen tot stabilisering van de fz-kosten. Een te ruime zorginkoop is in de eerste periode vanwege diens positie in de politieke en publieke arena voor betrokkene minder risicovol dan een eventueel tekort aan fz. Vanwege het kabinetsbesluit drastisch te bezuinigen op overheidsuitgaven, is (tenminste) sprake van sindsdien veranderde (politieke) risico's.

De economische rechten van sturende actoren zijn echter niet de enige factor om de productiekostenontwikkeling in de fz te verklaren. Andere factoren spelen mogelijk eveneens een rol. P3 bijvoorbeeld gaat in op de economische rechten van uitvoerende actoren.

P3: Als de economische rechten van uitvoerende actoren na de stelselwijziging fz minder sterk zijn dan voorheen, dan stijgen hun ontdoekgedrag en de (transactie- en productie)kosten en daalt bij gelijkblijvend volume en kwaliteit de doelmatigheid van de fz.

Ook de economische rechten van uitvoerende actoren (fz-instellingen) zijn opgevat als een combinatie van hun zeggenschap en belang bij fz. In lijn met de volgens respondenten toegenomen zeggenschap van de sturende actor over de fz-productie na de stelselwijziging, is de zeggenschap van fz-instellingen volgens hen sindsdien verminderd wat betreft instroom, duur, behandeling, tarieven en doorverwijzen van patiënten naar andere fz-instellingen en samenstelling van het bestuur; alleen bij innovatie duiden hun reacties op een toename van zeggenschap van fz-instellingen, al ontbreekt hierover consensus (subparagraaf 6.2.3). Ter toelichting wijzen zij in dit verband op (strakke) sturing vanuit DForZo via contracten (met onder meer een opnameplicht en boetes wanneer prestatienormen niet worden gerealiseerd) en het Forensisch Plaatsingsloket (waar de *matching* plaatsvindt tussen fz-patiënten en fz-instellingen). Respondenten geven overigens wel aan dat fz-instellingen via participatie in landelijke netwerken zoals het Forensisch Netwerk en vanwege marktconsultaties meer invloed dan voorheen hebben op belangrijke ontwikkelingen op het fz-terrein. Voor

brancheorganisaties geldt dit (volgens vertegenwoordigers daarvan) niet. Tegelijkertijd is het financieel belang van fz (voor de zorginstelling waarvan fz-instellingen deel uitmaken) in de onderzoeksperiode toegenomen en nemen de maatschappelijke druk en taakspecialisatie en daarmee de onderlinge afhankelijkheden tussen fz-instellingen toe (subparagraaf 6.2.3). Onder toegenomen maatschappelijke druk vallen de volgens respondenten na de stelselwijziging toegenomen maatschappelijke aandacht voor fz, de grotere zichtbaarheid van ofz als onderdeel van fz en het grotere risico op reputatieschade voor de sector als geheel na een incident bij een fz-instelling. Met (toegenomen) taakspecialisatie wordt bedoeld op een (toegenomen) verschil in behandeling met reguliere zorg, investeringen in gebouwen en personeel die buiten de fz beperkt bruikbaar zijn en het strikter hanteren van productiekaders door een groter aantal zorginkopers. Op basis van dit spanningsveld tussen de na de stelselwijziging verminderde zeggenschap van fz-instellingen en hun toegenomen belang bij fz is, vanwege de grotere impact die de verminderde zeggenschap hierdoor heeft, geconcludeerd dat de economische rechten van de uitvoerende actoren zijn verminderd.

Of het ontduikgedrag van uitvoerende actoren in de onderzoeksperiode is toegenomen, zoals in P3 bij afnemende economische rechten wordt verwacht, is lastig feitelijk vast te stellen (subparagraaf 6.2.6). De mogelijkheden daartoe en het feitelijk gedrag van fz-instellingen kon slechts met enkele respondenten worden besproken. Wel is gelet op hun reacties en die van anderen in ander verband over de als beperkt ervaren onderhandelingsruimte en de (te) sterke positie van DForZo in dat verband beargumenteerd dat er na de stelselwijziging minder ruimte is voor ontduikgedrag van fz-instellingen ten opzichte van DForZo, gelet op de in inkoop Eisen vastgelegde kwaliteitseisen, het belang voor fz-instellingen om voldoende marktaandeel te realiseren en hun afhankelijkheid daarbij van één enkele zorginkoper. De transactie- en productiekosten zijn toegenomen (paragrafen 5.3), zoals bij P3 verwacht en bij P2 reeds is toegelicht. De doelmatigheid van de fz-productie is echter verbeterd, anders dan verwacht bij P3 (subparagraaf 7.2.5).

Geconcludeerd wordt dat P3 deels niet (relatie tussen enerzijds economische rechten van uitvoerende actoren en anderzijds transactie- en productiekosten), maar in hoofdlijnen wel moet worden verworpen (relatie tussen enerzijds economische rechten en anderzijds ontduikgedrag van uitvoerende actoren en doelmatigheid).

Het ondanks stijgende productiekosten verbeteren van doelmatigheid lijkt samen te hangen met de wijze waarop volume- en prijsverschillen tussen het kerndepartement en DJI worden verrekend ofwel met het beloningssysteem. Na afloop van het jaar vindt tussen beiden verrekening plaats op basis van volumeverschillen. Prijsverschillen worden niet verrekend maar komen ten laste of ten gunste van DJI (paragraaf 5.3). Voor DJI (en DForZo als onderdeel daarvan) als sturende actor leidt dit tot een groter belang bij en daarmee sterkere prikkel om druk te zetten op de met fz-instellingen af te spreken tarieven (met gelijkblijvende kwaliteit), en daarmee op (kleine) doelmatigheid, dan op beheersing van de productievolumes en daarmee op de omvang van de productiekosten (grote doelmatigheid). In dit verband is ook relevant dat doelmatigheid in dit proefschrift enkel als kostenefficiëntie

wordt (kan worden) gemeten (subparagraaf 4.4.1). De gerealiseerde gewogen gemiddelde tarieven (die mede de basis vormen voor uitspraken over doelmatigheid) zijn berekend als quotiënt van productiekosten en –volumes, die zijn terug te voeren op prijs- en volumeafspraken tussen DForZo en fz-instellingen. Gelet op de omstandigheden – weinig onderhandelingsruimte voor fz-instellingen over tarieven (paragraaf 5.4) en de concurrentie tussen fz-instellingen heeft vooral betrekking op het marktaandeel (subparagraaf 6.2.6) – is beargumenteerd dat de ruimte voor ontduikgedrag van fz-instellingen, in de zin van afwentelen van onnodige kosten op DForZo als direct sturende actor, is verminderd. Gelet op de sterk gestegen productiekosten biedt de verrekensystematiek tussen het departement en DForZo (kennelijk) meer ruimte en prikkels voor de uitvoerende en sturende actoren (zie P2) gezamenlijk om het fz-aanbod als totaal uit te breiden.

Met andere woorden: de relatie tussen toenemende (afnemende) economische rechten van sturende (uitvoerende) actoren enerzijds en stijgende productiekosten en doelmatigheid – waarmee kostenefficiëntie wordt bedoeld (subparagraaf 4.4.1) – anderzijds, valt te begrijpen door rekening te houden met beider beloningssysteem, een belangrijke strategie in met name de PAT (paragraaf 2.3). Sterkere economische rechten (grotere zeggenschap en belang) van de minister van Justitie als sturende actor na de stelselwijziging, in combinatie met minder zeggenschap van fz-instellingen over de fz-productie en hun grotere belang om het marktaandeel in de fz te behouden of te versterken, prikkelen beiden niet om de productiekosten te beheersen (allocatieve efficiëntie), maar wel om de prijs-kwaliteitverhouding ofwel de kostenefficiëntie te verbeteren (zie verder P4B).

P4A: Als na de stelselwijziging fz sprake is van sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen, dan neemt het aantal principalen, het aantal actoren en het verschil in doelen tussen principalen en agenten toe.

Deze eerste (deel)propositie dient als vertaalslag tussen de casus (stelselwijziging fz) en de theorie (PAT en NWB), dat wil zeggen om de stelselwijziging in theoretische termen (aantal principalen en actoren) te beschrijven en een eerste theoretische relatie te toetsen (tussen aantal principalen en verschil in doelen tussen principalen en agenten). Met principaal wordt (in de PAT) bedoeld op de persoon die met een ander persoon, de agent, een contract sluit om namens de principaal een dienst te verrichten, waarbij deze agent enige beslissingsruimte heeft (paragraaf 2.3). Met agent wordt in dit proefschrift bedoeld op de fz-instelling. Het aantal principalen en agenten, of sturende en uitvoerende actoren zoals deze in de NWB worden genoemd, is gemeten op organisatieniveau. Een agent kan, vanwege zijn relatie met de actor met wie het contract wordt afgesloten, (indirect) met meerdere principalen te maken hebben. Het aantal principalen, dat wil zeggen organisaties waarvan respondenten zeggen sturing met betrekking tot fz te ondervinden, is onderscheiden naar het aantal principalen in enge zin (ministeries van VWS en Justitie, zorgkantoren en DJI), overige sturende actoren (zorgverzekeraars, IGZ, ISt/ IvenJ, actoren in de strafrechtketen en overig) en principalen in ruime zin (de som van beide categorieën). Het aantal principalen (in enge en ruime zin) is in de onderzoeksperiode bij FPC's en in de ofz afgenomen (subparagraaf 6.2.1). Het aantal agenten is bij FPC's gelijk gebleven en in de ofz (sterk) toegenomen. Als geheel is het aantal

(sturende en uitvoerende) actoren op het fz-terrein dus toegenomen, vooral dankzij uitbreiding van het aantal gecontracteerde ofz-instellingen.

Het verschil in doelen tussen DForZo (principaal) en fz-instellingen (agenten) is volgens respondenten na de stelselwijziging afgenomen, vergeleken met het verschil tussen fz-instellingen en zorgkantoren als diens voorgangers, al vinden enkele respondenten de doelen tegenstrijdiger dan voorheen (zoals de druk om de behandelduur te verkorten of het zorg- of beveiligingsniveau af te schalen onder gelijktijdige druk om de kwaliteit en veiligheid te waarborgen, zie subparagraaf 6.2.4). Ook het verschil in doelen tussen fz-instellingen onderling is na de stelselwijziging afgenomen. Het verschil in doelen tussen principalen (VWS en Justitie) is volgens respondenten groter geworden, maar dit gaat gepaard met het terugtreden van VWS uit het fz-domein en laat zich dus niet interpreteren als feitelijke verschillen in sturing (doelen) van beide principalen (zie ook P5). In combinatie met de als sterk(er) ervaren sturing vanuit Justitie past deze ontwikkeling bij het geconstateerde afgenomen verschil in doelen tussen principalen en agenten.

Eerder (P1) is geconstateerd dat na de stelselwijziging sprake is van sturing vanuit de strafrecht- en zorgketen, die vanuit Justitie sterker is toegenomen dan vanuit VWS verminderd. Anders dan met betrekking tot de casus is verondersteld, neemt het aantal principalen na de stelselwijziging echter niet toe maar af. Het verschil in doelen tussen principalen en agenten neemt hierdoor, zoals theoretisch verwacht, af in plaats van toe. Het totale aantal actoren (principalen en agenten) in de casus neemt na de stelselwijziging toe vanwege (sterke) groei van het aantal agenten, met name in de ofz.

Geconcludeerd wordt dat P4A deels wel (relatie tussen sturing vanuit de strafrecht- en zorgketen en aantal principalen), maar in hoofdlijnen niet (relatie tussen deze sturing en aantal actoren, relatie tussen aantal principalen en verschil in doelen tussen principalen en agenten) kan worden verworpen.

De (op de casus, niet op enige theorie betrekking hebbende) veronderstelling dat voorafgaand aan de stelselwijziging sprake was van sturing vanuit de zorgketen die vanwege de stelselwijziging zou zijn uitgebreid met sturing vanuit de strafrechtketen, blijkt niet juist. Voorafgaand aan de stelselwijziging ondervonden de meeste fz-instellingen reeds sturing vanuit de zorg- en strafrechtketen. Na de stelselwijziging is de sturing vanwege het terugtrekken van VWS en zorgkantoren van het fz-domein, meer geconcentreerd tot het Justitiedomein (zie ook subparagraaf 6.2.5). Hiermee samenhangend neemt het verschil in doelen tussen principalen en agenten af. Dat de concretisering van de casus in theoretische termen (aantal principalen, aantal actoren) anders uitpakt dan verwacht, vormt geen belemmering om de theoretisch verwachte relaties daarvan mutatis mutandis te analyseren. P4B heeft betrekking op de PAT.

P4B: Als het aantal principalen (na de stelselwijziging fz) toeneemt, dan stijgen volgens de (klassieke) PAT het ontduikgedrag van de agenten en de transactie- en productiekosten en daalt, bij gelijkblijvende prestaties, de doelmatigheid van de fz. Volgens de (aangepaste) PAT stijgt ook het opportunistisch (afknijp)gedrag van de princip(a)al(en).

Volgens de PAT zijn arrangementen waarin agenten door één principaal worden aangestuurd doelmatiger dan arrangementen met meerdere principalen (subparagraaf 2.5.3). Wanneer meerdere principalen, ieder met eigen doelen, een (of meerdere) agent(en) aansturen, dan zijn er meer onduidelijkheden in de aansturing waardoor meer mogelijkheden voor agent(en) ontstaan om ontduikgedrag te vertonen. Volgens de aangepaste PAT kunnen niet alleen agenten ten opzichte van de principaal, maar ook een (of meer) principa(a)len ten opzichte van agent(en) opportunistisch gedrag vertonen. Toename van het aantal principalen dat (gezamenlijk) agenten aanstuurt, vergroot de mogelijkheid dat bij de invulling van de contractrelatie steeds strengere eisen worden gesteld aan agenten en dat zij in die zin opportunistisch gedrag vertonen.

Omdat in de casus het aantal principalen af- in plaats van toeneemt (zie P4A), wordt de inverse van P4B getoetst: in plaats van toenemend ontduik- en afknijpgedrag, stijgende transactiekosten en afnemende doelmatigheid, worden theoretisch de tegengestelde (inverse) effecten verwacht.

Wat ontduikgedrag van agenten (fz-instellingen) betreft, is geconstateerd dat dit slechts met enkele respondenten kon worden besproken (subparagraaf 6.2.6) maar is vervolgens beargumenteerd dat voor hen na de stelselwijziging weinig ruimte bestaat om ontduikgedrag te vertonen ten opzichte van de directe principaal DForZo (P3). Een kleiner aantal principalen gaat daardoor, zoals theoretisch verwacht (inverse P4B), gepaard met minder (ruimte voor) ontduikgedrag door agenten. De relatief sterke, beleidsmatig gestimuleerde volume- en kostenontwikkelingen in de fz (subparagraaf 6.3.1) duiden, in samenhang met de verrekensystematiek tussen departement en DJI, de grotere politieke aanspreekbaarheid van de minister van Justitie en de grotere maatschappelijke druk bij incidenten, overigens wel op mogelijk afwentelen van (onnodige) kosten en daarmee op (een vorm van) ontduikgedrag van deze agenten en principalen gezamenlijk, ten opzichte van de Staten-Generaal als 'hogere' principaal (zie figuur 2.2). Hoewel de productiekosten sterker stijgen dan de omvang van de (potentiële) populatie of de prijs- en loonbijstellingen (subparagrafen 6.3.1 en 6.3.3) kan, gelet op de schaarsteproblemen in de fz die de aanleiding vormden tot de stelselwijziging (paragraaf 1.1), echter niet zonder diepgaander onderzoek gesproken worden van (al dan niet) onnodig stijgende kosten. Het voor fz beschikbare budget (inclusief de uitbreiding daarvan) is immers via de rijksbegroting door de Staten-Generaal vastgesteld en kan in die zin als politiek gewenst en noodzakelijk worden beschouwd. Transparantie over de (achtergronden van de) ontwikkeling van fz-kosten is in dat verband echter een randvoorwaarde en eerder als aandachtspunt naar voren gekomen (subparagraaf 6.3.4.2; zie ook tabel 5.4).

Het afknijpgedrag van de principaal is (anders dan bij een dalend aantal principalen en daarmee bij inverse P4B verwacht) na de stelselwijziging toegenomen. Dat dit toeneemt, is gebaseerd op de – volgens respondenten in vergelijking met voorheen – hogere eisen die de principaal (DForZo) stelt zonder evenredig de tarieven aan te passen, die voordeel kan en probeert te halen ten koste van fz-instellingen en daarmee samenhangende lagere (kostendeckendheid van) tarieven (subparagraaf 6.2.5) en wordt ondersteund door de ontwikkeling van feitelijk gerealiseerde tarieven in de ofz en FPC's (paragraaf 5.8, en subparagrafen 6.3.3 en 7.2.5). Ook de transactie- en productiekosten en doelmatigheid nemen

na de stelselwijziging toe, anders dan bij (de inverse van) P4B verwacht. Op de achtergronden van deze (opvallende) combinatie van bevindingen is hiervoor ingegaan (P3).

Geconcludeerd wordt dat (inverse) P4B in hoofdlijn niet kan worden verworpen (relatie tussen aantal principalen en doelmatigheid), maar wat tussenliggende relaties betreft deels moet worden verworpen (relatie tussen aantal principalen, hun afknijpgedrag en transactie- en productiekosten). Beargumenteerd is dat er na de stelselwijziging minder ontduikgedrag is van agenten ten opzichte van hun directe principaal, hetgeen wel in lijn is met (inverse) P4B.

Het beloningssysteem prikkelt principalen en agenten (sturende en uitvoerende actoren) niet om de productiekosten te beheersen, maar wel om de doelmatigheid (kostenefficiëntie) te verbeteren (P3). Dat er minder ruimte, en gelet op het afnemend verschil in doelen tussen principalen en agenten (P4A), ook minder aanleiding is voor ontduikgedrag van agenten ten opzichte van de (directe) principaal, past daarbij. Afhankelijk van de mate waarin sectorale en DJI-brede overhead kan worden doorberekend in de met het departement te verrekenen dagprijzen (tabel 5.4), prikkelt dit beloningssysteem DForZo in meerdere of mindere mate om de eigen apparaatskosten te beheersen. Dit is (kon) echter niet worden onderzocht. Uit de bekostigingssystematiek (zorginkoopgegevens) blijkt dat transactiekosten van fz-instellingen niet afzonderlijk met hen worden verrekend, waardoor deze op hen (kunnen) worden afgewenteld. Ontwikkelingen in transactiekosten zijn op macroniveau echter in omvang van relatief beperkt belang en beïnvloeden de op (productie)kostenefficiëntie betrekking hebbende doelmatigheid dan ook niet.

De stelselwijziging fz kan als voorbeeld dienen dat niet zozeer het aantal principalen, maar het afknijpgedrag bepalend is voor de doelmatigheid. De gezamenlijke sturing is volgens respondenten na de stelselwijziging meer vanuit Justitie toegenomen dan vanuit VWS verminderd. DForZo stelt volgens respondenten meer dan voorheen eisen aan het productaanbod zonder evenredig de tarieven aan te passen (subparagraaf 6.2.5). Terwijl hiermee, op grond van de PAT, met name is ingezoomd op de (risico's tot afwentelen van kosten in de) relatie tussen principalen en agenten, wordt in P4C op grond van de NWB ingegaan op de (om te beginnen) positieve aspecten van relaties tussen (sturende en uitvoerende) actoren in een netwerk.

P4C: Als na de stelselwijziging fz het aantal actoren toeneemt, dan stijgen volgens de NWB de informatie-uitwisseling, de samenwerking en de innovatie, dalen de transactie- en productiekosten en verbetert bij gelijkblijvend volume en kwaliteit de doelmatigheid van de fz.

Volgens de NWB ontstaat in een netwerk van actoren, met langdurige, min of meer stabiele relaties en (herhaalde) interacties, een omgeving – waarin informatie wordt gedeeld en de voorspelbaarheid, het vertrouwen en daarmee de mogelijkheden tot leren en innoveren – toenemen, waardoor de productiekosten afnemen. Tegelijkertijd verminderen onzekerheden en (mede hierdoor) het opportunistisch gedrag van actoren, waardoor de noodzaak tot monitoring de bijbehorende (transactie)kosten laat verminderen, eventuele negatieve gevolgen (vooral nog, zie P7 hierna) buiten beschouwing latend. Toename van het aantal actoren

vergroot dit 'sociale kapitaal' en daarmee deze effecten. Samenwerking en innovatie leiden volgens de NWB voor actoren in het netwerk dus tot lagere transactie- en productiekosten en daarmee tot grotere doelmatigheid.

Het aantal actoren op fz-terrein is na de stelselwijziging toegenomen, vooral dankzij uitbreiding van het aantal gecontracteerde ofz-instellingen (subparagraaf 6.2.1). Conform de verwachting in P4C, is sindsdien (volgens respondenten) sprake van meer informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen onderling en van (veel) meer informatie-uitwisseling tussen DForZo en fz-instellingen (subparagraaf 6.2.6). Ondanks toegenomen concurrentie tussen fz-instellingen (die vooral betrekking heeft op voldoende instroom van fz-patiënten), neemt volgens hen ook het onderlinge vertrouwen en de samenwerking (rondom casuïstiek en in overleggremia) toe, al ontstond dit volgens sommigen "tegen wil en dank" en vanwege DForZo als "gezamenlijke opponent" (subparagrafen 6.2.4 en 6.2.5). Met name wanneer het marktaandeel niet te veel onder druk staat, kunnen fz-instellingen dit ogenschijnlijk tegenstrijdige gedrag combineren. Tegelijkertijd zijn fz-instellingen, eveneens conform P4C, meer gaan innoveren, vooral in de tweede helft van de onderzoeksperiode (programma KFZ, Meerjarenovereenkomst 2013 tot en met 2017): "Justitie heeft ingezet op samenwerking binnen de fz met een kwaliteitsimpuls" (subparagraaf 5.5.1).

De transactie- en productiekosten zijn na de stelselwijziging echter toegenomen (subparagraaf 7.2.4), ook wanneer de (toegenomen) informatie-uitwisseling om dubbeltelling te voorkomen buiten beschouwing wordt gelaten, in tegenstelling tot wat op grond van de NWB (P4C) bij toegenomen informatie-uitwisseling en samenwerking tussen fz-instellingen wordt verwacht. Aangezien na de stelselwijziging de toegenomen verantwoordingsdruk en bureaucratie als (derde) zwakke punt wordt genoemd die volgens respondenten ten koste van de zorg gaat (paragraaf 6.4), kan de ontwikkeling van transactiekosten ook vanuit dat oogpunt niet als vanwege (toegenomen) sociale kapitaal (afnemende) monitoringskosten worden geïnterpreteerd. De toegenomen productiekosten (paragraaf 5.3) hangen evenmin samen met de (toegenomen) informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie in de fz, maar gedeeltelijk met de groei van het aantal actoren (tabellen 4.1 en B.12).

De gemiddeld gerealiseerde gewogen gemiddelde tarieven zijn na de stelselwijziging weliswaar gedaald, en daarmee de doelmatigheid (kostenefficiëntie) conform verwachting in P4C verbeterd, maar heeft evenmin een inhoudelijke samenhang met de toegenomen (voornamelijk op casuïstiek gerichte of op kwaliteitsverbetering gerichte) informatie-uitwisseling, vertrouwen en samenwerking in het fz-netwerk (in tegenstelling tot het door DForZo gehanteerde beloningssysteem, zie P4B). De toegenomen onderlinge informatie-uitwisseling, samenwerking, vertrouwen en innovatie binnen de fz zijn als zodanig positieve ontwikkelingen, maar verklaren de ontwikkeling in transactie- en productiekosten en daarmee van de doelmatigheid in de fz niet.

Geconcludeerd wordt dat P4C deels niet (relatie tussen enerzijds aantal actoren en anderzijds informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie), maar in hoofdlijnen wel (relatie tussen dit 'sociaal kapitaal', transactie- en productiekosten en doelmatigheid) moet worden verworpen.

Het na de stelselwijziging toegenomen onderlinge vertrouwen en sociale kapitaal in het fz-netwerk heeft positieve gevolgen (meer informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie), die echter als zodanig niet of nauwelijks leiden tot lagere transactie- en productiekosten en mede daardoor een (hooguit) relatief beperkte invloed op de (verbeterde) doelmatigheid hebben.

P5: Als na de stelselwijziging fz principalen (actoren) meer dan voorheen verschillende doelen nastreven, dan neemt volgens de PAT het ontduikgedrag van agenten toe en volgens de NWB de informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie van actoren af. Volgens beide benaderingen stijgen de transactie- en productiekosten en daalt, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de fz.

Een toenemend verschil in doelen tussen principalen (actoren) heeft volgens beide benaderingen een nadelig effect op de doelmatigheid van het systeem (subparagraaf 2.5.2). Het verschil in doelen tussen principalen (VWS en Justitie) is na de stelselwijziging volgens respondenten echter groter geworden: VWS en Justitie hanteren verschillende paradigma's, samen te vatten als "rehabilitatie en gezondheidswinst" respectievelijk "bescherming van de maatschappij", en "accepteren elkaars kwaliteits- en verantwoordingseisen niet". Omdat VWS in de beleving van veel respondenten na de stelselwijziging "zijn handen van fz afgetrokken heeft" (subparagraaf 6.2.4), kan dit verschil in doelen echter niet worden geïnterpreteerd als een toegenomen verschil (tegenstrijdigheid) in sturing van beide principalen (P4A). Het verschil in doelen tussen principalen en agenten en tussen agenten onderling, en daarmee tussen (sturende en uitvoerende) actoren, neemt daarmee niet toe, zoals in P5 met betrekking tot de casus werd verwacht, maar af (subparagraaf 6.2.4). Op grond van (inverse) P5 is bij een afnemend verschil in doelen volgens de PAT minder ontduikgedrag van agenten en volgens de NWB meer informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie te verwachten. Volgens beide theorieën nemen de transactie- en productiekosten af en de doelmatigheid toe.

Anders dan met betrekking tot de casus verondersteld, neemt het verschil in doelen tussen principalen (actoren) na de stelselwijziging niet toe maar af. De in (inverse) P5 verwachte theoretische relaties doen zich (met uitzondering van transactie- en productiekosten) voor zoals verwacht. Het ontduikgedrag van agenten kon niet worden gemeten, maar hiervoor (P3, P4B) is beargumenteerd dat voor dit type gedrag van agenten ten opzichte van de (directe) principaal na de stelselwijziging minder ruimte is dan voorheen. Ook de op grond van de NWB veronderstelde positieve ontwikkelingen (informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie in de fz) doen zich voor zoals verwacht (subparagraaf 6.2.6). Hoewel de doelmatigheid verbetert, zoals (inverse) P5 bij beide benaderingen veronderstelt, nemen de transactie- en productiekosten niet af maar toe (zie P3). De (in het kader van de PAT relevante) afgenomen (ruimte voor) ontduikgedrag van agenten en het door de principaal gehanteerde beloningssysteem bieden een inhoudelijke verklaringen voor de (in de inverse P5) verwachte verbetering van doelmatigheid (P4B). Voor het (in het kader van de NWB relevante) toegenomen vertrouwen en sociale kapitaal in het fz-netwerk geldt dit niet of in (veel) mindere

mate (P4C). Het beloningssysteem (werkzaam mechanisme volgens de PAT) biedt daarmee, (veel) meer dan de toegenomen informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie (werkzaam mechanisme volgens de NWB) een inhoudelijk sterkere verklaring voor de geconstateerde verbetering van doelmatigheid in de fz.

Geconcludeerd wordt dat inverse P5 wat de PAT betreft in hoofdlijnen niet (relatie tussen het verschil in doelen tussen principalen, het met het beloningssysteem gepaard gaande verminderde ontduikgedrag van agenten en doelmatigheid), maar deels (relatie tussen ontduikgedrag en transactie- en productiekosten) wel moet worden verworpen. Wat de NWB betreft wordt inverse P5 deels (relatie tussen enerzijds het verschil in doelen tussen actoren en anderzijds de informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie) niet, maar in hoofdlijnen (relatie tussen dit sociale kapitaal, transactie- en productiekosten en doelmatigheid) wel verworpen.

Hoewel ontwikkelingen zich in de onderzoeksperiode voordoen zoals op grond van beide benaderingen bij een afnemend verschil in doelen tussen principalen (actoren) valt te verwachten, biedt de PAT met de aandacht voor het beloningssysteem in deze casus een inhoudelijk passender verklaring voor de ontwikkeling van doelmatigheid in de fz dan de NWB met de aandacht voor het sociaal kapitaal.

P6: Als na de stelselwijziging fz sprake is van een relatief groot aantal actoren die in vertrouwen dezelfde doelen nastreven met een sterke afhankelijkheid in specialistische taakuitoefening, dan leidt sturing door een hiertoe in het leven geroepen centrale administratieve netwerkorganisatie volgens de NWB tot lagere transactie- en productiekosten en, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, een grotere doelmatigheid van de fz.

Volgens de NWB beïnvloedt het netwerkmanagement de kwaliteit van de (horizontale, wederkerige) relaties en, via inbedding van deze relaties in het netwerk (het 'sociale kapitaal'), ook het vertrouwen, de informatie-uitwisseling, samenwerking, innovatie en doelmatigheid van het netwerk. Een bij de kenmerken van het netwerk passend netwerkmanagement vergroot volgens de NWB de doelmatigheid van (sturing van) actoren (paragraaf 2.4).

Zonder de grenzen van het Forensisch Netwerk daarmee volledig te willen duiden, kan DForZo worden beschouwd als een centrale(re) actor, in vergelijking met voorheen de (decentrale) zorgkantoren (subparagraaf 6.2.5). De als (sterker) coördinerend ervaren rol van DForZo na de stelselwijziging in combinatie met de grotere overeenstemming over het belangrijkste doel van fz tussen fz-instellingen onderling en met DForZo, de meer gelijkwaardige relaties tussen fz-instellingen, hun toegenomen invloed en de grotere onderlinge afhankelijkheden (indirect, via maatschappelijke druk en risico op reputatieschade) duiden op netwerksturing als coördinatiemechanisme. Tot op zekere hoogte wordt na de stelselwijziging bovendien voldaan aan de genoemde netwerkkenmerken: de fz kent namelijk een relatief groot aantal actoren die met vertrouwen en taakspecialisatie dezelfde doelen nastreven (subparagrafen 6.2.1 en 6.2.6). "Het veld is meer verenigd in Forensisch Netwerk, vormt samen een 'politieke' netwerkentiteit" was de opmerking van een van de respondenten. Tot op zekere hoogte is dit

het geval, omdat de onderlinge afhankelijkheid voornamelijk bestaat uit een gezamenlijk belang bij beleidsontwikkeling en -uitvoering in de fz en de beeldvorming daarover, en veel minder uit onderlinge afhankelijkheden bij de feitelijke taakuitoefening (het verlenen van fz). Het vertrouwen van fz-instellingen in DForZo is bovendien niet groter dan het vertrouwen dat zij voorheen in zorgkantoren hadden. Het vertrouwen tussen fz-instellingen onderling is verbeterd, zolang het eigen (belang van het) marktaandeel niet wordt bedreigd. De transactie- en productiekosten nemen niet af maar toe. Desondanks stijgt de doelmatigheid, zoals in P6 verwacht (zie echter ook P3 en P5).

Geconcludeerd wordt dat P6 (relatie tussen centraal netwerkmanagement, transactie- en productiekosten en doelmatigheid) moet worden verworpen.

Het netwerkmanagement is na de stelselwijziging voornamelijk gericht op het via contractrelaties met afzonderlijke fz-instellingen realiseren van het door DForZo beoogde fz-aanbod (paragrafen 5.1 tot en met 5.3) en op verbetering van de kwaliteit daarvan via verbindende initiatieven zoals het programma KFZ van het EFP en de vorming van kwaliteitsnetwerken en andere netwerken (subparagrafen 5.5.1 en 6.2.5). Bij laatstgenoemde ontwikkeling is sprake van het aanzetten tot wederkerige relaties, onderlinge afhankelijkheden en gezamenlijk belang van fz-instellingen. Dit heeft echter niet of nauwelijks betrekking op de productie van fz als zodanig. De positieve veranderingen in de fz na de stelselwijziging (meer informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie) zijn dus mede aan het netwerkmanagement (DForZo) toe te schrijven, maar kunnen op grond van de NWB de geconstateerde toegenomen doelmatigheid niet of nauwelijks verklaren.

P7: Als na de stelselwijziging fz de informatie-uitwisseling en samenwerking gepaard gaan met meer belangenbehartiging en conflicten dan voorheen, dan verhoogt dit de transactie- en productiekosten en vermindert, bij gelijkblijvend volume en kwaliteit, de doelmatigheid van de fz.

Een toenemend aantal actoren kan volgens de NWB, vanwege veranderingen in de aard (gelijkwaardigheid, wederkerigheid) van hun relatie en verschillen in doelen, behalve positieve ontwikkelingen (P4C tot en met P6), ook negatieve effecten hebben. Dit geldt ook voor de met centralisatie gepaard gaande veranderingen in zeggenschap van actoren, vanwege de hiermee gepaard gaande veranderingen van gelijkwaardigheid van relaties. Deze ontwikkelingen kunnen volgens de NWB leiden tot meer behartiging van deelbelangen ten koste van andere actoren in het netwerk (lobbyen) en tot toenemende conflicten (paragraaf 2.4). Wanneer hier sprake van is (lobbyen en conflicten) dan vermindert volgens de NWB het onderlinge vertrouwen tussen actoren en nemen de transactie- en productiekosten in het netwerk toe en de doelmatigheid af.

Het verschil in doelen tussen DForZo en fz-instellingen en fz-instellingen onderling is volgens respondenten na de stelselwijziging echter kleiner geworden (P4A). De relaties tussen fz-instellingen zijn volgens hen ook gelijkwaardiger dan voorheen, een ontwikkeling die volgens sommigen zelfs is "doorgeschoten" (subparagraaf 6.2.5). Met gelijkwaardiger relaties wordt

vooral bedoeld op de verhouding tussen FPC's en ofz-instellingen, waarbij eerstgenoemden van oudsher (en volgens sommigen nog steeds) een relatief dominante positie in de fz innemen. Of de relatie tussen de sturende en uitvoerende actoren gelijkwaardiger is geworden, is niet aan respondenten gevraagd. Op basis van hun respectievelijk sterker en zwakker geworden economische rechten (P2 en P3), wordt hier echter geconcludeerd dat deze na de stelselwijziging minder gelijkwaardig is geworden.

Het bij DForZo lobbyen voor de eigen fz-instelling is (volgens bestuurders daarvan) toegenomen. Respondenten ervaren weinig onderhandelingsruimte voor tarieven. De concurrentie heeft, onder meer via het op innovatie gerichte programma KFZ, met name betrekking op het marktaandeel (subparagraaf 6.2.6). Het aantal conflicten tussen fz-instellingen onderling is volgens respondenten niet veranderd. Wel zijn er meer conflicten tussen fz-instellingen en DForZo, met name over financiën, de (politieke) afhandeling van incidenten en de "afgenomen regelruimte om fz-patiënten struikelend te laten leren". Ook de transactie- en productiekosten zijn toegenomen, conform verwachting in P7 bij toenemend lobbyen door fz-instellingen en een groter aantal conflicten tussen DForZo en fz-instellingen. De specifiek hierop betrekking hebbende overlegkosten van fz-instellingen zijn niet onderzocht. Wel is er (veel) meer informatie-uitwisseling tussen DForZo en fz-instellingen en fz-instellingen onderling, hetgeen (vanwege de wijze van meting daarvan) mede de achtergrond vormt van de toegenomen transactiekosten (P4C). De kosten in verband met overleg (mede in verband met lobbyen en conflicten) vormen echter geen onderdeel van de bekostigingssystematiek en kunnen (vanwege de wijze van meting daarvan) de (ontwikkeling van) transactie- en productiekosten noch die van doelmatigheid verklaren. Anders dan op grond van P7 valt te verwachten, is de doelmatigheid in de fz bovendien niet gedaald, maar juist verbeterd.

Geconcludeerd wordt dat P7 deels niet kan worden getoetst (effect van belangenbehartiging en conflicten op transactiekosten), maar in hoofdlijnen (relatie tussen enerzijds belangenbehartiging en conflicten en anderzijds productiekosten en doelmatigheid) moet worden verworpen.

Na de stelselwijziging doen genoemde ontwikkelingen (lobbyen en conflicten) zich weliswaar meer voor dan voorheen, maar om verschillende redenen (wijze van meten, bekostigingssystematiek) zijn deze inhoudelijk enkel gerelateerd aan transactiekosten en niet aan productiekosten. Daardoor hebben deze (hooguit) een relatief beperkte invloed op de ontwikkeling van doelmatigheid.

P9: Als na de stelselwijziging fz sprake is van een meer centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen, dan daalt de doelmatigheid van de fz, tenzij kostenbesparing onderdeel uitmaakt van de opdracht aan de sturende actor en een op de kenmerken van het netwerk afgestemde administratieve netwerkorganisatie een groter aantal actoren hierin betreft zonder toename van belangenbehartiging en conflicten.

De ontwikkeling van doelmatigheid wordt (volgens de PRT, PAT en NWB) beïnvloed door (ontwikkelingen in) de volgende factoren:

- de economische rechten van sturende en uitvoerende actoren;
- de opdracht aan een sturende actor om kosten te besparen;
- het aantal principalen of actoren;
- het verschil in doelen tussen principalen of actoren;
- een bij de kenmerken van het netwerk passend netwerkmanagement.

Genoemde factoren beïnvloeden het gedrag van actoren vanuit het oogpunt van doelmatigheid in positieve of negatieve zin (subparagraaf 2.5.3). Vanuit de PAT en de PRT wordt de aandacht daarbij met name gericht op (risico's van) opportunistisch gedrag van principalen (discretionair gedrag, afknijpgedrag) en agenten (ontduikgedrag). In het kader van de NWB wordt gesproken over (kansen op) informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie en (risico's van) belangenbehartiging en conflicten. Gecombineerd wordt in de casus op theoretische gronden vanwege de meer centrale sturing vanuit de zorg- en strafrechtketen een vermindering van doelmatigheid verwacht, tenzij (in het kader van de PRT en NWB) bepaalde omstandigheden zich voordoen en zwaarder wegen (P9). Wat deze omstandigheden betreft gaat het in het kader van de PRT, bij sterkere economische rechten, om een opdracht aan de in de publieke sector sturende actor om kosten te besparen. Op grond van de NWB gaat het om een toename van het aantal actoren in het netwerk en de inrichting van een op de kenmerken van het netwerk afgestemde administratieve organisatie.

Na de stelselwijziging fz is sprake van een meer centrale sturing vanuit de strafrecht- en zorgketen (P1). Anders dan met betrekking tot de casus werd verwacht, was voor de stelselwijziging echter reeds sprake van sturing vanuit de strafrecht- en zorgketen. Het aantal principalen is na de stelselwijziging zelfs af- in plaats van toegenomen (P4A). De doelmatigheid in de fz (FPC's, intra- en extramurale ofz) is in de onderzoeksperiode, eveneens anders dan verwacht, verbeterd (P3). Met doelmatigheid wordt daarbij bedoeld op kostenefficiëntie ofwel de prijs-kwaliteitverhouding. De allocatieve efficiëntie ofwel de doelmatigheid van het beleid kon niet worden onderzocht (subparagraaf 4.4.1). De met aard en omvang van de (potentiële) fz-populatie en loon- en prijsbijstellingen beperkt samenhangende sterke stijging van fz-productiekosten enerzijds en de grotere politieke aanspreekbaarheid van de minister van Justitie en grotere maatschappelijke druk bij incidenten anderzijds duiden, in samenhang met de verrekensystematiek tussen departement en DJI, op mogelijk afwentelen van (onnodige) kosten van de principalen en agenten gezamenlijk op de Staten-Generaal als 'hogere' principaal (P4B) en daarmee op mogelijk verminderde allocatieve efficiëntie (paragraaf 7.3).

De verbeterde doelmatigheid (kostenefficiëntie) hangt theoretisch samen met het dalend aantal principalen (P4B). Niet dit (dalend) aantal principalen, maar hun afknijpgedrag is echter bepalend voor de (na de stelselwijziging toegenomen) doelmatigheid. De na de stelselwijziging sterkere economische rechten (grotere zeggenschap en belang) van de principaal (minister van Justitie en in het verlengde daarvan DForZo), in combinatie met de verminderde zeggenschap van agenten (fz-instellingen) over de fz-productie en hun grotere belang om het marktaandeel in de fz te behouden of te versterken, prikkelen beide partijen om de

kostenefficiëntie te verbeteren, maar niet om de transactie- en productiekosten als geheel (discretionair gedrag, allocatieve efficiëntie) te beheersen (P3). Het beloningssysteem, een belangrijke strategie in de PAT (en daarmee samenhangend de PRT), biedt de agenten weinig ruimte voor ontdoikgedrag ten opzichte van de directe principaal en speelt hierbij een belangrijke rol (P5). Het afnemend verschil in doelen tussen principalen en agenten (P4A) past daarbij en geeft daar ook minder aanleiding toe.

Of de opdracht om kosten te besparen (in 2013) aan de (in de publieke sector) sturende actor een rol speelt bij de verbetering van doelmatigheid in de onderzoeksperiode kon, vanwege ontbrekende gegevens over kwaliteit in tussenliggende jaren, niet volledig worden getoetst (P2). De ontwikkeling van de productiekosten duidt hier overigens wel op, zowel in absolute als relatieve zin (P2).

De tweede omstandigheid doet zich voor zoals in P9 verwacht (een bij de kenmerken van het netwerk passend type netwerkorganisatie), in tegenstelling tot de derde (belangenbehartiging en conflicten nemen toe in plaats van af) maar beide hebben, net als andere ontwikkelingen in het kader van de NWB – een toenemend aantal actoren en hiermee samenhangende toenemende informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie – hooguit een relatief beperkte invloed op de ontwikkeling van doelmatigheid van fz (P4A, P4C, P6 en P7).

Geconcludeerd wordt dat P9 in hoofdlijnen (relatie tussen een meer centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen en verminderde doelmatigheid van fz) moet worden verworpen. Aangezien de sturing voorheen ook al plaatsvond vanuit de strafrecht- en zorgketen is hiermee in het bijzonder de relatie tussen een meer centrale sturing en verminderde doelmatigheid (kostenefficiëntie) verworpen.

De relatie tussen de opdracht aan de (in de publieke sector) sturende actor om kosten te besparen en de (verbeterde) doelmatigheid kon, vanwege ontbrekende kwaliteitsgegevens in tussenliggende periodes, niet (volledig) worden getoetst, maar de ontwikkeling van de absolute en relatieve fz-productiekosten (gewogen gemiddelde tarieven) in de onderzoeksperiode duidt wel op een rol van betekenis in dit verband. Netwerkmanagement, gericht op het versterken van horizontale en wederkerige relaties, en (meer) belangenbehartiging en conflicten hebben (hooguit) een relatief beperkte invloed op de verbeterde doelmatigheid (kostenefficiëntie) van fz.

7.4 Samenvatting en conclusie

Onderzoeksvraag 7

In hoeverre zijn de na de stelselwijziging geconstateerde verschillen in kwaliteit, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) forensische zorg terug te voeren op deze theoretische en alternatieve verklaringen?

Om overlap met bespreking van de probleemstelling als geheel te voorkomen, worden in deze paragraaf de belangrijkste bevindingen kort samengevat, ter verdere integrale bespreking van het verklarend karakter in hoofdstuk 8.

Wat ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie en kosten van fz betreft, kan worden teruggegrepen op hoofdstuk 5 (tabel 5.20 bevat een samenvattend overzicht). In

paragraaf 7.2 zijn deze in de context geplaatst van andere ontwikkelingen die in dit proefschrift zijn aangeduid met de term alternatieve verklaringen (zie paragrafen 6.3 en 6.5), om op basis van het geheel een uitspraak te kunnen doen over de ontwikkeling van doelmatigheid van (sturing van) de verschillende fz-domeinen (FPC, PPC, extra- en intramurale ofz). In dat verband is geconcludeerd dat de in reële termen dalende tarieven bij FPC's en ofz, in samenhang met de prestaties in deze domeinen, duiden op verbetering van doelmatigheid (kostenefficiëntie). Als kanttekening geldt dat dit mogelijk een eufemisme betreft voor een (te) grote druk op de financiën en werkdruk die, net als de volgens enkele respondenten (te) sterke sturing van DForZo op vermindering van de tbs-behandelduur, volgens hen tot veiligheidsrisico's binnen en buiten de instelling kan leiden (subparagraaf 7.2.5). Vanwege onvolledig zicht op ontwikkelingen bij de PPC's zijn deze niet in termen van doelmatigheid geïnterpreteerd.

De alternatieve verklaringen blijken genoemde prestaties in de fz slechts gedeeltelijk te kunnen verklaren. Verschillenanalyse van de productiekosten in 2006 en 2015 laat zien dat de toename daarvan bij FPC's – per saldo, ondanks een dalend aantal ter beschikking gestelden (paragraaf 6.3.1) –, volledig en bij PPC's grotendeels aan de ontwikkeling van (nominale) gewogen gemiddelde tarieven en bij de ofz grotendeels aan het volume valt toe te schrijven (paragraaf 5.8). De tariefontwikkeling wordt voor een belangrijk deel verklaard door de (genormeerde) loon- en prijsbijstellingen voor de zorgsector die door VWS worden vastgesteld. In 2015 is vergeleken met 2006 en 2009 sprake van nominale en reële dalingen van het gewogen gemiddelde tarief in de intra- en extramurale fz (subparagraaf 6.3.3). Enkel bij PPC's is (mogelijk) sprake van een reële stijging, maar vanwege het (mogelijk verschillend) toerekenen van overhead mogelijk in de tijd minder goed vergelijkbaar. De volume-effecten in de fz-domeinen komen niet overeen met de ontwikkelingen in de aard en omvang van de respectievelijke potentiële populaties en zijn (mede) beleidsgeïnduceerd (subparagraaf 6.3.1). Registratie- en implementatie-effecten hebben zich in de onderzoeksperiode hooguit in het begin (beperkt) voorgedaan en (hierdoor) geen invloed op de ontwikkeling van doelmatigheid (subparagrafen 6.3.2 en 7.2.5). Ontwikkelingen in de fz wijken op belangrijke onderdelen (sturing, transparantie, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid) af van die in vergelijkbare reguliere zorg (subparagraaf 6.3.4).

De aanscherping van het tbs-beleid, de afnemende tolerantie in de samenleving en bezuinigingen hangen volgens respondenten niet zozeer samen met de stelselwijziging fz, maar worden daar wel beïnvloed (subparagraaf 6.3.5). De als toevallig ervaren steun van de politiek verantwoordelijke bewindslieden, mogelijke onevenwichtigheden in de interne sturing van DJI, de afhankelijkheid van gemeenten bij het succesvol laten re-integreren van patiënten en verschillen in klachtafhandeling tussen de forensische en gedwongen ggz hebben volgens hen invloed op de prestaties in de fz, maar blijven in dit proefschrift buiten beschouwing.

In paragraaf 7.3 is nagegaan in hoeverre de sturing van fz in de onderzoeksperiode is veranderd, op basis van een op inzichten uit de PRT, PAT en NWB ontwikkeld conceptueel theoretisch onderzoeksmodel en daarvan afgeleide (te toetsen) proposities. Daarbij kwam naar

voren dat enkele (onderdelen van) proposities niet konden worden getoetst. Hier is als volgt mee omgegaan:

- Transactiekosten en doelmatigheid in tussenliggende jaren van de onderzoeksperiode zijn niet bekend, waardoor de relatie tussen de opdracht aan de (in de publieke sector) sturende actor om kosten te besparen en de (verbeterde) doelmatigheid (P2 en P9) niet (volledig) kon worden getoetst.
De ontwikkeling van de fz-productiekosten en tarieven is in de tussenliggende periodes wel bekend (zie figuren 7.1 tot en met 7.3 en bijbehorende tabellen) en gebruikt om indicatieve uitspraken op te baseren;
- Of het ontduikgedrag van uitvoerende actoren in de onderzoeksperiode is veranderd kon slechts met enkele respondenten worden besproken (subparagraaf 6.2.6). Gelet op hun reacties en die van anderen in ander verband over de als beperkt ervaren onderhandelingsruimte en de (te) sterke positie van DForZo is beargumenteerd en (ten behoeve van toetsing van P3 en P4B) verondersteld dat na de stelselwijziging minder (ruimte is voor) ontduikgedrag van fz-instellingen ten opzichte van DForZo, gelet op de in inkoopseisen vastgelegde kwaliteitseisen, het belang voor fz-instellingen om voldoende marktaandeel te realiseren en hun afhankelijkheid daarbij van één enkele zorginkoper;
- Het effect van belangenbehartiging en conflicten op de omvang van transactiekosten is niet bekend, waardoor P7 niet in detail kon worden getoetst. Gelet op de relatief beperkte omvang van transactiekosten heeft deze verbijzondering hoe dan ook een beperkte invloed op de ontwikkeling van doelmatigheid.

De volgende (onderdelen van) proposities zijn verworpen:

- de relatie tussen (zwakkere) economische rechten van uitvoerende actoren, (meer) ontduikgedrag van uitvoerende actoren en (verminderde) doelmatigheid (P3);
- de (in de casus veronderstelde) relatie tussen sturing vanuit de strafrecht- en zorgketen en het (groter) aantal principalen (P4A);
- de relatie tussen het (kleiner) aantal principalen, hun (afnemend) afknijpgedrag en (dalende) transactie- en productiekosten (inverse P4B);
- de relatie tussen (verminderd) ontduikgedrag van agenten en (lagere) transactie- en productiekosten (inverse P5);
- de relatie tussen enerzijds (toegenomen) informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie, en anderzijds (lagere) transactie- en productiekosten en (verbeterde) doelmatigheid (P4C/ inverse P5);
- de relatie tussen (meer) centraal netwerkmanagement, (lagere) transactie- en productiekosten en (verbeterde) doelmatigheid (P6);
- de relatie tussen enerzijds (meer) belangenbehartiging en conflicten en anderzijds (hogere) productiekosten en (verminderde) doelmatigheid (P7);
- de relatie tussen een (meer) centrale sturing vanuit zowel de strafrecht- als de zorgketen en (verminderde) doelmatigheid van fz (P9). Aangezien de sturing voorheen ook al plaatsvond vanuit de strafrecht- en zorgketen is hiermee in het bijzonder de relatie tussen een meer centrale sturing en verminderde doelmatigheid (kostenefficiëntie) verworpen.

De volgende (onderdelen van) proposities zijn niet verworpen:

- na de stelselwijziging is sprake van een (verandering van) sturing (centralisatie, vanuit strafrecht- en zorgketen). De doelmatigheid van fz (inclusief de sturing daarvan) is veranderd (P1);
- de relatie tussen enerzijds (sterkere) economische rechten van een in de publieke sector sturende actor in combinatie met een aan hem gerichte opdracht om kosten te besparen en anderzijds (meer) discretionair gedrag en (hogere) productiekosten (P2);
- de relatie tussen enerzijds (zwakkere) economische rechten van uitvoerende actoren en anderzijds (stijgende) transactie- en productiekosten (P3);
- de in de casus veronderstelde relatie tussen sturing vanuit de strafrecht- en zorgketen en het (grotere) aantal actoren (P4A);
- de relatie tussen het aantal (minder) principalen en het (kleinere) verschil in doelen tussen principalen en agenten (P4A);
- de relatie tussen het aantal (minder) principalen, (minder ruimte voor) ontduikgedrag van agenten en (verbeterde) doelmatigheid (inverse P4B);
- de relatie tussen enerzijds het (grotere) aantal actoren en anderzijds (meer) informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie (P4C);
- de relatie tussen het (kleinere) verschil in doelen tussen principalen, het (verminderde) ontduikgedrag van agenten en (verbeterde) doelmatigheid (inverse P5);
- de relatie tussen enerzijds het (kleinere) verschil in doelen tussen actoren en anderzijds de (toegenomen) informatie-uitwisseling, samenwerking en innovatie (inverse P5);
- de ontwikkeling van absolute en relatieve fz-productiekosten (gewogen gemiddelde tarieven) in de onderzoeksperiode duidt op een relatie tussen een opdracht aan een in de publieke sector (meer) centraal sturende actor om kosten te besparen op de (verbeterde) doelmatigheid, opgevat als kostenefficiëntie (P9);
- netwerkmanagement, gericht op het versterken van horizontale en wederkerige relaties, en (meer) belangenbehartiging en conflicten hebben (hooguit) een relatief beperkte invloed op de (verbeterde) doelmatigheid opgevat als kostenefficiëntie (P9).

Geconcludeerd wordt dat de zeggingskracht van de verklarende factoren vanuit de PRT en PAT in deze casus sterker zijn dan van de NWB. Figuur 7.5 bevat een weergave van de overeenkomsten en verschillen tussen de theoretisch verwachte en de empirisch gevonden relaties. In hoofdstuk 8 wordt op deze en andere bevindingen verder ingegaan.

Figuur 7.5 Overzicht van overeenkomsten en verschillen tussen de theoretisch verwachte en empirisch gevonden relaties

DEEL 4 SYNTHESE

8 Conclusies en aanbevelingen

8.1 Inleiding

Medio 2004 verzocht Eerste Kamerlid Van de Beeten de regering te voorzien in “de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen” (EK, 2003-2004). Een jaar later nam het kabinet het besluit om de zorg in strafrechtelijk kader, en daarmee de gehele fz, voortaan “via de justitiebegroting te financieren” (TK, 2004-2005a). De minister van VWS behield zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteit daarvan. Enkele ernstige incidenten met ter beschikking gestelden, gevolgd door een parlementair onderzoek, en het streven om de AWBZ-kosten te beheersen vormden hierbij mede de achtergrond (paragraaf 1.1). Het in 2007 naar Justitie overgehevelde AWBZ-budget had echter niet alleen betrekking op ter beschikking gestelden, maar ook op ‘overige forensische patiënten’. Overige fz ofwel ofz betreft ambulante en klinische behandeling, ambulante begeleiding en begeleiding met verblijf van (voornamelijk) voorwaardelijk gesanctioneerde (verdachte of veroordeelde) personen.

De politieke (eind)verantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor de fz ging in tegen de wens van de sector, en internationaal wordt een voorkeur uitgesproken voor verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid hiervoor (bijvoorbeeld WHO, 2007, p. 2; 2014, p. 7; CPT, 2017, p. 6). Het equivalentiebeginsel, dat de zorg voor gedetineerden gelijkwaardig dient te zijn aan de reguliere zorg, vormt daarbij een belangrijk nationaal en internationaal aanvaard principe.

Tot dusverre is niet onderzocht in hoeverre de sturing van fz is veranderd en wat de effecten zijn op de kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie en doelmatigheid van fz. In dit proefschrift is daarom als probleemstelling onderzocht:

(Hoe) leidt de verandering van sturing van fz na de stelselwijziging in 2007 tot veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van deze zorg en hoe verhouden deze veranderingen zich tot het equivalentiebeginsel?

De probleemstelling valt uiteen in drie theoretische en vier empirische onderzoeksvragen die in paragraaf 8.2 worden beantwoord. Paragraaf 8.3 sluit daarop aan met aanbevelingen voor wetenschappelijk vervolgonderzoek. Paragraaf 8.4 blikt terug op de aanleiding tot de stelselwijziging en sluit af met aanbevelingen voor de praktijk, gelet op de ontwikkelingen in het fz-domein in de onderzoeksperiode (2006 tot en met 2015) en daarna.

8.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen

De probleemstelling wordt in deze paragraaf eerst beantwoord aan de hand van de theoretische en empirische onderzoeksvragen. Tot slot komt de probleemstelling, het geheel samenvattend, als zodanig aan de orde.

Voor het *theoretisch deel van de probleemstelling* zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd. Na verkenning van mogelijk relevante economische, staatsrechtelijke en bestuurskundige invalshoeken (paragraaf 1.2) zijn drie benaderingen, te weten de property rightstheorie (PRT), de principaal-agenttheorie (PAT) en de bestuurskundige netwerkbenadering (NWB) geselecteerd om de verandering van sturing in de casus te bestuderen. De theoretische onderzoeksvragen luiden:

1. Wat wordt in de PRT verstaan onder property rights en op welke wijze zijn deze van invloed op (de motivatie van) de principaal om te sturen en op (de motivatie van) de agent om te handelen?
2. Wat wordt in de PAT verstaan onder effectieve sturing door een principaal van meerdere agenten en welke factoren dragen hieraan bij?
3. Wat wordt in de NWB verstaan onder effectieve sturing van actoren en welke factoren dragen hieraan bij?

Met het oog op de ontwikkeling van een theoretisch kader en conceptueel onderzoeksmodel is in hoofdstuk 2 per theoretische benadering (in paragrafen 2.2 tot en met 2.4) de kerninhoud van de drie benaderingen beschreven aan de hand van de belangrijkste begrippen, gehanteerde uitgangspunten, theoretische redeneringen (mechanismen) en de in het kader van deze studie relevante toepassingsgebieden. Sturing is daarbij, vrij naar Wolfson (2001, p. 78), opgevat als "een bewuste verandering van instituties om het gedrag van actoren in een systeem te beïnvloeden" en kan daarmee zowel sturing op individueel als op een hoger abstractieniveau betreffen (zoals in onderhavige casus van een minister of de Staten-Generaal). Aansluitend op wat gangbaar is in de nieuwe institutionele economie – waartoe de PRT en de PAT worden gerekend – gaat het daarbij zowel om formele als informele instituties (bijvoorbeeld North, 1991; Williamson, 1998a, pp. 26-29). Paragraaf 2.5 bevat een analyse van de samenhang, overlap en verschillen tussen de drie benaderingen (subparagraaf 2.5.1), een schets van het integrale theoretisch model (subparagraaf 2.5.2; figuur 2.11), de op de casus betrekking hebbende theoretische proposities en het theoretisch onderzoeksmodel (subparagraaf 2.5.3; figuur 2.12). De bevindingen worden hierna per onderzoeksvraag in hoofdstuk 3 samengevat.

Onderzoeksvraag 1:

Wat wordt in de property-rightstheorie verstaan onder property rights en op welke wijze zijn deze van invloed op (de motivatie van) de principaal om te sturen en op (de motivatie van) de agent om te handelen?

Property rights worden in deze studie, vrij naar Wolfson (2001, p. 78), opgevat als in regelgeving of gewoonten maatschappelijk geaccepteerde rechten van een actor (zoals een principaal of agent, zie onderzoeksvraag 2) om een fysiek goed of dienst (zoals in de casus van fz) te exploiteren, de rechten van derden (zoals justitiabelen of burgers) ten aanzien van dat fysieke goed of deze dienst te reguleren en daarvan de effecten te ondervinden. In het empirische gedeelte van dit proefschrift worden property rights, in samenhang met de zeggenschap en het belang van een actor over een fysiek goed of dienst, aangeduid als economische rechten.

Een actor stemt volgens de PRT zijn gedrag af op de property rights waarover deze beschikt en wordt door dit belang gemotiveerd in zijn handelen. Een actor handelt volgens de PRT meer (kosten)bewust en daarmee doelmatiger naarmate deze meer de consequenties ondervindt van dit handelen, en vermindert hierdoor de transactie- en productiekosten. Vastleggen van property rights vermindert de onzekerheid van actoren bij transacties. Naarmate een actor een sterkere bundel property rights heeft, en dus meer de consequenties van zijn handelen ondervindt, is deze meer gemotiveerd om onnodige kosten (zoals ontduikgedrag) te vermijden en daardoor doelmatiger te handelen. De consequenties die een actor ondervindt zijn sterker naarmate deze over meer of ruimere property rights beschikt en deze kan uitoefenen, anders gezegd, naarmate de zeggenschap en het belang van een actor bij een fysiek goed of dienst toeneemt. Hoewel de Engelse benaming anders suggereert, is eigendom geen vereiste voor property rights. Het belang van een actor kan worden uitgedrukt in financieel voordeel, maar kan ook ander materieel of immaterieel nut betreffen, hetgeen toepassing van de PRT in de publieke sector mogelijk maakt (De Alessi, 1969, p. 16; Furubotn & Pejovich, 1972, pp. 1147-1148; Künneke, 1991). Aan de consequenties van (verschillen in) economische rechten tussen (op vergelijkbaar niveau) sturende actoren in de publieke sector, wordt in de literatuur, voor zover bekend, geen speciale aandacht besteed. Het onderzoek in deze casus, waarin (consequenties van) verschillen in economische rechten tussen sturende actoren voor en na de stelselwijziging worden onderzocht, kan als een aanzet daartoe worden gezien.

Onderzoeksvraag 2:

Wat wordt in de principaal-agenttheorie verstaan onder effectieve sturing door een principaal van meerdere agenten en welke factoren dragen hieraan bij?

Een principaal wordt in deze studie, in navolging van Jensen en Meckling (1976, p. 308) opgevat als een persoon die met een andere persoon, de agent, een contract sluit om namens hem een dienst te verrichten, waarbij deze agent enige beslissingsruimte heeft. Samenhangend met die ruimte ontstaat onzekerheid voor de principaal, omdat het voor hem onduidelijk is of de agent zijn uiterste best doet en het resultaat is toe te schrijven aan de inspanningen van de agent of door iets of iemand anders wordt veroorzaakt. Omgekeerd weet de agent niet of hij de juiste vergoeding ontvangt voor de door hem geleverde diensten.

Kenmerkend aan een principaal-agentrelatie is de informatieongelijkheid tussen de principaal en de agent en het feit dat beider doelen en belangen (kunnen) verschillen. Onzekerheid hierover brengt de mogelijkheid van 'verborgen informatie' voor de principaal met zich mee, waardoor deze niet de juiste agent selecteert (adverse selection) en, na contractering daarvan, het risico loopt op diens 'verborgen actie' (ontduikgedrag) en daarmee afwenteling van kosten door de agent op de principaal (moral hazard). Wanneer de verschillen in doelen (belangen) tussen principaal en agent toenemen, zijn hogere monitorings-, bindingskosten en welvaartsverliezen van principaal en agent te verwachten. Monitorings- en bindingskosten zijn op te vatten als (specificaties van) transactiekosten ofwel kosten van sturing van een systeem. Het welvaartsverlies hangt samen met (mogelijk onnodige) productiekosten. Een principaal beschikt over diverse strategieën om het gedrag van de agent te beïnvloeden. Hij kan door (budget- of belonings)prikkels, richtlijnen en informatieoverdracht de verschillen in

informatiepositie, doelen en belangen verminderen. Om disfunctionele effecten van beloningssystemen te beperken, moet hij rekening houden met de intrinsieke en extrinsieke motivatie van agenten. Dit kan bijvoorbeeld door (steeds) wijzigingen aan te brengen in de beloningsstructuur, verantwoordelijkheden toe te delen aan kleine teams en (vooral) intrinsiek gemotiveerde agenten de lastig meetbare taken te geven.

Om verschillen tussen principalen in de casus te kunnen bestuderen (bijvoorbeeld Brown et al., 2010) en omdat agenten een strategische rol kunnen spelen bij selectie van de principaal (Moe, 2006) wordt, anders dan in de klassieke PAT, in deze studie met een tweezijdig risico rekening gehouden. Zowel de principaal als de agent hebben in deze opvatting prikkels en de mogelijkheid om (in ruime zin) de kosten van hun handelen op de ander af te wentelen.

Onderzoeksvraag 3

Wat wordt in de bestuurskundige netwerkbenadering verstaan onder effectieve sturing van actoren en welke factoren dragen hieraan bij?

Een netwerk wordt in deze studie, vrij naar Kenis and Schneider 1991; Scharpf 1993; Mayntz 1993a (geciteerd in Börzel, 1998b, p. 263) en Isett et al. (2011, p. i158), opgevat als de institutionele context voor interacties van onafhankelijke publieke en/of private actoren, die een gezamenlijk belang hebben bij de beleidsontwikkeling en/of de levering van een publieke voorziening of dienst op een bepaald terrein en die vanuit onderlinge afhankelijkheid van bronnen samenwerken. Met netwerksturing wordt bedoeld op netwerken als coördinatiemechanisme, vergelijkbaar met markt of hiërarchie (Klijn & Skelcher, 2007, p. 587; Lewis, 2011, p. 1222). Netwerkmanagement heeft betrekking op bewuste pogingen om de interacties van actoren binnen het netwerk te organiseren, te regelen en te beïnvloeden (Koppenjan & Klijn, 2004, p. 111).

Relaties in een netwerk zijn gebaseerd op (het versterken van) het vertrouwen en de wederzijdse afhankelijkheden. De inbedding van relaties in een netwerk bevordert de coördinatie en doelmatigheid van handelen van actoren (Scharpf, 1994; Uzzi, 1996, 1997). Actoren in een netwerk besturen zichzelf of worden, met inachtneming van de niet-hiërarchische verhoudingen, gecoördineerd door een al dan niet apart hiertoe ingestelde ano. Een bij de omstandigheden van het netwerk passende vorm van netwerkmanagement is bepalend voor de effectiviteit van de sturing daarvan. De variant waarin het netwerkmanagement ligt bij een ano is effectief wanneer sprake is van een groot aantal deelnemers, die sterk vergelijkbare doelen hebben waarover consensus bestaat en waarbij sprake is van sterke onderlinge afhankelijkheid en specialisatie in de taakuitoefening (Provan & Kenis, 2007, p. 241). De wijze waarop de regels in een netwerk de interacties, het gedrag van actoren en daarmee de effecten van een netwerk beïnvloeden is, voor zover bekend, tot dusverre nauwelijks onderzocht.

Voor het *empirische gedeelte van de probleemstelling* zijn vier onderzoeksvragen geformuleerd, die betrekking hebben op de ontwikkelingen in de fz in de onderzoeksperiode:

4. In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) fz, vergeleken met de situatie daarvoor?
5. In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in verklarende theoretische variabelen, vergeleken met de situatie daarvoor?
6. Welke alternatieve verklaringen zijn er voor de geconstateerde veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van fz?
7. In hoeverre zijn de na de stelselwijziging geconstateerde verschillen in kwaliteit, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) fz terug te voeren op deze theoretische en alternatieve verklaringen?

Ter beantwoording van de empirische onderzoeksvragen is, samenhangend met de beschikbaarheid van gegevens, gebruikgemaakt van een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling (paragraaf 4.5). De bevindingen zijn hierdoor in wisselende mate gebaseerd op analyse van:

- de gerealiseerde fz-inkoop in 2006 tot en met 2015;
- 33 interviews met 41 ervaringsdeskundige personen die de situatie voor en na de stelselwijziging hebben meegemaakt. Een aantal van hen heeft tevens zicht op de (vergelijkbaarheid van) ontwikkelingen in de reguliere zorg. Het betreft: bestuurders en behandelaren van fz-instellingen, namens Justitie en VWS sturende actoren, vertegenwoordigers van toezichthoudende organisaties (NZa en inspecties) en vertegenwoordigers van brancheorganisaties. Bijlage 7 bevat een overzicht van geïnterviewde personen;
- overige openbare of bij diverse instanties (DForZo, NZa, WODC, reclassering) opgevraagde gegevens.

De onderzoeksbevindingen worden hierna per onderzoeksvraag gepresenteerd. De focus is daarbij gericht op de belangrijkste ontwikkelingen per fz-domein of -doelgroep. Voor details of onderbouwing wordt verwezen naar de onderliggende paragrafen. Aangezien niet met vertegenwoordigers van het gevangeniswezen kon worden gesproken (subparagraaf 4.5.2), wordt hierbij enkel wanneer voldoende andere bronnen beschikbaar zijn, ingegaan op ontwikkelingen in PPC's of betreffende gedetineerden. Om de ontwikkelingen in de fz beter te kunnen duiden, komen bij onderzoeksvraag 4 ook bevindingen van onderzoeksvraag 6 aan de orde voor zover deze betrekking hebben op equivalentie met ontwikkelingen in de reguliere zorg (geestelijke gezondheids-, verslavings- en verstandelijk gehandicaptenzorg).

Onderzoeksvraag 4

In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) fz, vergeleken met de situatie daarvoor?

Kwaliteit fz

Gelet op het forensische karakter is de kwaliteit van fz vanuit zorg en veiligheid in beeld gebracht. Beide perspectieven zijn vanuit verschillende invalshoeken onderzocht (paragraaf 5.5 en subparagraaf 7.2.1).

Wat het *zorgperspectief* betreft is op basis van de interviews geconcludeerd dat de kwaliteit bij alle vier fz-domeinen is verbeterd, mede dankzij het door DForZo gesubsidieerde programma Kwaliteit forensische zorg en de inspanningen in dat kader van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. De continuïteit van zorg, de tweede invalshoek vanuit het zorgperspectief, is volgens respondenten in de onderzoeksperiode voor ter beschikking gestelden verbeterd, mede dankzij initiatieven van de FPC's zelf. Voor de (grotere) categorie ofz-patiënten is na de stelselwijziging, vanwege hun grotere herkenbaarheid als fz-patiënt en schotten in de bekostigingssystematiek, echter sprake van een achteruitgang. In het algemeen worden de problemen met de continuïteit van zorg door respondenten gezien als het zwakste punt na de stelselwijziging (paragraaf 6.4).

Vanuit *veiligheidsperspectief* is gekeken naar de veiligheid binnen en buiten fz-instellingen, ofwel naar de interne en externe veiligheid. Op basis van de beschikbare informatie is geconcludeerd dat de interne veiligheid in het gevangeniswezen is toegenomen. Over FPC's en ofz is hierover geen (eenduidig) beeld verkregen. De externe veiligheid is bij (tenminste) drie fz-domeinen verbeterd, namelijk bij FPC's, PPC's en intramurale ofz. Over extramurale ofz ontbreekt in dit verband informatie.

De informatievoorziening over de kwaliteit (en kosten) van fz is in dit proefschrift vanuit zowel het perspectief van de patiënt als van de zorginkoper, getypeerd als minder transparant dan in de reguliere zorg (subparagrafen 6.3.4.2 en 7.2.1). Voor zover een vergelijking tussen de fz en ggz mogelijk en zinvol is – externe veiligheid en het forensisch karakter spelen in de reguliere zorg geen rol –, ontwikkelt de kwaliteit zich in beide domeinen langs dezelfde lijnen (paragraaf 6.3.4): de introductie in de fz van de (DBBC- en ZZP-)bekostigingssystematiek, de (ROM-)methodiek en flexibele teams in de ambulante zorg (FACT) is deels afgeleid van en vergelijkbaar met ontwikkelingen in de reguliere zorg.

Toegankelijkheid fz

Toevallige omstandigheden – zoals verschillen in de aangiftebereidheid van slachtoffers of naaste omgeving, het beoordelingsvermogen van de politie of de OvJ en de verstandelijke vermogens van de betrokkene – bepalen voor een deel of een patiënt in de fz of ggz terechtkomt (paragraaf 5.7 en subparagraaf 7.2.3).

De toegankelijkheid van fz is beschouwd vanuit het perspectief van Justitie, namens de samenleving, en vanuit het perspectief van de fz-patiënt (paragraaf 5.6 en subparagraaf 7.2.2). Bij indicatoren zoals wachttijden en 'de juiste patiënt op het juiste bed' vallen beide perspectieven samen. Deze zijn voor beide partijen relevant.

Op basis van onder meer wachttijdgegevens is geconcludeerd dat de toegankelijkheid van fz voor ter beschikking gestelden is verbeterd en dat aannemelijk is dat voor gedetineerden hetzelfde geldt. Over de overige forensische populatie kon hierover in de onderzoeksperiode geen beeld worden verkregen. Afgaand op de wachttijden in de periode 2010-2014 heeft de toegankelijkheid van intramurale ofz zich gunstiger en in de ambulante ofz juist minder

gunstig ontwikkeld dan in de vergelijkbare intra- en extramurale ggz (subparagraaf 6.3.4.4). Tegenover een in vergelijking met de ambulante ggz vanuit patiëntperspectief gunstiger financiële toegankelijkheid van ambulante fz staat dat een ofz-patiënt na de stelselwijziging niet langer zelf een zorgaanbieder kan kiezen. Bij verblijf in een fz-instelling is de ofz-patiënt afhankelijker dan voorheen van professionals in de strafrechtketen voor zorgtoeleiding en van (behandelaren in) fz-instellingen voor het aanvragen van een second opinion. Aan verblijf in een door Justitie gefinancierde fz-instelling zijn bovendien eigen bijdragen voor de fz-patiënt verbonden. Inzicht (in knelpunten bij terugbetaling daarvan) in de uitvoeringspraktijk ontbreekt bij de betrokken organisaties.

Equivalentie forensische en reguliere zorg (met name ggz)

De equivalentie is beschouwd door waar mogelijk de patiëntpopulatie, de behandeling en instituties in beide zorgdomeinen te (laten) vergelijken.

Gemiddeld heeft de fz-populatie een lager niveau van functioneren (GAF-scores) dan de ggz-populatie (paragraaf 5.7 en subparagraaf 7.2.3). In 2013 en 2015 komen in de fz de diagnoses stemmings- en angststoornissen relatief weinig voor, terwijl dit de meest voorkomende diagnoses zijn in de ggz. Of en in hoeverre verschillen in toeleiding (indicatiestelling en plaatsing) naar zorg dan wel verschillen in problematiek hierbij (voornamelijk) een rol spelen is niet bekend. (Inter)nationaal onderzoek en reacties van enkele respondenten duiden op mogelijke onderrapportage van psychiatrische problematiek in detentie en lvb in de fz. Standaard screening daarvan ontbreekt.

Voor zover patiënten in de fz en ggz in 2015 dezelfde hoofddiagnose hebben, is het behandel-effect bij vier van de vijf in de fz meest voorkomende hoofddiagnoses lager dan in de ggz. Alleen bij 'stoornissen in de impulsbeheersing' is het behandel-effect in de fz groter. Behandelaren noemen de behandeling in de fz vanwege de gerichtheid op delict risico en beveiliging niet vergelijkbaar met de reguliere zorg. FPC's zijn volgens sommige respondenten een niet met reguliere ggz te vergelijken onderdeel van fz. De equivalentie van fz is volgens respondenten na de stelselwijziging voor gedetineerden door de inrichting van PPC's verbeterd en voor ter beschikking gestelden gelijk gebleven. De grotere gerichtheid op recidivevermindering, het verschil in behandel-perspectief, minder ruimte voor de eigen zorgvraag van fz-patiënten, minder keuzevrijheid van ofz-patiënten om een zorgaanbieder te kiezen en minder intakemogelijkheden van fz-instellingen duiden op verminderde equivalentie in de (intra- en extramurale) ofz.

Niet alleen de problematiek (gemiddeld niveau van functioneren, diagnoses) en de op recidivevermindering gerichte behandeling verschillen in de forensische en reguliere zorg. Ook de relaties tussen fz-aanbieder, -verzekeraar en -patiënt alsmede de rol van toezichthouders, verschillen met die in de reguliere zorg. Fz-instellingen en de fz-patiënt hebben, behalve door bezwaar tegen plaatsing aan te tekenen, geen zeggenschap over het aangaan van een behandelrelatie, die door een respondent dan ook wordt getypeerd als een 'gedwongen behandelhuwelijk'. De NZa heeft in de onderzoeksperiode geen handhavende bevoegdheden om toezicht te houden op de zorgplicht van DJI (subparagrafen 3.3.1.1 en 6.3.2) en de IGZ spreekt van een in essentie andere attitude bij de afweging tussen kwaliteit van zorg en veiligheid in de forensische en reguliere (gedwongen) klinische zorg.

Kosten fz

De fz-productiekosten stijgen in de onderzoeksperiode relatief sterk, van € 365 mln. in 2006 via (afgerond) € 480 mln. in 2009 naar € 650 mln. in 2012, om daarna ongeveer op hetzelfde niveau te blijven (paragraaf 5.3 en figuur 7.1). In de periode 2009 tot en met 2015 stijgen de fz-productiekosten daarmee met 35% of, in ander perspectief, met 22% wanneer de PPC's (in verband met onderschatting van het aantal plaatsen in 2009) buiten beschouwing worden gelaten. In de reguliere zorg stijgen de kosten in dezelfde periode minder sterk, namelijk met 12% in de ggz en met 16% in de ghz (figuren 6.5 en 6.6).

Het aandeel intramurale fz is relatief hoog, vergeleken met de ggz. Het percentage klinische fz-kosten daalt tussen 2009 tot en met 2015 bovendien relatief licht, van 92% naar 89%, vergeleken met de daling van 56% naar 50% in de klinische ggz (subparagraaf 6.3.4.6). De samenstelling van de fz-kosten verandert in de onderzoeksperiode sterk: de met FPC's gemoeide productiekosten dalen van 71% in 2006 naar 44% in 2015. De met intramurale ofz gemoeide kosten verdubbelen van 15% naar 31% en de kosten voor extramurale ofz stijgen van 4% naar 11% (subparagraaf 7.2.4). Dat de fz-productiekosten in de onderzoeksperiode stijgen is bij FPC's – per saldo, ondanks een dalend aantal ter beschikking gestelden (paragraaf 6.3.1) – volledig en bij PPC's grotendeels aan de ontwikkeling van tarieven toe te schrijven. In de intra- en extramurale ofz ligt dit grotendeels aan een toename van het volume ((sub)paragrafen 3.3.1.2, 5.8 en 6.3.1).

De met sturing van fz gemoeide transactiekosten konden niet worden achterhaald. Vanwege de na de stelselwijziging geschatte (toename van) apparaatskosten van DForZo en toegenomen informatie-uitwisseling, belangenbehartiging en conflicten in de fz is geconcludeerd dat de transactiekosten zijn toegenomen (paragraaf 5.3).

Doelmatigheid fz

Het begrip doelmatigheid is opgevat (gemeten) als kostenefficiëntie, in de literatuur ook wel aangeduid als 'kleine' doelmatigheid, doelmatigheid van de uitvoering of prijs-kwaliteitverhouding (subparagraaf 4.4.1). Geconcludeerd is dat de in reële termen dalende tarieven bij FPC's en ofz, in samenhang met de verbeterde kwaliteit, duiden op verbetering van dergelijke doelmatigheid. Over PPC's ontbreekt te veel informatie om ontwikkelingen in dergelijke termen te kunnen interpreteren (subparagrafen 4.5.2 en 7.2.5). De term verbeterde doelmatigheid is echter mogelijk een eufemisme voor een (te) grote druk op de financiën en werkdruk die volgens respondenten, net zoals de sturing op vermindering van de tbs-behandelduur, tot veiligheidsrisico's binnen en buiten de instelling kunnen leiden. Hoe de allocatieve efficiëntie – de 'grote' doelmatigheid ofwel doelmatigheid van beleid – zich heeft ontwikkeld, kon niet worden onderzocht (subparagraaf 4.4.1). De in de onderzoeksperiode relatief sterk gestegen fz-productiekosten die beperkt zijn terug te voeren op 'alternatieve verklaringen' (zie hierna) duiden, in samenhang met de verrekensystematiek tussen het departement en DJI, de grotere politieke aanspreekbaarheid van de minister van Justitie en de grotere maatschappelijke druk bij incidenten, op mogelijk verminderde allocatieve efficiëntie (paragraaf 7.3).

Onderzoeksvraag 5

In hoeverre zijn er na de stelselwijziging verschillen in verklarende theoretische variabelen, vergeleken met de situatie daarvoor

Dat er na de stelselwijziging sprake is van een verschil in sturing blijkt onder meer uit een sterkere, meer centrale sturing vanuit Justitie, zie (sub)paragrafen 6.2.5, 6.3.4.1 en 7.3, en het gegeven dat de verbeterde sturing van de fz spontaan het meest wordt genoemd als sterkste punt na de stelselwijziging (paragraaf 6.4). Het verschil in sturing is onderzocht door de ontwikkeling in beeld te brengen van de (op inzichten van de PRT, PAT en NWB gebaseerde) theoretische variabelen in de onderzoeksperiode (tabel 6.21):

- het aantal principalen en agenten, ofwel sturende en uitvoerende actoren;
- een opdracht aan de principaal om kosten te besparen;
- het verschil in doelen tussen principalen en agenten ofwel actoren;
- hun economische rechten ofwel zeggenschap en belang bij fz;
- hun gedrag: informatie-uitwisseling, concurrentie, samenwerking, belangenbehartiging, conflicten, innovatie, discretionair gedrag, afknijp- en ontduikgedrag.

In hoofdlijnen is daarbij het volgende geconcludeerd.

Vanwege terugtrekking van VWS uit het fz-domein, is het aantal principalen gericht op FPC's en ofz in de onderzoeksperiode gedaald (subparagrafen 6.2.1 en 6.2.4). Het aantal agenten is wat FPC's betreft gelijk gebleven en in de ofz sterk toegenomen (tabel 4.1).

De overheveling vanuit de AWBZ hield op langere termijn een trendmatige ombuiging in. Vanaf 2013 is expliciet sprake van een opdracht om kosten te besparen (subparagraaf 6.2.4). Het verschil in doelen tussen principalen en agenten is na de stelselwijziging afgenomen.

De zeggenschap van de minister (van Justitie) over de fz-productie is na de stelselwijziging groter dan voorheen (van VWS, subparagraaf 6.2.2). Gecombineerd met diens grotere financiële en politieke belang bij fz, duidt dit op sterkere economische rechten van de sturende actor na de stelselwijziging. Bij de fz-instellingen ofwel uitvoerende actoren is na de stelselwijziging sprake van minder zeggenschap over de fz-productie en een (vanwege maatschappelijke druk, taakspecialisatie en marktaandeel) toegenomen belang bij fz (subparagraaf 6.2.3). Gezamenlijk duidt dit op verminderde economische rechten van uitvoerende actoren na de stelselwijziging (zie ook paragraaf 8.3).

Er zijn geen aanwijzingen van discretionair gedrag van de sturende actor in de zin van bijvoorbeeld een disproportioneel gegroeide inkooporganisatie (transactiekosten), maar vanwege de sterk gestegen fz-productiekosten wel van een aan het budget gerelateerde vorm daarvan (subparagraaf 6.2.5). Afgaande op de reacties van respondenten en de gerealiseerde (gewogen) gemiddelde tarieven, is het afknijpgedrag van de sturende actoren na de stelselwijziging toegenomen. Vanwege de in inkoopseisen vastgelegde kwaliteitseisen, het belang voor fz-instellingen om voldoende marktaandeel te realiseren en hun afhankelijkheid van één enkele zorginkoper, is het aannemelijk dat de ruimte voor (en daarmee het) ontduikgedrag van uitvoerende actoren na de stelselwijziging is verminderd (paragraaf 6.2.6). Uit de bevindingen met betrekking tot de theoretische variabelen spreekt een grote mate van eenduidigheid van ontwikkelingen tussen de fz-domeinen (FPC's, intramurale en extramurale ofz). De verdere analyse daarvan (en de beantwoording van onderzoeksvragen 6 en 7) kan hierdoor enkel betrekking hebben op de ontwikkelingen in de fz als geheel.

Onderzoeksvraag 6

Welke alternatieve verklaringen zijn er voor de geconstateerde veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, kosten en doelmatigheid van fz?

Gelet op hun mogelijke invloed op de ontwikkelingen in de fz, en om de reikwijdte daarvan te kunnen bepalen, zijn behalve de theoretische verklarende variabelen ook *plausibele, rivaliserende (alternatieve) verklaringen* (Yin, 2014, pp. 140-142) onderzocht. De bevindingen, samengevat in tabel 6.22, hebben betrekking op verklaringen voor het volume, de tarieven en overige prestaties in de fz en komen in hoofdlijnen hierop neer:

- Wat volume van fz betreft zijn eventuele registratie- en implementatie-effecten en veranderingen in de aard en omvang van de (potentiële) fz-populatie onderzocht. De volumeontwikkelingen in de fz-populaties, verklaren de ontwikkeling in fz-kosten per doelgroep niet (gedetineerden en overige forensische patiënten) of hooguit gedeeltelijk (ter beschikking gestelden, subparagraaf 6.3.1). Een registratie-effect direct na de stelselwijziging is niet uit te sluiten, maar hooguit relatief beperkt (subparagraaf 6.3.2). De inwerkingtreding van de Wfz (in 2019) is volgens respondenten grotendeels een voortzetting van de sinds 2007 gegroeide praktijk (zie ook paragraaf 8.4);
- De tarieven in de fz worden voor een belangrijk deel verklaard door (genormeerde) loon- en prijsbijstellingen, die in de onderzoeksperiode leiden tot een stijging van de kosten met 23%. In combinatie met de volume-ontwikkelingen (daling) van het aantal ter beschikking gestelden, is de kostenontwikkeling bij FPC's, anders dan de overige fz-domeinen, daarmee (volledig) verklaarbaar vanuit volume- en tariefontwikkelingen. Bij FPC's en ofz is in 2015, vergeleken met 2006, sprake van nominaal en reëel dalende gewogen gemiddeld gerealiseerde tarieven (subparagraaf 6.3.3);
- De ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van fz zijn vergeleken met die in de reguliere zorg en zijn in belangrijke opzichten niet daarop terug te voeren (paragraaf 3.3 en subparagraaf 6.3.4). Sommige ontwikkelingen in de fz, zoals de introductie van de (DBBC- en ZZP-) bekostigingssystematiek, de (ROM-)methodiek en de ambulante FACT-teams zijn, zoals gezegd, vergelijkbaar met die in de reguliere zorg en deels daarvan afgeleid. In andere opzichten is echter sprake van belangrijke verschillen. Waar zorgaanbieders in de reguliere zorg te maken hebben met een groeiend aantal zorginkopers, kent de fz één enkele zorginkoper. Andere (deels genoemde) verschillen betreffen de ontwikkelingen in transparantie, wachttijden, (type) capaciteit en kosten.

De aanscherping van het tbs-beleid, de afnemende tolerantie in de samenleving en de bezuinigingen hangen volgens respondenten niet zozeer samen met de stelselwijziging fz, maar worden daar wel door beïnvloed (subparagraaf 6.3.5). De als toevallig ervaren steun van de politiek verantwoordelijke bewindslieden, mogelijke onevenwichtigheden in de interne sturing van DJI, de afhankelijkheid van gemeenten bij het succesvol laten re-integreren van patiënten en verschillen in klachtafhandeling tussen de forensische en gedwongen ggz hebben volgens respondenten invloed op de prestaties in de fz, maar zijn niet nader onderzocht.

Onderzoeksvraag 7

In hoeverre zijn de na de stelselwijziging geconstateerde verschillen in kwaliteit, equivalentie, kosten en doelmatigheid van (sturing van) fz terug te voeren op deze theoretische en alternatieve verklaringen?

De bij de vorige onderzoeksvraag genoemde alternatieve verklaringen blijken de ontwikkelingen in de fz (onderzoeksvraag 4) slechts gedeeltelijk te kunnen verklaren (paragraaf 7.4). Nagegaan is vervolgens in hoeverre het geobserveerde, empirische patroon van relaties tussen verklarende en te verklarende variabelen overeenkomt met het theoretisch verwachte patroon, dat wil zeggen de theoretische verklarende variabelen in hun onderlinge samenhang, zoals in de proposities geformuleerd (paragraaf 7.3). Paragraaf 7.4 vat samen welke onderdelen van proposities niet konden worden getoetst, hoe daarmee is omgegaan en welke onderdelen al dan niet zijn verworpen.

In hoofdlijnen duiden de bevindingen erop dat in de casus de volgens de PRT verklarende factoren (economische rechten van actoren) bij toepassing daarvan in de publieke sector (geconcretiseerd in de opdracht aan sturende actoren om kosten te besparen) in combinatie met die van de PAT (met name het beloningssysteem en in mindere mate het aantal principalen) een rol spelen bij de verbeterde doelmatigheid van fz (paragrafen 7.3 en 7.4). De ontwikkelingen na de stelselwijziging doen zich daarnaast weliswaar in hoofdlijnen voor zoals op grond van de NWB wordt verwacht bij uitbreiding van het aantal actoren en een bij de kenmerken van het netwerk passende ano (meer vertrouwen, informatie-uitwisseling, samenwerking, innovatie, lobbyen en conflicten), maar hebben daarmee geen of nauwelijks een inhoudelijke relatie en hierdoor hooguit een beperkte invloed op de ontwikkeling van doelmatigheid. Geconcludeerd is dat de verklarende factoren vanuit de PRT en PAT (tenminste) in deze casus een grotere invloed hebben dan de NWB.

Tot slot kan, gelet op het voorgaande, de probleemstelling worden beantwoord:

(Hoe) leidt de verandering van sturing van fz na de stelselwijziging in 2007 tot veranderingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid van deze zorg en hoe verhouden deze veranderingen zich tot het equivalentiebeginsel?

Wat het eerste deel van de probleemstelling betreft, is nagegaan en vastgesteld dat na de stelselwijziging sprake is van een meer centrale sturing door Justitie. Anders dan vooraf met betrekking tot de casus werd verondersteld, was echter in de (gehele) fz ook voor de stelselwijziging al sprake van sturing vanuit de strafrecht- en zorgketen. De verandering van sturing na de stelselwijziging heeft hierdoor enkel betrekking op de centralisatie daarvan. Mede omdat VWS zich volgens respondenten daarna grotendeels als sturende actor van het fz-domein heeft teruggetrokken (enkel de IGZ wordt door sommigen als zodanig ervaren), is het aantal principalen in de fz gedaald en is het verschil in doelen tussen actoren in de fz verminderd. De meer centrale sturing van Justitie na de stelselwijziging gaat gepaard met:

- sterkere economische rechten van de sturende actoren. Mede onder invloed van een opdracht om kosten te besparen, motiveren (prikkel) deze de sturende actoren tot toenemend discretionair en afknijpgedrag;

- verminderde economische rechten van de uitvoerende actoren. Samenhangend met de voor hun marktaandeel van één zorginkoper afhankelijke uitvoerende actoren, maar anders dan bij afnemende economische rechten verwacht, hebben de uitvoerende actoren minder (ruimte voor) ontdoikgedrag.

Vervolgens is geconstateerd dat:

- genoemd discretionair gedrag, afknijp- en ontdoikgedrag van actoren (ook) samenhangt met het belonings- ofwel verrekensysteem tussen het kerndepartement en DJI. Dat systeem prikkelt om de tarieven te verlagen, maar niet om het volume en daarmee de totale fz-productiekosten te beheersen;
- de na de stelselwijziging bij FPC's en ofz (in reële prijzen) dalende tarieven, in combinatie met hun verbeterde kwaliteit, duiden op verbetering van doelmatigheid (kostenefficiëntie) van beide domeinen;
- de relatief sterk toegenomen fz-productiekosten beperkt samenhangen met de onderzochte 'alternatieve verklaringen'. De ontwikkeling van deze kosten duidt, in combinatie met de grotere politieke aanspreekbaarheid van de minister van Justitie en de verrekensystematiek tussen het departement en DJI, op mogelijk verminderde allocatieve efficiëntie – maar deze kon niet worden onderzocht;
- de sturing vanuit een meer centrale ano gepaard gaat met meer informatie-uitwisseling, samenwerking, innovatie en concurrentie – op marktaandeel, niet op tarieven –, maar ook met meer belangenbehartiging door fz-instellingen bij DForZo en conflicten in de fz. Genoemde factoren hebben in de casus echter (hooguit) een vrij beperkte invloed op de verbeterde doelmatigheid (kostenefficiëntie) van de fz.

Wat het tweede deel van de probleemstelling betreft, de vraag hoe de geconstateerde ontwikkelingen in de fz zich verhouden tot het equivalentiebeginsel, wordt samenvattend geconstateerd dat sprake is van wezenlijke verschillen, waarvan echter niet in objectieve termen valt vast te stellen of deze (voldoende) gerechtvaardigd zijn:

- De fz-patiënt heeft, anders dan in de reguliere zorg, geen of weinig zeggenschap over zijn behandeling en keuze van zorgaanbieder. De zorg wordt hem verplicht opgelegd, voor een door het strafrechtelijk kader (in verband met ernst van het delict en niet met de ernst van de pathologie) bepaalde duur;
- De geconstateerde verschillen in behandelresultaten – bij vier van de vijf in de fz meest voorkomende hoofddiagnoses zijn deze lager dan in de ggz – roepen, mede gelet op de soms door toeval bepaalde plaatsing van de patiënt in fz, vragen op over de vergelijkbaarheid van behandelmogelijkheden en onderstrepen, vanwege de door het strafrechtelijk kader bepaalde duur, het belang van vervolgzorg;
- De equivalentie van fz is volgens respondenten voor gedetineerden toegenomen, voor ter beschikking gestelden niet veranderd, maar voor de overige forensische patiënten verminderd. Uit de stukken die destijds aanleiding vormden tot de stelselwijziging is niet naar voren gekomen dat laatstgenoemde effect werd beoogd. Het aanvullend onderzoek dat na de stelselwijziging is verricht om achteraf de omvang van het met dit type fz samenhangende budget te bepalen (Jongebreur & Goedvolk, 2008) duidt eerder op een vooraf juist minder in beeld zijnde, 'mee overgehevelde' categorie patiënten;

- De relaties tussen fz-instellingen en -verzekeraar en de rol van toezichthouders verschillen met die in de reguliere zorg. Hoewel met vergelijkbaar (bekostigings- en ROM-) instrumentarium wordt gewerkt als in de reguliere zorg en de taal en werkwijze daarmee in hoofdlijnen overeenkomt – al geldt dit volgens sommigen niet voor het lvg/ sglvg-domein, omdat het instrumentarium voornamelijk is afgeleid van het ggz-domein – lijkt de toepassing daarvan in de praktijk toch wezenlijk te verschillen. Enerzijds gaat het om afhankelijkheid van fz-instellingen van één zorginkoper en bijvoorbeeld het feit dat zij niet zelf hun intake kunnen bepalen. Anderzijds is de (enige) fz-inkoper bij netwerk- en coalitievorming van fz-instellingen afhankelijk van de gezamenlijke ambitie en bereidheid van fz-instellingen om te innoveren en de transparantie over de prestaties in de fz te vergroten;
- De (omgeving van de) fz-patiënt wordt niet, zoals in de reguliere zorg, betrokken bij de (door)ontwikkeling van fz en de informatievoorziening daarover. Vertegenwoordiging via een landelijk platform voor belangenbehartiging, zoals MindPlatform bij psychische problemen, ontbreekt in de fz;
- Voor de wetenschappelijke onderbouwing van fz is een afzonderlijk instituut (EFP) opgericht, maar dit beschikt bijvoorbeeld niet over ROM-gegevens. Anders dan in de reguliere zorg is voor fz geen externe organisatie die dit type gegevens – of van kosten van fz – monitort of onderzoekt. Instituten die zich in de reguliere zorg bezighouden met het bevorderen en monitoren van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van zorg, zoals bijvoorbeeld het Kwaliteitsinstituut/ Zorginstituut, NIVEL, RIVM, Vektis en SBG houden zich niet of hooguit incidenteel bezig met fz. Fz valt, anders dan reguliere zorg, ook niet onder de kaders en afwegingen van het BKZ.

8.3 Aanbevelingen wetenschap

Terugblikkend op het onderzoek naar de stelselwijziging fz wordt in deze paragraaf stilgestaan bij de onderzoeksmethode, de (wijze van) dataverzameling en de daaraan te verbinden aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

Voor de bestudering van de (effecten van de) stelselwijziging is gekozen voor casusonderzoek als onderzoeksmethode. Wat aanleiding en achtergrond betreft ligt dit op het oog weliswaar voor de hand, maar vanuit wetenschappelijke invalshoek is dit type onderzoek niet onomstreden. In paragraaf 1.4 is in dit verband gewezen op misverstanden en zorgen die erop neerkomen dat casusonderzoek onvoldoende systematisch zou worden opgezet, een bias hebben naar (bevestiging van) vooropgezette bedoelingen van de onderzoeker, niet geschikt zijn om hypothesen te toetsen maar enkel om deze te ontwikkelen, de bevindingen zouden lastig zijn samen te vatten, niet te generaliseren en beperkte zeggingskracht hebben, en theoretische, context-onafhankelijke kennis zou waardevoller zijn dan concrete, praktische, context-afhankelijke kennis (Yin, 1981; Flyvberg, 2006, pp. 221-242; Yin, 2014, pp. 19-22). Over dit laatste (misverstand) kan, afhankelijk van persoonlijke voorkeuren, verschillend worden gedacht. Met betrekking tot het overige bevestigt deze studie in hoofdlijnen de stelling van genoemde auteurs dat de meeste zorgen met een goed doordachte onderzoeksopzet kunnen worden ondervangen.

In grote lijnen komt die aanpak erop neer dat voor de bestudering van de casus op grond van theoretische inzichten – vanuit de PRT, PAT en NWB – proposities zijn geformuleerd (figuur 2.12), die in verband met de probleemstelling en de haalbaarheid van het onderzoek zijn afgebakend (figuur 7.4), waardoor de focus is gericht op (de verklaring van) de ontwikkeling van doelmatigheid van fz in de onderzoeksperiode en waardoor legitimiteit als te verklaren variabele buiten beschouwing is gebleven. De theoretische begrippen en alternatieve verklaringen waren sturend bij de dataverzameling (paragrafen 4.4, 4.5 en bijlage 4). Op basis van de empirische bevindingen, samengevat in paragrafen 5.8 en 6.5, zijn conclusies getrokken over het al dan niet verwerpen van (onderdelen van) de proposities (paragrafen 7.3 en 7.4). Daarmee is bevestigd dat casuïsonderzoek systematisch en op de verklaring van een verschijnsel gericht kan worden opgezet, en dus niet alleen in een explorerende, maar ook in een toetsende fase van onderzoek kan worden gebruikt (Yin, 1981, p. 62; Flyvberg, 2006, pp. 224, 229; Yin, 2014, p. 7). Hoewel het onderzoeksverslag omvangrijk is, en daarmee veel vraagt van de lezer, zijn vanwege de gecombineerde inzet van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden aan het einde daarvan toch relatief 'harde' (feitelijke, onderbouwde) conclusies te trekken over de ontwikkeling van doelmatigheid na de stelselwijziging, gerelateerd aan de in theoretische concepten vertaalde verandering van sturing (paragraaf 8.2). Zonder te willen suggereren dat op onderdelen in de onderzoeks-aanpak geen praktische verbeteringen mogelijk zouden zijn, wordt daarom geconcludeerd dat de theoriegestuurde, systematische en gestructureerde aanpak van casuïsonderzoek als geheel veeleisend en tijdrovend is, maar met het oog op validiteit en betrouwbaarheid in vergelijkbare gevallen desondanks aanbevolen. Gelet op de spreiding van de door respondenten vertegenwoordigde organisaties (tabel 4.2; figuur 6.1) en het gebruik van kwantitatieve (zorginkoop)gegevens met betrekking tot de fz als geheel, is daarnaast aannemelijk dat de bevindingen (tenminste) een representatief beeld geven van de ontwikkelingen in de fz in de onderzoeksperiode, tegen de achtergrond van relevant geachte ontwikkelingen daarbuiten.

Het doel van de studie om zowel de effecten van de stelselwijziging vast te stellen als een theoretische relatie te leggen met de veranderde sturing lijkt daarmee in zijn opzet geslaagd. De bevindingen zijn (eind februari 2019) in hoofdlijnen gepresenteerd aan enkele directbetrokkenen bij DJI en Justitie. In grote lijnen bleken de bevindingen herkenbaar.

Belemmerende factor in het onderzoek, die tevens van invloed was op de omvang van het onderzoeksverslag, betreft de complexiteit en omvang van het onderwerp van studie (conform Flyvberg, 2006, p. 241; Yin, 2014, p. 22). Een stelselwijziging in de (forensische) zorg is inherent complex om in zijn context – zoals ontwikkelingen in de strafrechtketen en in de reguliere zorg – te onderzoeken en, zonder betekenisvol verlies, ook lastig inhoudelijk af te bakenen. De te verklaren variabelen, de theoretische begrippen en de alternatieve verklaringen zijn veelal abstract van aard en vergen een uitgebreide, systematische kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling en -analyse.

Aangezien 'de' forensische patiënt niet bestaat en fz wat zorg- en beveiligingsniveau een breed palet aan interventies bevat, is in navolging van Yin (2014, p. 50) bovendien gekozen voor een ingebedde (embedded) onderzoeksopzet, waarbij analyses niet alleen plaatsvinden op systeemniveau, maar ook op onderdelen daarbinnen, waardoor onderscheid is gemaakt in

negen typen fz in vier domeinen voor drie doelgroepen. Deze ingebedde onderzoeksopzet heeft enerzijds bijgedragen aan een beter begrip van ontwikkelingen in de fz, als zodanig immers eveneens een abstract (container)begrip. Voor de haalbaarheid en duur van het onderzoek was het anderzijds echter wel een geluk bij een ongeluk dat, wat de theoretische variabelen betreft (tabel 6.21), in hoofdlijnen sprake was van een grote mate van eenduidigheid van ontwikkelingen in drie van de vier fz-domeinen (FPC's, intramurale en extramurale ofz). Hierdoor was analyse per domein niet zinvol en dus onnodig. Bij de opzet van casusonderzoek op basis van een of meerdere ingebedde casussen, verdient de haalbaarheid daarvan om die reden meer aandacht dan Yin (2014, pp. 55-65) hieraan besteedt. Yin spreekt zelf weliswaar van een risico op unmanageable effort bij casusonderzoek in verband met de duur daarvan en de omvang van het onderzoeksverslag, maar dit heeft betrekking op casusonderzoek in het algemeen en leidt bij hem voornamelijk tot suggesties om de bevindingen in een attractieve verhaallijn te presenteren (Yin, 2014, pp. 21, 187-190). Zijn suggesties om de bruikbaarheid van casusonderzoek te vergroten door bij voorkeur meerdere casussen ingebed te onderzoeken, verdient navolging met de kanttekening dat dit bij inherent complexe onderwerpen (waarvan bij casusonderzoek in de regel sprake is) de capaciteit van een enkele onderzoeker snel te boven kan gaan. Geadviseerd wordt om in dergelijke gevallen in een onderzoeksgroep of binnen de context van een breder onderzoeksprogramma (samen) te werken.

De meest wezenlijke theoretische onderzoeksbevindingen worden hierna samengevat, voor zover van toepassing voorzien van aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

- In de casus hebben de verklarende factoren vanuit de PRT en de PAT meer zeggingskracht dan de NWB (paragraaf 7.4). Dit hangt (tenminste) samen met de invulling van de sturingsrelatie tussen DForZo en fz-instellingen, waardoor de (potentiële) reikwijdte van de effecten van de NWB in de casus beperkt is. De uitkomst zou echter ook te maken kunnen hebben met verschillen in zeggingskracht van de drie theoretische benaderingen. Verder onderzoek naar een of meerdere goed geselecteerde casussen waarin netwerksturing (NWB) een vergelijkbare of sterkere rol speelt dan prikkels vanuit het beloningssysteem (PRT en PAT) is noodzakelijk om te kunnen bepalen of sprake is van verschillen in zeggingskracht tussen de drie benaderingen. Het feit dat forensische en reguliere zorgdomeinen in de onderzoeksperiode verschillende veranderingen van sturing hebben ondergaan, biedt in dat verband mogelijkheden om een sterke onderzoeksopzet met meerdere (ingebedde) casussen te ontwikkelen (Yin, 2014, pp. 50-66). Dergelijk onderzoek zou ook meer licht kunnen werpen op de tegenstrijdige inzichten tussen de PAT en de NWB die in de literatuurstudie naar voren kwamen (subparagraaf 2.5.1), namelijk dat uitbreiding van het aantal principalen en agenten in de PAT meestal wordt beschreven in termen van grotere risico's op ontduikgedrag en daarmee op verminderde doelmatigheid, terwijl de NWB (per saldo) positiever is over een toename van het aantal actoren.
- De casus laat zien dat de doelmatigheid van (forensische) zorg bij sturing door een centrale overheid kan verbeteren. Behalve het beloningssysteem, een in de PAT bekende verklarende variabele, lijkt ook de opdracht om kosten te besparen die een sturende actor

in de publieke sector (al dan niet) heeft in combinatie met diens politieke aanspreekbaarheid een rol te spelen om diens opportunistische gedrag te voorkomen. Om te bepalen of dit zinvolle aanvullende verklarende variabelen zijn, is verder onderzoek nodig (zie ook paragraaf 8.5);

- Een belangrijke kanttekening bij het voorgaande is dat de vastgestelde verbetering van doelmatigheid enkel is gemeten als kostenefficiëntie. De allocatieve efficiëntie kon niet worden onderzocht (subparagraaf 4.4.1). Doordat de bevindingen vanuit beide invalshoeken kunnen verschillen, wordt bij toepassing van de PRT, PAT en NWB in de publieke sector aanbevolen om het begrip doelmatigheid systematisch(er) te specificeren in termen van kostenefficiëntie en allocatieve efficiëntie;
- Het onderzoek laat zien dat het mogelijk is om verschillen in economische rechten (property rights) in beeld te brengen van in de publieke sector op vergelijkbaar niveau sturende actoren, zoals bijvoorbeeld van ministers. Door hun zeggenschap en belang bij een beleidsterrein te onderscheiden, kunnen verschillen in (formele en informele) instituties tussen sturende actoren, tussen sturende en uitvoerende en tussen uitvoerende actoren (in de tijd) in beeld worden gebracht. De verschillen in economische rechten van actoren kunnen verschillen in opportunistisch gedrag van sturende en uitvoerende actoren verklaren – in dit onderzoek onderscheiden in discretionair gedrag, en afknijp- en ontduikgedrag. Aanbevolen wordt bij vervolgonderzoek bewust casussen te selecteren met toe- en afnemende economische rechten, ofwel toe- en afnemend zeggenschap en belang, om de relatie met de verschillende typen gedrag verder te kunnen onderzoeken. Terzijde wordt daarbij opgemerkt dat, voor zover zeggenschap en belang tegelijkertijd toe- of afnemen, de interpretatie eenduidig en eenvoudig is. In de casus bleek dit het geval bij de economische rechten van de sturende actoren, maar niet bij die van de uitvoerende actoren – waar de zeggenschap af- en het belang toenam. Vanwege het belang van aanwendingsmogelijkheden in het begrip economische rechten (paragraaf 2.2), is beargumenteerd dat de (verminderde) zeggenschap over het (grotere) belang doorslaggevend moet worden geacht voor de interpretatie als (verminderde) economische rechten;
- Wat de PAT betreft, laat het onderzoek zien dat sprake is van wederzijdse risico's en kansen (belangen) voor principalen en agenten. De agenten zijn in de casus afhankelijk van (discretionair gedrag en afknijpgedrag van) de principaal voor hun marktaandeel en tarieven. De principaal is afhankelijk van (ontduikgedrag van) agenten voor de verdere ontwikkeling van fz en hun verantwoording daarover. Voor de ontwikkeling van duurzame principaal-agentrelaties lijkt het daarom zinvol deze wederzijdse risico's en kansen te onderkennen en de probleemstelling in de PAT te herformuleren als een vraag hoe de principaal en agent meer in elkaars belang kunnen handelen en zich zodoende aan elkaar kunnen binden, in plaats van de (klassieke) vraag in de PAT hoe de principaal de agent kan verleiden meer in het belang van de principaal te handelen (paragraaf 2.3). Gelet op mogelijke allocatieve inefficiëntie duidt het onderzoek er echter tegelijkertijd op dat, wanneer het langdurige relaties betreft, hier (voor de hogere principaal) ook risico's aan zijn verbonden die moeten worden ondervangen om gezamenlijk ontduikgedrag ten opzichte van een hogere principaal te voorkomen.

Terzijde wordt voorts opgemerkt dat het onderzoek laat zien dat toezichthoudende actoren, hoewel zij formeel geen sturende rol hebben, door respondenten als (mede)sturende actoren kunnen worden gezien. Het betreft niet zozeer een keten van relaties (De Vries, 1992, pp. 185-186, 195-197), maar een netwerk van (op onderdelen) sturende en uitvoerende actoren;

- Een interessante bevinding die in de literatuurstudie naar voren is gekomen, maar gelet op de probleemstelling en haalbaarheid van het onderzoek niet kon worden onderzocht, is dat de aandacht in de NWB (anders dan in de PRT en PAT) niet alleen op doelmatigheid maar ook op de legitimiteit van een systeem is gericht (subparagraaf 2.5.1). Vanwege het equivalentiebeginsel, de relatief grote maatschappelijke aandacht voor fz en de perverse of paradoxale effecten die in het algemeen in samenwerkingsverbanden kunnen optreden (Torenvlied, 2012, p. 12), is vervolgonderzoek naar de ontwikkeling van legitimiteit in de casus gewenst. Aangezien de ontwikkeling van legitimiteit van een systeem voor een sturende actor een relevant aandachtspunt is en daarmee kan worden gerelateerd aan diens belang (en economische rechten), biedt dit tevens een mogelijkheid om aandacht voor legitimiteit te incorporeren in de PRT;
- Geabstraheerd van de verschillen in terminologie, bieden de overeenkomsten in achtergrond, doel en uitgangspunten van de PRT, PAT en NWB (subparagrafen 2.5.1 en 2.5.3) een boeiend multidisciplinair theoretisch kader dat zich leent voor verdere doordenking en empirisch onderzoek van zorgvuldig geselecteerde casussen.

8.4 Terugblik op aanleiding stelselwijziging en aanbevelingen

De stelselwijziging fz in 2007, waarbij de verantwoordelijkheid voor dit zorgdomein is verschoven van het ministerie van Volksgezondheid naar Justitie, was destijds niet onomstreden (paragraaf 1.1). Het veld was erop tegen en in Nederland is decennialang een omgekeerde verschuiving van verantwoordelijkheid overwogen, zoals een grotendeels aan het proefschrift van Van der Wolf (2012) ontleende historische schets laat zien (kader 10). In deze paragraaf wordt ingegaan op de effecten van de stelselwijziging die desondanks plaatsvond, met een focus op de overwegingen die daartoe aanleiding gaven en de stand van zaken in dat verband aan het einde van de onderzoeksperiode. Rekening houdend met enkele belangrijke ontwikkelingen sindsdien, worden tot slot aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd.

Historische context stelselwijziging fz

Kader 10

In het verlengde van diens verantwoordelijkheid voor gedetineerden, valt de zorg voor ter beschikking gestelden in Nederland van oudsher onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie. Bij de invoering van de AWBZ, eind jaren zestig, leek dit te veranderen toen door de toenmalige minister Polak en staatssecretaris Wiersma werd voorgesteld om deze zorg bij de AWBZ onder te brengen (Van der Wolf, 2012, pp. 532-533). Dat voorstel haalde het niet. Om tot uitdrukking te brengen dat de nadruk ligt op de zorgkant, werd besloten dat deze zorg voor 80% vanuit de AWBZ zou worden gefinancierd (2012, p. 638), maar de minister van Justitie bleef via de rijksbegroting de tbs-klinieken – later FPC's genoemd – bekostigen en met het oog op de veiligheid van de samenleving verantwoordelijk voor de wettelijke kaders, gebouwelijke voorzieningen en de rechtspositie van ter beschikking

gestelden. De discussie over de integratie van forensische in de reguliere zorg nam daarna toe (2012, p. 533). In 1995 werd geconstateerd dat tussen Justitie en VWS op bestuurlijk niveau afstemmingsproblemen bestonden “mede omdat ‘bepalen’ en ‘betalen’ niet in een hand liggen” (2012, p. 124). Twintig jaar later verzocht Eerste Kamerlid Van de Beeten de regering te voorzien in “de noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen” (EK, 2003-2004) en sprak men, opnieuw of nog steeds, van “een moeizame coalitie tussen Justitie en VWS” (TK, 2004-2005c, p. 7). Hoewel de Commissie Kosto in 2001 nog adviseerde om de forensische psychiatrie te integreren in de reguliere zorg (2012, p. 125) en het veld hier ook en tot op het laatst op aandrang (GGZ Nederland, 2006; Lucieer, 2006, p. 71), is anders besloten en werd in 2007 het budget voor fz vanuit de AWBZ overgeheveld naar Justitie. Ernstige incidenten met ter beschikking gestelden gecombineerd met het streven van VWS om de AWBZ-kosten te beheersen vormden de achtergrond (paragraaf 1.1). Het overgehevelde AWBZ-budget had niet alleen betrekking op FPC’s, maar ook op ‘overige fz’.

Allereerst kan worden vastgesteld dat de stelselwijziging fz gevolgen heeft. Geconstateerd is dat de sturing van Justitie na de stelselwijziging verschilt van (voorheen) die van VWS (paragrafen 7.3 en 8.2), in lijn met eerdere bevindingen over verschillen in sturing tussen VWS en Justitie (TK, 2004-2005c; Bouman et al., 2012). Na de stelselwijziging is sprake van een sterkere, meer centrale sturing vanuit Justitie, die door respondenten spontaan als sterkste punt na de stelselwijziging is genoemd (paragraaf 6.4). Het geheel resulteert in naar doelgroep en domein variërende prestaties in de fz die zijn samengevat in paragrafen 7.2 en 8.2 (onderzoeksvragen 4 en 5).

Overwegingen die aanleiding gaven tot de stelselwijziging waren om te voorzien in een betere samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen, ervoor te zorgen dat de minister van Justitie zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van een vonnis beter zou kunnen dragen, de schaarsteproblemen in de fz te verminderen en tevens de kosten te beheersen (paragraaf 1.1). De aandacht was daarbij voor een belangrijk deel gericht op de zorg voor gedetineerden en ter beschikking gestelden (motie-Van de Beeten en commissie Visser) en minder op de voorwaardelijk gesanctioneerde overige forensische patiënten (commissie Houtman). De onderzoeksbevindingen laten zien dat de kwaliteit van de fz in het algemeen is verbeterd, maar dat de stelselwijziging verder voor ter beschikking gestelden en gedetineerden gunstiger heeft uitgepakt dan voor deze overige forensische patiënten. De toegankelijkheid, equivalentie en continuïteit van fz is voor ter beschikking gestelden en gedetineerden in de onderzoeksperiode verbeterd of (tenminste) gelijk gebleven (tabel 5.20). Voor de categorie overige forensische patiënten zijn de toegankelijkheid, equivalentie en continuïteit van fz, onder meer vanwege hun grotere herkenbaarheid (stigmatisering) als forensisch patiënt na de stelselwijziging juist verminderd. Justitie heeft in de onderzoeksperiode via aanpassing van onder meer het wettelijk strafrechtelijk kader uitbreiding van deze categorie patiënten gestimuleerd (subparagrafen 3.3.1.2 en 6.3.1). Ondanks een dalend aantal door de rechter opgelegde tbs-maatregelen en hiermee samenhangende daling van relatief dure zorg voor ter beschikking gestelden, nemen de totale productiekosten in de fz hierdoor relatief sterk toe, vergeleken met de reguliere zorg (subparagraaf 6.3.4.5). In de periode 2009 tot en met 2015 stijgen de met fz gemoeide

productiekosten met (tenminste) 22% en daarmee sterker dan in de reguliere zorg (12% in de ggz en 16% in de gehandicaptenzorg). Deze kostenontwikkeling en beschikbare wachttijdgegevens (subparagraaf 5.6.1) duiden erop dat het schaarsteprobleem in (delen van) de fz na de stelselwijziging tenminste is verminderd en dat de minister van Justitie (hierdoor) zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van een vonnis beter kan dragen, al ontbreken cijfermatige gegevens in dat verband. De ontwikkelingen tonen echter tevens aan dat de kostenbeheersing in de fz een eerste wezenlijk aandachtspunt vormt.

Een tweede aandachtspunt is gerelateerd aan de beoogde samenhang tussen penitentiaire en curatieve voorzieningen. Deze is niet als zodanig onderzocht (subparagraaf 4.5.2), maar respondenten geven spontaan aan de continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel als het zwakste punt na de stelselwijziging te zien (paragraaf 6.4). De aanscherping van het forensisch karakter – de gerichtheid op veiligheid en recidivevermindering – en de netwerkvorming tussen fz-instellingen wordt positief gewaardeerd vanuit het oogpunt van ontwikkeling van fz als afzonderlijk zorgdomein. Gecombineerd met verschillen in (indicatiestellings- en plaatsings)procedures, bekostigingssystematiek en in regelgeving vastgelegde patiëntperspectieven – die in de Wfz en toekomstige wettelijke kaders Wvggz en Wzd zijn versterkt (zie hierna) –, lijkt dit onbedoeld echter tevens tot meer grensverschillen tussen de forensische en reguliere zorg te leiden. Anders dan binnen het fz-domein, is de informatie-uitwisseling en samenwerking tussen forensische en reguliere zorginstellingen na de stelselwijziging in de onderzoeksperiode namelijk niet verbeterd maar gelijk gebleven, waarbij het aantal conflicten is toegenomen (subparagraaf 6.2.6). De verbeterde toegankelijkheid en continuïteit van zorg voor ter beschikking gestelden en gedetineerden is volgens respondenten bovendien voor een belangrijk deel binnen het forensische domein gerealiseerd, door zelf nieuwe voorzieningen te creëren, en dus niet via een verbeterde doorstroom naar de reguliere zorg. VWS heeft zich volgens respondenten uit het fz-domein teruggetrokken. De ministeries VWS en Justitie hebben volgens respondenten verschillen in doelen en paradigma's. Gezamenlijke doelen en op de fz afgestemd beleid wordt gemist. Vanuit het oogpunt van samenhang met en aansluiting op reguliere zorg lijkt de stelselwijziging gelet op het voorgaande dan ook (nog) niet succesvol en mogelijk zelfs een stap achteruit, al wordt de verbeterde samenwerking vanwege het programma Continuïteit van zorg wel als een stap in de goede richting ervaren. Vanaf de inwerkingtreding van de Wet forensische zorg in 2019 zijn fz-instellingen verplicht om zes weken voor afloop van de strafrechtelijke titel voorbereidingen te treffen voor aansluitende zorg, indien de zorgverlener van oordeel is dat na afloop daarvan voortzetting van behandeling nodig is (artikel 2.5). Vanwege de complexiteit van wet- en regelgeving rond de bekostiging van de fz (Wfz), de ggz (Zvw/ Wlz), de vgz (Wlz) en ondersteuning vanuit de gemeenten (Wmo) en de in dat kader geconstateerde knelpunten en oplossingsrichtingen met bijbehorende kartrekkers voor "patiënten die zich verplaatsen tussen verschillende stelsels" (TK, 2016-2017a; Programma Continuïteit van zorg, 2017c, 2017b) in combinatie met de herkenbaarheid en beeldvorming over de forensische patiënt, is het echter allesbehalve vanzelfsprekend dat deze vervolgzorg buiten het fz-domein kan plaatsvinden.³⁹⁸

398. Zie verder <http://www.continuiteitvanzorg.nl/publicaties-continuteit-van-zorg>.

Om (stigmatiserende) forensische beeldvorming te voorkomen, is wellicht meer te verwachten van de beoogde ruimere toepassing van artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht, na inwerkingtreding van artikel 2.3 Wfz in 2020, waardoor forensische patiënten vaker en eerder in reguliere zorg kunnen worden geplaatst (waarover later meer).

Het derde en laatste aandachtspunt betreft de (in)equivalentie van forensische en reguliere zorg, die niet alleen op de behandeling van de forensische patiënt betrekking heeft, maar ook op de verhouding tussen fz-instellingen en -verzekeraar en andere instituties in het stelsel (paragraaf 8.2). Hiervoor is geconstateerd dat niet objectief valt vast te stellen of de verschillen in behandeling van patiënten en toegankelijkheid in de forensische en reguliere zorg (voldoende) zijn gerechtvaardigd (paragraaf 8.2). Betrokkenen kunnen een beroep doen op de rechter om deze verschillen te laten toetsen aan het gelijkheidsbeginsel in de Grondwet of het in het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens, maar onder meer vanwege de daarmee gemoeide kosten is het de vraag of dit in de praktijk een begaanbare route is. De verschillen in diagnoses tussen forensische en reguliere zorg en (inter)nationaal onderzoek naar prevalentie van psychiatrische problematiek in detentie en mogelijk onderrapporteren daarvan duiden erop dat een meer systematische screening van gedetineerden op psychiatrische problematiek en onderzoek naar de toeleiding (indicatiestelling en plaatsing) van fz gewenst is.

Wat de relaties tussen de partijen in de fz betreft, zijn er ook belangrijke verschillen met die in de reguliere zorg (paragraaf 8.2). De minister van Justitie heeft na de stelselwijziging de rol van zorgverzekeraar gekregen en DForZo is, tegen de trend in de reguliere zorg in, de enige zorginkoper in de fz. Hoewel respondenten de voordelen daarvan zien in verband met hiermee samenhangende eenduidige inkoop- en verantwoordingsregels, tonen zij zich vaker bezorgd over de verschillende petten van Justitie en de dominantie van DForZo als enige inkoper (paragrafen 5.4 en 6.4). Justitie heeft via beleid en wetgeving een doorslaggevende invloed op de aard en omvang van de vraag en het aanbod van fz, op zowel systeem- als casusniveau via indicatiestelling, plaatsing, zorgverlening en toezicht in het kader van uitvoering van sancties. De informatievoorziening met betrekking tot fz is minder transparant dan de reguliere zorg (subparagraaf 6.3.4) en er zit nauwelijks een rem op de ontwikkeling van het budget (de vraag), anders dan via de allocatiefunctie van de justitiebegroting. Vanwege de integrale programma-uitgaven voor fz aan DJI en de in dat verband gehanteerde verrekensystematiek (paragraaf 5.3) zijn afwegingen ook in dat kader niet transparant.

Tegelijkertijd is sprake van relatief grote wederzijdse afhankelijkheden. De fz-instellingen zijn voor hun marktaandeel afhankelijk van DForZo. Wanneer en voor zover fz-instellingen onderling samenwerken is DForZo van hen afhankelijk voor innovatie en meer transparantie voor wat betreft de geleverde prestaties. Dit leidt voor beide partijen tot risico's en, bij samenwerking tussen beide, voor derden (bijvoorbeeld de belastingbetaler) tot risico's voor onnodige groei van het forensisch budget en daarmee de allocatieve efficiëntie (paragrafen 7.3 en 8.2). Des te opvallender is het dat in de onderzoeksperiode aan DForZo niet vergelijkbare eisen worden gesteld als aan reguliere zorgverzekeraars (-inkopers), bijvoorbeeld wat betreft

toezicht op zorgplicht, monitoring en verantwoording over prestaties en inzicht geven in (beheers)kosten. Dat fz niet onder de reikwijdte van het BKZ valt, anders dan bijvoorbeeld de naar gemeenten gedecentraliseerde zorg in het kader van de Wmo en Jeugdzorg, bevordert de met het oog op allocatieve efficiëntie benodigde eventuele afweging tussen preventie, maatschappelijke ondersteuning, forensische en reguliere zorgdomeinen niet. Organisaties die zich bezighouden met het bevorderen en monitoren van de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van reguliere zorg, richten zich bovendien niet of nauwelijks op fz, wat (daarnaast) niet bijdraagt aan de transparantie daarvan.

Gezamenlijk leiden de bevindingen tot de conclusie dat sommige knelpunten die de aanleiding vormden tot de stelselwijziging (schaarsteproblematiek, uitvoering van vonnissen) op zijn minst zijn verminderd en mogelijk zelfs zijn opgelost, maar dat andere (continuïteit van zorg en kostenbeheersing) na de stelselwijziging nog steeds knelpunten vormen. Op basis van dit onderzoek zou kunnen worden geconcludeerd dat de dominantie van Justitie op het fz-domein en, in het verlengde daarvan, de inequivalentie van instituties daar als aandachtspunten zijn bijgekomen. Met het oog op aanbevelingen voor de praktijk wordt hierna eerst nog op vier (clusters van) ontwikkelingen ingegaan die zich hebben voorgedaan na afloop van de onderzoeksperiode en hiervoor nog niet aan de orde zijn gekomen.

Ten eerste betreft dit ontwikkelingen in verband met tarieven. In subparagraaf 7.2.5 is geconstateerd dat de met dalende tarieven samenhangende grotere doelmatigheid (kostenefficiëntie) mogelijk een eufemisme betreft voor een (te) grote druk op de financiën en werkdruk die, evenals een (te) sterke sturing op vermindering van de tbs-behandeldduur, tot veiligheidsrisico's binnen en buiten de instelling zou kunnen leiden. Medio 2018 zijn deze zorgen, tenminste wat de ofz betreft, door de minister van Justitie onderkend – mede naar aanleiding van een advies van de RSJ (2018) over ontwikkelingen en knelpunten bij FPA's en FPK's, een onderzoek naar kwaliteit en veiligheid door Andersson Elffers Felix (AEF, 2018) en diverse op incidenten gerichte onderzoeken van de inspecties – en is geld vrijgemaakt om de tarieven meerjarig te verhogen (TK, 2017-2018b, 2017-2018a; JenV, Federatie Opvang, GGZ Nederland & VGN, 2018). Volgens DForZo worden sindsdien de door de NZa vastgestelde maximumtarieven gehanteerd, in plaats van kortingen daarop toe te passen. Wat bekostigingssystematiek betreft is vanaf 2016 volledig overgegaan op prestatiebekostiging op basis van DBBC's en wordt in opdracht van de NZa gewerkt aan kostprijsonderzoek ten behoeve van verdere vernieuwing van bekostiging,³⁹⁹ in lijn overigens met de PAT-literatuur waarin wordt aanbevolen om met enige regelmaat het beloningssysteem te herzien om perverse prikkels en leereffecten te voorkomen (paragraaf 2.3).

Vanaf 2018 is ten tweede in verband met de gewijzigde Aanbestedingswet 2012 sprake van verplichte aanbesteding bij de inkoop van fz. DForZo maakt sindsdien geen specifieke bekostigingsafspraken meer met individuele zorgaanbieders en toetst (potentiële) fz-

399. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/nieuwe-bekostiging-ggz>; geraadpleegd februari 2019.

aanbieders aan uitsluitingsgronden, geschiktheidscriteria en (minimum)eisen, waardoor meer ruimte ontstaat voor nieuwe zorgaanbieders (Bastian, Schotanus, Bouman & Blom, 2017). De geselecteerde instellingen hebben geen zekerheid meer over het afgenomen volume. Uitbreiding van het zorgaanbod vanwege veronderstelde behoefte daaraan is daarmee voor risico van de betreffende instellingen. De onder auspiciën van Justitie plaatsende instanties (subparagraaf 3.3.2) bepalen aan welke zorginstelling een zorgtraject wordt toebedeeld. De in de onderzoeksperiode bestaande concurrentie op het marktaandeel in plaats van op tarieven in de fz (subparagraaf 6.2.6) lijkt hierdoor te worden gericht op versterkte druk op forensische instellingen om patiënten zo snel en soepel mogelijk te plaatsen, terwijl de in de onderzoeksperiode verminderde zeggenschap over de instroom (opname) van patiënten al een doorn in het oog van instellingen was (subparagraaf 6.2.3).

Een derde cluster van ontwikkelingen betreft de inwerkingtreding in 2019 van de Wfz, ter vervanging van het Ibzf dat vanaf 2011 op basis van de AWBZ (later de Wlz) de grondslag vormde voor fz. Volgens respondenten betreft dit grotendeels codificatie van de gegroeide praktijk en is in dat verband geen substantiële wijziging van sturing van DForZo te verwachten (subparagraaf 6.3.2). Wel is erop gewezen dat de minister formeel meer zeggenschap krijgt over de (raad van toezicht in) FPC's, maar daarbij is tevens gemeld dat die invloed er in de praktijk feitelijk al was. Potentieel van groter belang is de wijziging van de Wmg die vanwege de inwerkingtreding van de Wfz is doorgevoerd, waardoor voor het toezicht op de marktordening de minister van Justitie wat de zorginkoop betreft (opnieuw) formeel is gelijkgesteld aan een ziektekostenverzekeraar en desgevraagd gegevens moet verstrekken aan de NZa. In hoeverre die gelijkstelling feitelijk gestalte krijgt en de NZa haar rol als marktmeester en toezichthouder ook op het fz-domein kan vervullen, hangt onder meer af van de invulling van het afzonderlijke informatiestatuut dat voor de minister van Justitie wettelijk is voorzien (artikel 22a Wmg). De NZa is namelijk wel een toezichthoudende taak toebedeeld bij de rechtmatige en (meestal) doelmatige uitvoering van de Zvw, Wlz en Wmo, maar niet bij de Wfz (artikel 16 Wmg). De opdracht aan de NZa om de positie van consument te beschermen en te bevorderen is bovendien, vanwege de toevoeging dat de gelijkschakeling de zorginkoop betreft, mogelijk niet van toepassing op de forensische patiënt.

In 2020 treden de Wvggz en Wzd in werking, de vierde en laatste in dit verband genoemde ontwikkeling. Het wordt dan mogelijk om in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor een behandeling in de reguliere zorg in plaats van fz. Of dat ook gaat gebeuren is nog de vraag, omdat de Wvggz onder meer als doel heeft om de rechtspositie van personen met een psychische stoornis te waarborgen, om dwang te voorkomen en verplichte zorg alleen als laatste redmiddel toe te passen.⁴⁰⁰ Eerder is bovendien geconstateerd dat de wet- en regelgeving rond de bekostiging van patiënten die van stelsel wisselen complex is.

De ontwikkelingen na de onderzoeksperiode samenvattend, ziet het er naar uit dat de druk op

400. https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/32399_wet_verplichte_geestelijke, geraadpleegd februari 2019.

de tarieven (maar daarmee tegelijkertijd de in de onderzoeksperiode geconstateerde verbeterde doelmatigheid) inmiddels is verminderd. De verplichte aanbesteding van zorginkoop geeft meer ruimte voor nieuwe zorgaanbieders en versterkt daarmee de positie van Justitie, terwijl die van fz-instellingen vanwege onzekerheden over het volume (marktaandeel) verder lijkt te verzwakken. Bij gebrek aan andere mogelijkheden om zich te onderscheiden, leidt dit tot nog meer druk op forensische instellingen om patiënten zo soepel mogelijk te plaatsen. Of de NZa met haar ruimere bevoegdheden meer evenwicht in kan brengen op het fz-domein is nog maar de vraag, gelet op de afzonderlijke positionering van de minister van Justitie en de forensische patiënt. Hetzelfde geldt voor de effecten van de Wvggz en Wzd voor de continuïteit van zorg na inwerkingtreding daarvan in 2020 voor wat betreft de in- en uitstroom uit de fz. Monitoring daarvan maakt mogelijk onderdeel uit van de wettelijk verplichte evaluatie van de Wfz in 2021.

Het geheel overziend is het de vraag of de stand van zaken aanleiding geeft om de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie voor fz te heroverwegen, zoals internationaal wordt aanbevolen (WHO, 2014, pp. 4, 7; UN, 2015; CPT, 2017, p. 6). Enerzijds heeft diens verantwoordelijkheid Justitie sterker gepositioneerd als vraag- en aanbodbepalende partij die via inkoop Eisen met betrekking tot het forensisch karakter en de veiligheid een sterke greep heeft gekregen op het veld die heeft bijgedragen aan de professionele ontwikkeling van dit zorgdomein.

Anderzijds leidt deze afzonderlijke ontwikkeling tot een grotere herkenbaarheid (stigmatisering) als forensisch patiënt waardoor, versterkt door verruiming van de doelgroep (niet ingesloten) overige forensische patiënten, een deel van de forensische patiënten extra belemmeringen ervaart bij de doorstroming naar de reguliere zorg. De fz ligt als domein onder een maatschappelijk vergrootglas en levert bijbehorende druk op voor de professionals die daarin werken. Tegelijkertijd is de aandacht voor forensische patiënten onderbelicht bij organisaties die zich in de reguliere zorg bezighouden met het bevorderen en monitoren van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van (reguliere) zorg en zijn risico's geconstateerd in dat verband. In het huidige systeem is het de vraag of er voldoende prikkels zijn om de vraagzijde (het budget) te begrenzen en de uitgaven aan fz af te wegen tegen andere uitgaven in het zorgdomein.

In het internationaal aanbevolen scenario, gemotiveerd vanuit gezondheidszorg- en mensenrechtenperspectief, zouden de vruchten geplukt kunnen worden na (inmiddels tenminste) twaalf jaar actieve betrokkenheid van Justitie bij de ontwikkeling van fz als afzonderlijke professie. Justitie zou (tenminste) invloed op vraag en aanbod kunnen behouden via beleid en wetgeving in strafrechtelijk kader, de daarin opererende professionals en specificatie van kwaliteits- en veiligheidseisen van fz. Of in dat scenario naar de maatstaven van Justitie nog voldoende fz wordt ingekocht, is dan echter onzeker en daarmee vanuit dat perspectief naar verwachting niet wenselijk. De stelselwijziging heeft bovendien pas recent (in 2019) formeel wettelijk zijn beslag gekregen en een nieuwe stelselwijziging zou met veel nieuwe onzekerheden en transitiekosten gepaard gaan. Dergelijke kosten kunnen de baten van een stelselwijziging overtreffen (Goudriaan & Heida, 2015, p. 2).

In een tweede variant wordt, gegeven de bestaande verantwoordelijkheidsverdeling, waar mogelijk overgegaan op normalisering van verhoudingen en instituties op het fz-domein om resterende knelpunten (continuïteit van zorg en kostenbeheersing) weg te kunnen nemen en voor de toekomst een kwalitatief, toegankelijk en doelmatig stelsel van fz te kunnen garanderen. Het uitgangspunt dat fz ook zorg is, is daarbij het vertrekpunt dat de focus richt op de gezamenlijke (gedeelde) verantwoordelijkheid van Justitie en VWS.

Justitie behoudt daarbij zijn verantwoordelijkheid voor fz, maar maakt veel meer dan tot dusverre (waar mogelijk) gebruik van in de reguliere zorg bestaande instituties zoals bijvoorbeeld het Kwaliteitsinstituut/ Zorginstituut, NIVEL, RIVM, Vektis en SBG om de kwaliteit (vanuit zorg- en veiligheidsperspectief), toegankelijkheid (vanuit perspectief van Justitie en fz-patiënt) en doelmatigheid (kostenefficiëntie en allocatieve efficiëntie) van fz te bevorderen, te monitoren en daarover transparant verantwoording af te leggen. De taken en bevoegdheden van de NZa zoals die gelden voor zorgverzekeraars en -kantoren in de reguliere zorg gelden onverkort voor de verzekeraar van fz.

VWS bevordert vanuit diens stelselverantwoordelijkheid voor zorg (met fz als differentiatie daarbinnen) toepassing van in de reguliere zorg gebruikelijke instituties op het fz-domein, bijvoorbeeld door genoemde organisaties in afstemming met Justitie opdracht te geven fz als aandachtsgebied mee te nemen, en draagt zorg voor aansluiting vanuit de reguliere zorg op het forensisch domein. Door VWS gesteunde patiënt- en naastenorganisaties kunnen financieel en anderszins worden gemotiveerd om zich mede te richten op de forensische patiënt, terwijl Justitie de afzonderlijke ontwikkeling daarvan kan bevorderen. Met het oog op transparantie van kosten en ter bevordering van doelmatigheid (kostenefficiëntie én allocatieve efficiëntie) wordt voorts geadviseerd om fz op te nemen in het BKZ, waardoor afstemming en afweging tussen preventie, maatschappelijke ondersteuning, forensische en reguliere zorg mogelijk wordt. De casus heeft namelijk weliswaar laten zien dat Justitie via het beloningssysteem de fz-instellingen kan prikkelen tot meer doelmatige (kostenefficiënte) zorg, maar of dit ook gebeurt hangt af van omstandigheden (zoals een opdracht om te bezuinigen).

Om de dominantie van Justitie als enige zorginkoper te verminderen valt een decentraal inkoopmodel te overwegen, waardoor tevens beter op de regionale zorgbehoefte kan worden ingespeeld en in (een netwerkvariant gericht op) samenwerking met regionale zorgkantoren en gemeenten de aansluiting op reguliere zorg kan worden bevorderd. Doorstroming van de forensische naar de reguliere zorg (of in het algemeen de overgang van patiënten tussen stelsels) kan daarbij worden gestimuleerd door samenwerking tussen zorginkopers en -instellingen tussen verschillende domeinen te bevorderen via (prikkel in) het beloningssysteem. VWS zou de NZa daartoe een aanwijzing kunnen geven.

Tot slot is de casus van de stelselwijziging fz mogelijk ook in ander opzicht nog interessant voor de beleidspraktijk van VWS. De hiermee gepaard gaande overheidssturing staat immers haaks op het model van gereguleerde concurrentie dat in (onder meer) Nederland ten grondslag ligt aan de maatschappelijke ordening in de zorg. Uit de casus blijkt dat overheidssturing kan leiden tot verbetering van doelmatigheid (kostenefficiëntie) en in die zin niet afhangt van vrije marktwerking.

Literatuur

- Acemoglu, D., Kremer, M., & Mian, A. (2008). Incentives in markets, firms, and governments. *Journal of Law Economics & Organization*, 24 (2), pp. 273-306.
- ACM (2015). *Het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars. Mogelijkheden om te concurreren*. Autoriteit Consument & Markt. Amsterdam.
- AEF (2018). *Forensische zorgen. Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*. Andersson Elffers Felix, GV460. Utrecht.
- Agranoff, R., & McGuire, M. (2001). Big questions in public network management research. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11 (3), pp. 295-326.
- Agranoff, R. (2006). Inside collaborative networks: Ten lessons for public managers. *Public Administration Review*, 66, pp. 56-65.
- Akkerman, A., Torenvlied, R., & Schalk, J. (2012). Two-level effects of interorganizational network collaboration on graduate satisfaction: A comparison of five intercollege networks in Dutch higher education. *American Review of Public Administration*, 42 (6), pp. 654-677.
- Alchian, A.A., & Demsetz, H. (1972). Production, information costs and economic organization. *American Economic Review*, 62 (5), pp. 777-795.
- Alchian, A.A., & Demsetz, H. (1973). The property right paradigm. *The Journal of Economic History*, 33 (1), pp. 16- 27.
- Algemene Rekenkamer (2012). *Prestaties in de strafrechtketen*. Den Haag.
- Algemene Rekenkamer (2013). *Input voor rondetafelgesprek modernisering Comptabiliteitswet. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer*. Den Haag.
- Anderhub, V., Gachter, S., & Konigstein, M. (2002). Efficient contracting and fair play in a simple principal-agent experiment. *Experimental Economics*, 5 (1), pp. 5-27.
- Ansell, C., & Gash, A. (2007). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18 (4), pp. 543-571.
- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53 (5), pp. 941-973.
- Arrow, K.J. (1970). Political and economic evaluation of social effects and externalities. In J. Margolis (Ed.), *The analysis of public output*. pp. 1-30. 0-87014-220-8: NBER.
- Arrow, K.J. (1977). The organization of economic activity: Issues pertinent to the choice of market versus nonmarket allocation. In R.H. Haveman & J. Margolis (Eds.), *Public expenditure and policy analysis*. (2nd ed.). Chicago: Rand McNally College Publishing Company Chicago.
- Arrow, K.J. (2001). The five most significant developments in economics of the twentieth century. *The European Journal of the History of Economic Thought*, 8 (3), pp. 298-304.
- Attar, A., Piaser, G., & Porteiro, N. (2007). A note on common agency models of moral hazard. *Economic Letters*, 95, pp. 278- 284.
- Attar, A., Campioni, E., Piaser, G., & Rajan, U. (2010). On multiple-principal multiple-agent models of moral hazard. *Games and Economic Behavior*, 68, pp. 376- 380.
- Axelsson, R., Mallory, G.R., & Wilson, D.C. (1987). Bureaucracy, decision-making and leadership in private and public organisations. *Scandinavian Journal of Management Studies*, pp. 185-195.

- Baas, N., Meijer, R., Puijk, L., & Ruys, C. (2017). *Tarifiering forensische zorg. Onderzoek naar de kosten voor het leveren van noodzakelijke forensische (gehandicapten) zorg. Eindrapport*. Arteria Consulting.
- Babbie, E. (2010). *The practice of social research*. (Twelfth ed.). 978-0-495-59842-8. Wadsworth: Cengage Learning.
- Bastian, E., Schotanus, F., Bouman, G., & Blom, M. (2017). *Quick scan aanbesteding forensische zorg*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Significant.
- Beerthuizen, M.G.C.J., & Wartna, B.S.J. (2013). *Vrijheid binnen de perken. Een verkennend onderzoek naar de inzet van voorwaardelijke vrijheidsstraffen*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Bergemann, D., & Välimäki, J. (2003). Dynamic common agency. *Journal of Economic Theory*, 111, pp. 23- 48.
- Berle, A.A., & Means, G.C. (1932/2010). *The modern corporation & private property; with a new introduction by Murray L. Weidenbaum and Mark Jensen*. 978-0-88738-887-3. New Jersey: Transaction Publishers New Brunswick.
- Bernheim, B.D., & Whinston, M.D. (1986). Common agency. *Econometrica*, 54 (4), pp. 923-942.
- Besanko, D., Regibeau, P., & Rockett, K.E. (2005). A multi-task principal-agent approach to organizational form. *Journal of Industrial Economics*, 53 (4), pp. 437-467.
- Besley, T., & Ghatak, M. (2001). Government versus private ownership of public goods. *The Quarterly Journal of Economics*, 116 (4), pp. 1343- 1372.
- Blank, J.L.T., Van Hulst, B.L., & Wilschut, J.A. (2012). *Menselijke of economische maat in de geestelijke gezondheidszorg? Technische verantwoording onderzoek naar schaal- en diversificatie-effecten in de geestelijke gezondheidszorg*. Ipse Studies. Centrum voor Innovatie en Publieke Sector Efficiëntie Studies Technische Universiteit Delft. Delft.
- Blank, J.L.T., Van Hulst, B.L., & Dumay, A.C.M. (2013). *Besturen sturen. Empirisch onderzoek naar het effect van interne sturing op de doelmatigheid van de Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2003-2010*. Ipse Studies. Centrum voor Innovatie en Publieke Sector Efficiëntie Studies Technische Universiteit Delft. Delft.
- Blom, M., & Schillemans, T. (2010). De ondefinieerbare staat. Horizontale en verticale sturing door de rijksoverheid sinds 1980. *Beleid en maatschappij*, 37 (4), pp. 341-354.
- Bokkes, W.T.M. (1989). *Privatisering vanuit de transactiekostenbenadering: Kostenbeheersing bij het huisvuil?* (proefschrift). Universiteit Twente, Enschede.
- Bond, P., & Gomes, A. (2009). Multitask principal-agent problems: Optimal contracts, fragility, and effort misallocation. *Journal of Economic Theory*, 144, pp. 175- 211.
- Boorsma, P.B. (1981). *Saneringen in de collectieve sector. Mogelijke toepassingen van het profijtbeginsel, mogelijkheden voor privatisering van overheidsactiviteiten*. Enschede: T.H. Twente.
- Boorsma, P.B., & Mol, N.P. (1983). *Privatisering*. 's-Gravenhage: Stichting Maatschappij en Onderneming.
- Boorsma, P.B. (1986). Privatisering. In F.K.M. Van Nispen & D.P. Noordhoek (Eds.), *De grote operaties. De overheid onder het mes of het snijden in eigen vlees*. pp. 83-113. 90 312 0383 1. Deventer: Kluwer.
- Boorsma, P.B., & Künneke, R.W. (1989). Relative efficiency of various public organizations: Terra incognita? In M. Neumann & K.W. Roskamp (Eds.), *Public finance and performance of enterprises. Proceedings of the 43rd congress of the international*

- institute of public finance, paris, 1987. pp. 433. 0-8143-2270-0. Detroit: Wayne State University Press.*
- Boorsma, P.B., & Tjiddink, J.L.J.L. (2008). The increasingly complex policy field of multiple principals and agents: Effective aid in problematic personal debt situations. In V.R. Johnston (Ed.), *Entrepreneurial management and public policy*. (Second ed.), pp. 203-228. 978-1-60021-866-6. New York, NY: Nova Science.
- Boorsma, P.B. (2010). *Van oude economen de ideeën die voorbij gaan. Afscheidsrede*. Universiteit Twente.
- Börzel, T.A. (1998a). Understanding governance. Policy networks, governance, reflexivity and accountability. *Journal of European Public Policy*, 5 (2), pp. 354-359.
- Börzel, T.A. (1998b). Organizing Babylon - on the different conceptions of policy networks. *Public Administration*, 76 (2), pp. 253-273.
- Börzel, T.A. (2011). Networks: Reified metaphor or governance panacea? *Public Administration*, 89 (1), pp. 49-63.
- Bouman, G., Riphagen, B., Jongebreur, W., & Veeke, R. (2012). *Het forensische zorgstelsel. Beschrijving van het besturingsmodel in de forensische zorg*. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Stooris en Delict. Significant. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 12/04. Den Haag.
- Bovend'eert, P.P.T. (2009). Commentaar op artikel 42 grondwet. Tekst & commentaar Grondwet en Statuut. 13 maart 2014. Kluwer Navigator.
- Boyer, M. (2003). Competition and the reform of incentive schemes in the regulated sector. *Journal of Public Economics*, 87 (7-8), pp. 1353-1381.
- Braun, D., & Guston, D.H. (2003). Principal-agent theory and research policy: An introduction. *Science and Public Policy*, pp. 302-308.
- Bressers, J.T.A. (1993). Beleidsevaluatie en beleidseffecten. In J.T.A. Bressers & A. Hoogerwerf (Eds.), *Beleidsevaluatie*. (pp. 161-179). Samsom H.D. Tjeenk Willink.
- Breton, A. (1995). Organizational hierarchies and bureaucracies: An integrative essay. *European Journal of Political Economy*, 11 (3), pp. 411- 440.
- Brown, T.L., Potoski, M., & Van Slyke, D.M. (2010). Contracting for complex products. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20, pp. 141-158.
- Brue, S.L., & Grant, R.R. (2013). *The evolution of economic thought*. (Eighth ed.). 978-1-133-59606-6. South-Western Cengage Learning.
- Burgess, S., & Ratto, M. (2003). The role of incentives in the public sector: Issues and evidence. *Oxford Review of Economic Policy*, 19 (2), pp. 285-300.
- Burgess, S., Propper, C., Ratto, M., & Tominey, E. (2012). *Incentives in the public sector: Evidence from a government agency*. Discussion Paper Series.
- Burt, R.S. (1992). *Structural holes. The social structure of competition*. 0-674-84372-X. Cambridge, Massachusetts and London, England: Harvard University Press.
- Coase, R.H. (1937). The nature of the firm. *Economica*, 4 (16), pp. 386-405.
- Coase, R.H. (1960). The problem of social cost. *Journal of Law & Economics*, 3, pp. 1- 44.
- Coase, R.H. (1988/1990). *The firm, the market and the law*. 0-226-11101-6. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Coase, R.H. (1994). *Essays on economics and economists*. (1995 ed.). 0-226-11103-2. Chicago: The University of Chicago Press.
- Coase, R.H. (1998). The new institutional economics. *American Economic Review*, 88 (2), pp. 72-74.

- Cole, M.A., & Fredriksson, P.G. (2009). Institutionalized pollution havens. *Ecological Economics*, 68 (4), pp. 1239-1256.
- Collin, S.-O. (2007). Governance strategy: A property right approach turning governance into action. *Journal of Management & Governance*, 11 (3), pp. 215-237.
- Coyne, R. (2005). Wicked problems revisited. *Design Studies*, 26 (1), pp. 5-17.
- CPT (2017). *Report to the government of The Netherlands on the visit to The Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 2 to 13 may 2016*. World Health Organization Regional Office for Europe. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Council of Europe, CPT/Inf (2017) 1. Copenhagen.
- Cullis, J., & Jones, P. (1992). *Public finance and public choice: Analytical perspectives*. 0-07-707400-9. London: Mc Graw-Hill Book Company Europe.
- CVZ (2005). *Overheveling ggz, rapport op 31 maart 2005 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. College voor Zorgverzekeringen. Diemen.
- Damro, C. (2011). Regulators, firms and information: The domestic sources of convergence in transatlantic merger review. *Review of International Political Economy*, 18 (4), pp. 409-435.
- De Alessi, L. (1969). Implications of property rights for government investment choices. *The American Economic Review*, 59 (1), pp. 13-24.
- De Alessi, L. (1980/1995). The economics of property rights: A review of the evidence In S.G. Medema (Ed.), *The legacy of Ronald Coase in economic analysis*. Vol. 2, pp. 242-288. 0-89232-131-8. Aldershot: Elgar.
- De Alessi, L. (1983a). Property rights and x-efficiency: Reply. *The American Economic Review*, 73 (4), pp. 843- 845.
- De Alessi, L. (1983b). Property rights, transaction costs, and x-efficiency: An essay in economic theory. *The American Economic Review*, 73 (1), pp. 64- 81.
- De Kruijf, J.a.M. (2011). *Autonomy and control of public bodies. Legal and economic autonomy and parliamentary control on service provision by zbos* (proefschrift). University of Twente.
- De Ruiter, G., Van Greuningen, M., & Luijk, R. (2017). *Zorgthermometer ggz. Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg*. Vektis.
- De Vries, M.S. (2001). *Improving police performance. An analysis of the influence of inter-organisational tuning between the police and the public prosecution service on police productivity in the netherlands* (dissertation). Universiteit Twente.
- De Vries, P. (1992). *De lastige verhouding tussen departement en agent. De departementale bekostiging in het licht van de principal agent-benadering* (proefschrift). Universiteit Twente, Enschede.
- Demsetz, H. (1967). Toward a theory of property rights. *The American Economic Review*, 57 (2), pp. 347-359.
- Demsetz, H. (1983). The structure of ownership and the theory of the firm. *Journal of Law & Economics*, 26 (2), pp. 375-390.
- Demsetz, H. (2002). Toward a theory of property rights II: The competition between private and collective ownership. *Journal of Legal Studies*, 31 (2), pp. S653-S672.
- Den Bak, R.R., Popma, A., Nauta-Jansen, L.M.C., Nieuwbeerta, P., & Jansen, J.M. (2018). *Inventarisatie van psychosociale criminogene factoren en neurobiologische kenmerken bij mannelijke gedetineerden*. Wetenschappelijk Onderzoek- en

- Documentatiecentrum. Universiteit Leiden & VU medisch centrum, WODC-project 2708. Leiden.
- Dertiende Studiegroep Begrotingsruimte (2010). *Risico's en zekerheden. Dertiende rapport Studiegroep begrotingsruimte*. Bijlage bij Tweede Kamer, vergaderjaar 2009/2010, 32 123, nr. 52.
- Dewatripont, M., Jewitt, I., & Tirole, J. (1999). The economics of career concerns, part II: Application to missions and accountability of government agencies. *Review of Economic Studies*, 66 (1), pp. 199- 217.
- DForZo (2013). *Handboek forensische zorg*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Directie Forensische Zorg.
- Dikolli, S.S., Evans, J.H., III, Hales, J., Matejka, M., Moser, D.V., & Williamson, M.G. (2013). Testing analytical models using archival or experimental methods. *Accounting Horizons*, 27 (1), pp. 129-139.
- Dixit, A. (1997). Power of incentives in private versus public organizations. *The American Economic Review*, 87 (2 [Papers and Proceedings of the Hundred and Fourth Annual Meeting of the American Economic Association]), pp. 378- 382.
- Dixit, A. (2002). Incentives and organizations in the public sector: An interpretative review. *The Journal of Human Resources*, 37 (4), pp. 696- 727.
- Dixit, A. (2009). Governance institutions and economic activity. *American Economic Review*, 99 (1), pp. 5-24.
- DJI (2006). *Capaciteit en bestemmingen DJI 2006*. Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen.
- DJI (2009). *Uitgangspunten zorginkoop forensische zorg 2010*. Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen, Directie Forensische Zorg.
- DJI (2013). *Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie. Eindrapportage verslagjaar 2012*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen, Directie Forensische Zorg.
- DJI (2014a). *Kenniskaart forensische zorg*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen.
- DJI (2014b). *Inkoopplan 2015 forensische zorg*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen.
- DJI (2015). *Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie. Eindrapportage verslagjaar 2014*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen.
- DJI (2016a). *DJI in getal 2011-2015. De divisies gw/vb en forzo/jji nader belicht*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.
- DJI (2016b). *Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie. Eindrapportage verslagjaar 2015*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen.
- DJI (2017). *DJI in getal 2012-2016. De divisies gw/vb en forzo/jji nader belicht*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.
- DJI (2018). *Evaluatie met zorgaanbieders. Aanbesteding forensische zorg 2018*. Ministerie van Justitie en Veiligheid. Dienst Justitiële Inrichtingen, Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen. Den Haag.
- Dolmans, L.J.F. (1987). De Algemene Rekenkamer en de doelmatigheid van de rijksdienst. *Beleid en maatschappij*, 1987 (1), pp. 18-29.
- Donaldson, T. (2012). The epistemic fault line in corporate governance. *Academy of Management Review*, 37 (2), pp. 256-271.

- Douven, R.C.M.H., Zoutenbier, R., & Remmerswaal, M. (2015). *Do extrinsically motivated mental health care providers have better treatment outcoms*. CPB Discussion Paper.
- Douven, R.C.M.H., Zoutenbier, R., & Remmerswaal, M. (2016). Gedragsreacties van ggz-aanbieders op financiële prikkels. *Economisch Statistische Berichten*, 101 (4728), pp. 134-137.
- Drieschner, K., Hill, J., & Weijters, G. (2018). *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Cahier 2018-22.
- Drost, V., Jongebreur, W., Lindenberg, R., Goedvolk, M., & Remmerswaal, R. (2014). *Vraagontwikkeling ofz. Onderzoek naar de oorzaken van de stijging naar de vraag van overige forensische zorg*. Significanc. Barneveld.
- Dupouët, O., & Yıldızoğlu, M. (2006). Organizational performance in hierarchies and communities of practice. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 61 (4), pp. 668-690.
- Eggertsson, T. (2013). Quick guide to new institutional economics. *Journal of Comparative Economics*, 41, pp. 1-5.
- EK (2001). *Debat over zorg in Nederland. Handelingen*. Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2001, EK 4, 99- 125.
- EK (2003-2004). *Wijziging van de Penitentiaire beginselenwet in verband met verruiming van de mogelijkheden van meerpersoonsonderzoek*. Motie van het lid Van de Beeten c.s. Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2003-2004, 28 979 E. 's-Gravenhage.
- EK (2012-2013a). *Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg)*. Gewijzigd voorstel van wet van 18 december 2012. Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2012-2013, 32 398 D. 's-Gravenhage.
- EK (2012-2013b). *Parlementair onderzoek privatisering/ verzelfstandiging overheidsdiensten. Brief van de minister voor wonen en rijksoverheid van 25 maart 2013*. Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2012-2013, C, I. 's-Gravenhage.
- EK (2012-2013c). *Verbinding verbroken? Onderzoek naar de parlementaire besluitvorming over de privatisering en verzelfstandiging van overheidsdiensten. Hoofdrapport*. Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2012-2013, C, B. 's-Gravenhage.
- EK (2015-2016). *Wijziging van de Penitentiaire beginselenwet, de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen en enige andere wetten in verband met de eigen bijdrage voor verblijf in een justitiële inrichting*. Brief van de Minister van Veiligheid en Justitie van 18 februari 2016. Eerste Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2015-2016, 34 068 B. 's-Gravenhage.
- Enders, J., De Boer, H., & Weyer, E. (2013). Regulatory autonomy and performance: The reform of higher education re-visited. *Higher Education*, 65 (1), pp. 5-23.
- Enthoven, G.M.W. (2011). *Hoe vertellen we het de Kamer? Een empirisch onderzoek naar de informatierelatie tussen regering en parlement* (proefschrift). Universiteit van Tilburg, Delft.
- Fabbricotti, I.N. (2007). *Zorgen voor zorgketens. Integratie en fragmentatie in de ontwikkeling van zorgketens* (proefschrift). Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Fama, E.F. (1980). Agency problems and the theory of the firm. *Journal of Political Economy*, 88 (2), pp. 288- 307.

- Fama, E.F., & Jensen, M.C. (1983a). Agency problems and residual claims. *Journal of Law & Economics*, 26 (2), pp. 327-349.
- Fama, E.F., & Jensen, M.C. (1983b). Separation of ownership and control. *Journal of Law & Economics*, 26 (2), pp. 301-325.
- Fehr, E., & Schmidt, K.M. (2004). Fairness and incentives in a multi-task principal-agent model. *Scandinavian Journal of Economics*, 106 (3), pp. 453-474.
- Feng, L. (2010). *Motivation, coordination and cognition in cooperatives* (dissertation). Erasmus University Rotterdam.
- Flyvberg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12 (2), pp. 219-245.
- Frank, R.H., & Cartwright, E. (2013). *Microeconomics and behaviour*. 9780077151546. Maidenhead, Berkshire: Mc-Graw-Hill Education.
- Frech, H.E. (1976). Property rights theory of firm - empirical results from a natural experiment. *Journal of Political Economy*, 84 (1), pp. 143-152.
- Friedman, M. (1962/ 1982). *Capitalism and freedom*. 0-226-26401-7. Chicago: The University of Chicago Press.
- Furlong, D. (1996). *The conceptualization of 'trust' in economic thought*. Institute of Development Studies, Working Paper 35. Brighton.
- Furubotn, E.G., & Pejovich, S. (1972). Property rights and economic theory: A survey of recent literature. *Journal of Economic Literature*, 10 (4), pp. 1137- 1162.
- Gage, R.W., & Mandell, M.P. (Eds.). (1990). *Strategies for managing intergovernmental policies and networks*. New York: Praeger.
- Gailmard, S., & Patty, J.W. (2012). Formal models of bureaucracy. *Annual Review of Political Science*, 15, pp. 353-377.
- Galik, C.S., & Jagger, P. (2015). Bundles, duties, and rights: A revised framework for analysis of natural resource property rights regimes. *Land Economics*, 91 (1), pp. Working paper EE 14-08/ p. 11-18.
- Genicot, G., & Ray, D. (2006). Contracts and externalities: How things fall apart. *Journal of Economic Theory*, 131, pp. 71- 100.
- Gerber, J.D., Knoepfel, P., Nahrath, S., & Varone, F. (2009). Institutional resource regimes: Towards sustainability through the combination of property-rights theory and policy analysis. *Ecological Economics*, 68 (3), pp. 798-809.
- GGZ Nederland (2006). *Forensische psychiatrie is bijzondere gezondheidszorg*. Standpuntbepaling van GGZ Nederland inzake positionering van de forensische psychiatrie in het kader van de overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg naar het tweede compartiment.
- GGZ Nederland (2008). *Wachttijden in ggz-instellingen 2007*. Amersfoort.
- GGZ Nederland (2013). *Betere zorg, veiliger samenleving*. Visiedocument forensische zorg. GGZ Nederland.
- Goudriaan, R., & Heida, J.-P. (2015). *Transitiekosten van stelselwijzigingen in de zorg*. SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. Den Haag.
- Grafton, R.Q., Squires, D., & Fox, K.J. (2000). Private property and economic efficiency: A study of a common-pool resource. *Journal of Law & Economics*, 43 (2), pp. 679-713.
- Grajzl, P., & Murrell, P. (2007). Allocating lawmaking powers: Self-regulation vs government regulation. *Journal of Comparative Economics*, 35 (3), pp. 520-545.
- Groenendijk, N.S. (1997). A principal-agent model of corruption. *Crime, law and social change*, 27, pp. 207-229.

- Groenendijk, N.S. (2005). *De Lissabon-strategie: Overmoed of onmacht? Concurrentiekracht en het bestuurlijk tekort van de Europese Unie*. (rede in verkorte vorm uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van Jean Monnet hoogleraar European Economic Governance aan de faculteit Bedrijf, Bestuur en Technologie, 15 december). Universiteit Twente.
- Groenendijk, N.S., De Vries, M.S., & Svensson, J. (2011). *Evaluatie van de verzelfstandiging van het FPC dr. S. Van Mesdag*. Faculteit Management en Bestuur Universiteit Twente. Enschede.
- Gron, A. (1998). Compensation and industry profitability: Evidence from the property-casualty insurance industry. *Journal of Business*, 71 (3), pp. 407-437.
- Grossman, S.J., & Hart, O.D. (1986). The costs and benefits of ownership - a theory of vertical and lateral integration. *Journal of Political Economy*, 94 (4), pp. 691-719.
- Hagdorn, L. (2007). *(On)macht en kracht in het netwerk* (oratie uitgesproken ter gelegenheid van de aanvaarding van het bijzonder hoogleraarschap Transport, Distributie en Logistiek, in het bijzonder Ketens en Netwerken aan de VU in Amsterdam, 21 september). Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Halachmi, A., & Boorsma, P.B. (Eds.). (1998). *Inter and intra government arrangements for productivity; an agency approach.*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Halachmi, A. (2008a). Agency theory and transaction analysis in the increasingly competitive public sector. In V.R. Johnston (Ed.), *Entrepreneurial management and public policy*. (2nd ed.), pp. 183-202. 978-1-60021-866-6. New York, NY: Nova Science.
- Halachmi, A. (2008b). Franchising in government: Can a principal-agent perspective be the first step toward the development of a theory? In V.R. Johnston (Ed.), *Entrepreneurial management and public policy*. (2nd ed.), pp. 163-182. 978-1-60021-866-6. New York, NY: Nova Science.
- Halonen-Akatwijuka, M. (2012). Nature of human capital, technology and ownership of public goods. *Journal of Public Economics*, 96 (11-12), pp. 939-945.
- Hamman, J.R., Loewenstein, G., & Weber, R.A. (2010). Self-interest through delegation: An additional rationale for the principal-agent relationship. *American Economic Review*, 100 (4), pp. 1826-1846.
- Han, S. (2006). Menu theorems for bilateral contracting. *Journal of Economic Theory*, 131, pp. 157-178.
- Hart, O., & Moore, J. (1990). Property-rights and the nature of the firm. *Journal of Political Economy*, 98 (6), pp. 1119-1158.
- Hazeu, C.A. (2000). *Institutionele economie. Een optiek op organisatie- en sturingsvraagstukken*. 90 6283 185 0 CIP. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Head, B., & Alford, J. (2008). *Wicked problems: The implications for public management*. Paper presented at the Panel on Public Management in Practice, 12th Annual Conference, Brisbane.
- Heinrich, C.J., Lynn, L.E., & Milward, H.B. (2010). A state of agents? Sharpening the debate and evidence over the extent and impact of the transformation of governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20 (Supplement 1), pp. i3-i19.
- Heinrich, C.J., & Marschke, G. (2010). Incentives and their dynamics in public sector performance management systems. *Journal of Policy Analysis and Management*, 29 (1), pp. 183-208.
- Hirst, P. (2000). Democracy and governance. In J. Pierre (Ed.), *Debating governance: Authority, steering and democracy*. pp. 13-35. Oxford: Oxford University Press.

- Hoekstra, R.J., Van Hoorn, E., De Wit, L., & Zuijderhoudt, R. (2015). *Het rapport van de Onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen Openbaar Ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U.* Steenwijk.
- Holmstrom, B., & Milgrom, P. (1991). Multitask principal-agent analyses: Incentive contracts, asset ownership, and job design. *Journal of Law, Economics, & Organization*, 7 (Papers from the conference on the New Science of Organization, January 1991), pp. 24-52.
- Huber, J.D., & Shipan, C.R. (2000). The costs of control: Legislators, agencies, and transaction costs. *Legislative Studies Quarterly*, 25 (1), pp. 25-52.
- Human, S.E., & Provan, K.G. (2000). Legitimacy building in the evolution of small-firm multilateral networks. A comparative study of success and demise. *Administrative Science Quarterly*, 45 (2), pp. 327-365.
- IGZ (2011). *Penitentiair psychiatrische centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg.* Ministerie van Volksgezondheid Welzijn En Sport. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Utrecht.
- Isett, K.R., Mergel, I.A., Leroux, K., Mischen, P.A., & Rethemeyer, R.K. (2011). Networks in public administration scholarship: Understanding where we are and where we need to go. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 21, pp. 1157-1173.
- Jegers, M. (2009). "Corporate" governance in nonprofit organizations a nontechnical review of the economic literature. *Nonprofit Management & Leadership*, 20 (2), pp. 143-164.
- Jensen, M.C., & Meckling, W.H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics*, 3, pp. 305-360.
- Jensen, M.C. (1983). Organization theory and methodology. *Accounting Review*, 58 (2), pp. 319-339.
- JenV, Federatie Opvang, GGZ Nederland, & VGN (2018). *Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2018-2021.* Ministerie van Justitie en Veiligheid, Federatie Opvang, GGZ Nederland mede namens RIBW-alliantie, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Den Haag.
- Jongebreur, W., & Goedvolk, M. (2008). *Onderzoek registratie & monitoring vernieuwing forensische zorg. Schatting en vaststelling van de geleverde forensische zorg in strafrechtelijk kader in 2006.* Ministerie van Justitie. Significat. Barneveld.
- Kalidien, S.N. (Ed.). (2016). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2015. Ontwikkelingen en samenhangen.* Justitie in statistiek.). n.b.: Boom Criminologie.
- Kapucu, N., Hu, Q., & Khosa, S. (2014). The state of network research in public administration. *Administration & Society*, pp. 1-34.
- Kilfoyle, E., & Richardson, A.J. (2011). Agency and structure in budgeting: Thesis, antithesis and synthesis. *Critical Perspectives on Accounting*, 22 (2), pp. 183-199.
- Kim, J., & Mahoney, J.T. (2005). Property rights theory, transaction costs theory, and agency theory: An organizational economics approach to strategic management. *Managerial and Decision Economics*, 26 (4), pp. 223- 242.
- Klijn, E.H., & Koppenjan, J.F.M. (2006). Institutional design. Changing institutional features of networks. *Public Management Review*, 8 (1), pp. 141-160.
- Klijn, E.H., & Skelcher, C. (2007). Democracy and governance networks: Compatible or not? *Public Administration*, 85 (3), pp. 587- 608.
- Klijn, E.H. (2008a). *'It's the management, stupid!'* Over het belang van management bij complexe beleidsvraagstukken (in verkorte vorm op 20 juni 2008 uitgesproken als inaugurele rede bij de aanvaarding van de leerstoel Bestuurskunde, in het bijzonder

- vraagstukken van beleid en management, bij de opleiding Bestuurskunde van de Faculteit der Sociale Wetenschappen). Erasmus Universiteit Rotterdam, Den Haag.
- Klijn, E.H. (2008b). Governance and governance networks in Europe. An assessment of ten years of research on the theme. *Public Management Review*, 10 (4), pp. 505-525.
- Klijn, E.H., Steijn, B., & Edelenbos, J. (2010). The impact of network management on outcomes in governance networks. *Public Administration*, 88 (4), pp. 1063- 1082.
- Knyazeva, A., Knyazeva, D., & Stiglitz, J.E. (2013). Ownership change, institutional development and performance. *Journal of Banking & Finance*, 37 (7), pp. 2605-2627.
- Koppenjan, J.F.M., & Klijn, E.H. (2004). *Managing uncertainties in networks. A network approach to problem solving and decision making*. 0-203-68239-4 Routledge.
- Korsten, A.F.A. (2010). Samenwerken in ketens en ketenmanagement. Organisatiekanteling en samenwerking ten behoeve van betere dienstverlening. Geraadpleegd juni 2013, via [http://www.ketens-netwerken.nl/resources/uploads/files/arno korsten](http://www.ketens-netwerken.nl/resources/uploads/files/arno_korsten).
- Kuindersma, W., & Boonstra, F.G. (2005). *Methoden van beleidsevaluatie onder de loep. Een zoektocht naar nieuwe vormen van beleidsevaluatie voor het Milieu- en Natuurplanbureau*. Planbureau rapporten. Natuurplanbureau, 26. Wageningen.
- Künneke, R.W. (1991). *Op armlengte van de overheid. Een theoretisch en empirisch onderzoek naar de effecten van verzelfstandiging op de efficiëntie van openbare nutsbedrijven* (proefschrift). Universiteit Twente, Enschede.
- Künneke, R.W. (1993). Verzelfstandiging bezien vanuit de 'property rights-theorie'. In N.P. Mol & H.a.A. Verbon (Eds.), *Institutionele economie en openbaar bestuur. Perspectieven op de verzelfstandiging van overheidsdiensten*. pp. 31-50. 90-5250-544-6. 's Gravenhage: VUGA.
- Laffont, J.-J., & Tirole, J. (1990). Adverse selection and renegotiation in procurement. *Review of Economic Studies*, 57, pp. 597- 625.
- Lambregts, T., & Van Vliet, R. (2018). Ggz-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage. *Economisch Statistische Berichten*, 103 (4757), pp. 20-21.
- Laugesen, M. (2005). Why some market reforms lack legitimacy in health care. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 30 (6), pp. 1065-1100.
- Leeuw, F.L. (2003). Reconstructing program theories: Methods available and problems to be solved. *American Journal of Evaluation*, 24 (1), pp. 5-20.
- Legemaate, J., Ploem, M.C., Beijerse, J., Mevis, P.A.M., Van der Wolf, M.J.F., Akerboom, C.P.M., . . . Woestenburg, N.O.M. (2014). *Thematische wetsevaluatie gedwongen zorg*. Evaluatie regelgeving. ZonMw. Deel 39. Zoetermeer. Schultenprint.
- Legrain, A., & Auwers, T. (2006). *The principal-agent model and the network theory as framework for administrative procedures. Social security in belgium* Paper presented at the EGPA conference "Public Manager under pressure: between politics, professionalism and civil society", Milan.
- Lewis, J.M., Baeza, J.I., & Alexander, D. (2008). Partnerships in primary care in Australia: Network structure, dynamics and sustainability. *Social Science & Medicine*, 67 (2), pp. 280-291.
- Lewis, J.M. (2011). The future of network governance research: Strength in diversity and synthesis. *Public Administration*, 89 (4), pp. 1221-1234.
- Linckens, P., & De Looft, J. (2010). *Gevangeniswezen in getal 2005-2009*. Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.
- Linckens, P., & De Looft, J. (2011). *Gevangeniswezen in getal 2006-2010*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.

- Linckens, P., & De Looft, J. (2014). *Gevangeniswezen in getal 2009-2013*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.
- LPGGZ, GGZ-Nederland, ZN, Nvp, NIP, LVE, . . . VWS (2012). *Bestuurlijk toekomst akkoord ggz 2013-2014*. Landelijk Platform GGZ & GGZ-Nederland & Zorgverzekeraars Nederland & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie & Nederlands Instituut voor Psychologen & Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn & Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen & Meer GGZ & Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Bijlage bij Kamerstuk 25424 nr. 183 en bij Kamerstuk 25424 nr. B. 's-Gravenhage.
- Lucieer, J. (2006). *Inzicht in het staatstoezicht op de geestelijke gezondheidszorg 1841-2005* (proefschrift). Universiteit van Tilburg, Nijmegen.
- Ludwig, M., Van Merode, F., & Groot, W. (2010). Principal agent relationships and the efficiency of hospitals. *European Journal of Health Economics*, 11 (3), pp. 291-304.
- Mallard, G. (2012). Static common agency and political influence: An evaluative survey. *Journal of Economic Surveys*, 28 (1), pp. 17- 35.
- Mandell, M.P. (1990). Network management: Strategic behavior in the public sector. In R.W. Gage & P. Mandell (Eds.), *Strategies for managing intergovernmental policies and networks*. pp. 29-53. 0-275-93247-8. New York: Praeger.
- McGuire, M. (2006). Collaborative public management: Assessing what we know and how we know it. *Public Administration Review*, 66 (Special Issue), pp. 33- 43.
- McGuire, M., & Agranoff, R. (2011). The limitations of public management networks. *Public Administration*, 89 (2), pp. 265-284.
- Meier, K.J., & O'Toole, L.J. (2007). Modeling public management. Empirical analysis of the management-performance nexus. *Public Management Review*, 9 (4), pp. 503-527.
- Milward, H.B., Provan, K.G., Fish, A., Isett, K.R., & Huang, K. (2010). Governance and collaboration: An evolutionary study of two mental health networks. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20, pp. 1125-1141.
- Mitnick, B.M. (1980). *The political economy of regulation. Creating, designing and removing regulatory reforms*. 0-231-04023-7. New York: Columbia University Press.
- Moe, T.M. (2006). Political control and the power of the agent. *Journal of Law Economics & Organization*, 22 (1), pp. 1-29.
- Mol, N.P. (2008). *Bedrijfseconomie voor de collectieve sector*. 978 90 469 0095 6. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Müller, W.C., & Strom, K. (2004). Servants or oligarchs? Politicians and parties in parliamentary democracies. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*, 45 (2), pp. 421-458.
- Musole, M. (2009). Property rights, transaction costs and institutional change: Conceptual framework and literature review. *Progress in Planning*, 71 (2), pp. 43-85.
- Muthoo, A. (2004). A model of the origins of basic property rights. *Games and Economic Behavior*, 49 (2), pp. 288-312.
- Neelen, G.H.J.M. (1994). *Principal-agent relations in non-profit organizations. A comparative analysis of housing associations and municipal housing companies in The Netherlands* (proefschrift). Universiteit Twente, Enschede.
- Neijmeijer, L., Place, C., Rijkaart, A.M., & Kroon, H. (2012). *Behandelgeschiedenis en justitieverleden van forensische en ggz-patiënten. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies stoornis en delict*. Trimbos-instituut. Den Haag.

- Neijmeijer, L., Rijkaart, A.M., & Kroon, H. (2012). *In profiel: De doelgroepen van ggz en Justitie. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies stoornis en delict*. Trimbo-instituut. Den Haag.
- Niskanen, W.A. (1968). Nonmarket decision making. The peculiar economics of bureaucracy. *The American Economic Review*, 58 (2), pp. 293-305.
- Niskanen, W.A. (1975). Bureaucrats and politicians. *Journal of Law and Economics*, 18 (3), pp. 617-643.
- North, D.C. (1991). Institutions. *Journal of Economic Perspectives*, 5 (1), pp. 97-112.
- NZa (2010a). *Advies marktordening forensische zorg. Toezicht en regulering*. Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2010b). *Monitor de curatieve ggz in 2009. Ontwikkelingen in aanbod en volume*. Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa (2012a). *Marktscan geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2008-2011*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2012b). *Marktscan forensische zorg met strafrechtelijke titel. Weergave van de markt 2008-2012*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2013a). *Marktscan en beleidsbrief geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2008-2012*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2013b). *Marktscan en beleidsbrief forensische zorg in strafrechtelijk kader 2013. Weergave van de markt 2009-2012*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2014a). *Marktscan en beleidsbrief geestelijke gezondheidszorg. Deel a: Betaalbaarheid en wachttijden 2009-2014*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2014b). *Marktscan en beleidsbrief geestelijke gezondheidszorg. Weergave van de markt 2009-2013*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2015a). *Marktscan en beleidsbrief forensische zorg in strafrechtelijk kader 2014. Weergave van de markt 2010-2013*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2015b). *Evaluatie invoering prestatiebekostiging in DBBC's in de forensische zorg*. Brief aan de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2015c). *Marktscan en beleidsbrief geestelijke gezondheidszorg 2014. Deel b*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2016a). *Marktscan ggz 2015. Deel a*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2016b). *Tariefstelling in relatie tot de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg*. Brief aan de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2016c). *Marktscan forensische zorg 2015*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2017a). *Advies bekostiging forensische zorg*. Brief aan de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2017b). *Monitor continuïteit van forensische zorg*. Utrecht.
- NZa (2017c). *Marktscan forensische zorg 2016*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- NZa (2017d). *Marktscan ggz 2016*. Nederlandse Zorgautoriteit. Utrecht.
- O'Toole, L.J., Jr. (2015). Networks and networking: The public administrative agendas. *Public Administration Review*, 75 (3), pp. 361-371.
- Ostrom, E. (1999). Coping with tragedies of the commons. *Annual Review of Political Science*, 2, pp. 493-535.
- Ostrom, E. (2003). How types of goods and property rights jointly affect collective action. *Journal of Theoretical Politics*, 15 (3), pp. 239-270.

- Ostrom, E., & Hess, C. (2007). Private and common property rights. *Encyclopedia of Law & Economics*.
- Øvretveit, J., & Klazinga, N. (2013). Linking research to practice: The organisation and implementation of The Netherlands health and social care improvement programmes. *Health Policy*, 109 (2), pp. 175-186.
- Pavan, A., & Calzolari, G. (2009). Sequential contracting with multiple principals. *Journal of Economic Theory*, 144, pp. 505- 531.
- Peeters, J.M., Koopman, L., Verstijnen, I.M., & De Boer, D. (2015). *Transparantie van kwaliteit van zorg: Nog genoeg werk aan de winkel*. Zorginstituut Nederland & NIVEL.
- Pen, J. (1961). Begrotingsprocedure en Comptabiliteitswet. *De Economist*, 109 (6), p. 15.
- Peters, B.G., & Pierre, J. (1998). Governance without government? Rethinking public administration. *Journal of Public Administration Research and Theory, Inc.*, 8 (2), pp. 223- 243.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2000). *Public management reform. A comparative analysis*. 0 19 829722 X. Oxford: Oxford University Press.
- Powell, W.W. (1990). Neither market nor hierarchy - network forms of organization. *Research in Organizational Behavior*, 12, pp. 295-336.
- Powell, W.W., Koput, K.W., & Smithdoerr, L. (1996). Interorganizational collaboration and the locus of innovation: Networks of learning in biotechnology. *Administrative Science Quarterly*, 41 (1), pp. 116-145.
- Programma Continuïteit van zorg (2017a). *Continuïteit van zorg. Wegwijzer naar een veilige zorgketen voor patiënt en naaste, organisatie en maatschappij*.
- Programma Continuïteit van zorg (2017b). *Overzichtsdocument van knelpunten, oplossingsrichtingen en concrete uitwerkingen in de bekostiging van aansluitende zorg voor patiënten na de strafrechtelijke titelperiode*.
- Programma Continuïteit van zorg (2017c). *Bekostiging en regelgeving van aansluitende zorg voor patiënten na de strafrechtelijke titelperiode*.
- Provan, K.G., & Milward, H.B. (2001). Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review*, 61 (4), pp. 414-423.
- Provan, K.G., Fish, A., & Sydow, J. (2007). Interorganizational networks at the network level: A review of the empirical literature on whole networks. *Journal of Management*, 33 (3), pp. 479-516.
- Provan, K.G., & Kenis, P. (2007). Modes of network governance: Structure, management, and effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18 (2), pp. 229-252.
- Regeerakkoord (2012). *Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD - PvdA 29 oktober 2012*.
- Reiss, J. (2013). *Philosophy of economics. A contemporary introduction*. P.K. Moser Ed. 978-0-415-88117-3. New York: Routledge.
- Rhodes, R.a.W. (1996). The new governance: Governing without government. *Political Studies*, 44 (4), pp. 652- 667.
- Richter, R. (2005). The new institutional economics: Its start, its meaning, its prospects. *European Business Organization Law Review*, 6 (2), pp. 161-200.
- Rittel, H.W.J., & Webber, M.M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4, pp. 155-169.

- RMO (2005). *Tussen zorgen en begrenzen. Over de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen*. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Werkdocument 10. Den Haag.
- RMO (2007). *Straf en zorg: Een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*. Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Advies 41. Amsterdam. Uitgeverij Swp.
- Roland, B., & Tirole, J. (2003). Intrinsic and extrinsic motivation. *Review of Economic Studies*, 70 (3), pp. 489- 520.
- Ross, S.A. (1973). The economic theory of agency: The principal's problem. *The American Economic Review*, 63 (2), pp. 134- 139.
- RSJ (2012). *Forensische zorg tijdens detentie*. Advies van 27 september 2012. Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. Den Haag.
- RSJ (2018). *Ontwikkelingen en knelpunten bij forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen*. Advies van 29 maart. Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. Den Haag.
- RVZ (2008). *Beter zonder AWBZ?* Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 08/01. Den Haag.
- RVZ (2012). *Stoornis en delict. Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten*. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 12/3. Den Haag.
- Sappington, D.E.M. (1991). Incentives in principal-agent relationships. *Journal of Economic Perspectives*, 5 (2), pp. 45-66.
- Schalk, J., Torenvlied, R., & Allen, J. (2010). Network embeddedness and public agency performance: The strength of strong ties in Dutch higher education. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20 (3), pp. 629-653.
- Scharpf, F.W. (1994). Games real actors could play. Positive and negative coordination in embedded negotiation. *Journal of Theoretical Politics*, 6 (1), pp. 27-53.
- Schlager, E., & Ostrom, E. (1992). Property-rights regimes and natural-resources. A conceptual analysis. *Land Economics*, 68 (3), pp. 249-262.
- Schut, F.T. (2003). *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfalen en overheidsfalen in de gezondheidszorg* (rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgbeleid en economie van de gezondheidszorg aan de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, 9 mei). Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Schut, F.T., & Rutten, F.F.H. (Eds.). (2009). *Economie van de gezondheidszorg*. (derde, geheel herziene ed.). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Shavell, S. (1979). Risk sharing and incentives in the principal and agent relationship. *Bell Journal of Economics*, 10 (1), pp. 55-73.
- Smit, M. (2010). *Publiek belang: Hoe houd je het op de rails? Een studie naar de effectiviteit en legitimiteit van planvorming voor stationslocaties* (proefschrift). Universiteit Twente, Enschede.
- Smit, W., Kuin, M., Meijer, S., & Homburg, G. (2018). *Evaluatie wvs & wvm. Eindrapport*. Regioplan. Amsterdam. Regioplan.
- Steinmann, P.L.M. (1988). *Volkskredietbanken en hun kostenefficiency. Een toetsing van de property rights theorie* (afstudeerscriptie). Universiteit Twente.

- Stellinga, B. (2012). *Dertig jaar privatisering, verzelfstandiging en marktwerking*. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Amsterdam. Amsterdam University Press.
- Stiglitz, J.E. (1988). *Economics of the public sector*. (2nd ed.). 0-393-95683-0. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Stoker, G. (1998). Governance as theory: Five propositions. *International Social Science Journal*, 155, pp. 17-28.
- Stracca, L. (2006). Delegated portfolio management: A survey of the theoretical literature. *Journal of Economic Surveys*, 20 (5), pp. 823-848.
- Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (2011). *Subset prestatie-indicatoren forensische psychiatrie verslagjaar 2012*. Zichtbare zorg. Den Haag.
- Swanborn (1981). *Aspecten van sociologisch onderzoek*. 90 6009 603 7. Meppel: Boom.
- Ter Bogt, H.J. (1997). *Neo-institutionele economie, management control en verzelfstandiging van overheidsorganisaties. Overwegingen voor verzelfstandiging en effecten op efficiëntie en financieel-economische sturing* (proefschrift). Rijksuniversiteit Groningen, Capelle aan den IJssel.
- Teulings, C., Bovenberg, L., & Van Dalen, H. (2005). *De cirkel van goede intenties. De economie van het publieke belang*. SEO Economisch Onderzoek, Universiteit van Amsterdam. Universiteit van Tilburg. Erasmus Universiteit van Rotterdam, SEOR-ECRI en Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut, Den Haag, 90 5356 817 4. Amsterdam. Amsterdam University Press.
- Tichá, M. (2012). State or private ownership? A survey of empirical studies. *Review of Economic Perspectives*, 12 (2), pp. 120-144.
- Tijdink, J.L.J.L. (1998). *Issues of personal problematic debt. Investigation into the performance of debt assistance constellations* (proefschrift). Universiteit Twente, Enschede.
- Tirole, J. (1994). The internal organization of government. *Oxford Economic Papers-New Series*, 46 (1), pp. 1- 29.
- TK (1992-1993). *Staatkundige, bestuurlijke en staatsrechtelijke vernieuwing. Rapport*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1992-1993, 21 427, nrs. 40-41.
- TK (1993-1994). *Agentschappen bij het Ministerie van Justitie. Brief van de Minister van Justitie van 29 maart 1994*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1993-1994, 23 182, nr. 3 's-Gravenhage.
- TK (2003-2004). *Onderzoek naar de zorguitgaven. Brief van het presidium van 16 april 2003*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2003-2004, 28 852, nr. 3. 's-Gravenhage.
- TK (2004-2005a). *Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Brief van de Minister van Justitie van 25 augustus 2005*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2004-2005, 29 452, nr. 36. 's-Gravenhage.
- TK (2004-2005b). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2005. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2004-2005.
- TK (2004-2005c). *Advies interdepartementale werkgroep besturing en financiering van zorg in justitieel kader*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2004-2005, Bijlage bij Kamerstuk 29 452, nr. 36.

- TK (2005-2006a). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2006. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006, 30 300 VI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2005-2006b). *Herziening zorgstelsel. Verslag van een schriftelijk overleg vastgesteld 20 januari 2006*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006, 29 689, nr. 62. 's-Gravenhage.
- TK (2005-2006c). *Parlementair onderzoek tbs. Brief van de Minister van Justitie van 16 juni 2006*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 9. 's-Gravenhage.
- TK (2005-2006d). *Parlementair onderzoek tbs. Eindrapport*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 5 's-Gravenhage.
- TK (2005-2006e). *Beleidsvisie ggz*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006, Bijlage 2 bij Kamerstuk 29 248, nr. 26.
- TK (2005-2006f). *Toekomst AWBZ. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 juni 2006*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006, 30 597, nr. 1 's-Gravenhage.
- TK (2005-2006g). *Toekomst AWBZ. Eindrapportage werkgroep organisatie romp AWBZ interdepartementaal beleidsonderzoek 2004-2005, nr. 4*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006, Bijlage bij Kamerstuk 30 597, nr.1.
- TK (2005-2006h). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2006. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2005-2006, 30 300 XVI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2006). *Debat over ministeriële verantwoordelijkheid. Handelingen*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2006, 77, 4795-4807.
- TK (2006-2007a). *Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Brief van de Minister van Justitie van 10 oktober 2006 in verband met plan van aanpak terbeschikkingstelling en forensische zorg in strafrechtelijk kader*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr. 48. 's-Gravenhage.
- TK (2006-2007b). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007, 30 800 XVI, nr. 2 's-Gravenhage.
- TK (2006-2007c). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2007. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2006-2007, 30 800 VI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2007-2008a). *Plan van aanpak terbeschikkingstelling en forensische zorg in strafrechtelijk kader. Eerste voortgangsrapportage*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2007-2008, Bijlage bij 29 452, nr. 70.
- TK (2007-2008b). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2007-2008, 31 200 XVI, nr. 2 's-Gravenhage.
- TK (2007-2008c). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Justitie 2007*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2007-2008, 31 444 VI, nr. 1. 's-Gravenhage.

- TK (2007-2008d). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2008. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2007-2008, 31 200 VI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2008-2009a). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Justitie 2008*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2008-2009, 31 924 VI, nr. 1. 's-Gravenhage.
- TK (2008-2009b). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2009. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2008-2009, 31 700 VI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2009-2010a). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2010. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2009-2010, 32 123 VI, nr. 2 's-Gravenhage.
- TK (2009-2010b). *Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg). Voorstel van wet*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2009-2010, 32 398, nr. 2 's-Gravenhage.
- TK (2009-2010c). *Tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Brief van de staatssecretaris van Justitie van 27 oktober 2009*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2009-2010, 29 452, nr. 122. 's-Gravenhage.
- TK (2009-2010d). *Vaststelling van een Wet forensische zorg en daarmee verband houdende wijzigingen in diverse andere wetten (Wet forensische zorg). Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2009-2010, 32 398, nr. 3 's-Gravenhage.
- TK (2010-2011). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Justitie (VI) voor het jaar 2011. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2010-2011, 32 500 VI, nr. 2 's-Gravenhage.
- TK (2011-2012). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VI) voor het jaar 2012. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2011-2012, 33 000 VI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2012-2013a). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VI) voor het jaar 2013. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2012-2013, 33 400 VI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2012-2013b). *Justitiële inrichtingen. Brief van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 22 maart 2013 in verband met Masterplan DJI 2013-2018*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2012-2013, 24 587, nr. 490. 's-Gravenhage.
- TK (2013-2014a). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Veiligheid en Justitie 2013*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2013-2014, 33 930 VI, nr. 1. 's-Gravenhage.
- TK (2013-2014b). *Nota over de toestand van 's rijks financiën, aangeboden 17 september 2013. Tekstgedeelte van de miljoenennota 2014*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2013-2014, 33 750, nr. 1. 's-Gravenhage.
- TK (2013-2014c). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VI) voor het jaar 2014. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2013-2014, 33 750 VI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2014-2015a). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VI) voor het jaar 2015. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2014-2015, 34 000 VI, nr. 2. 's-Gravenhage.

- TK (2014-2015b). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Veiligheid en Justitie 2014*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2014-2015, 34 200 VI, nr. 1. 's-Gravenhage.
- TK (2014-2015c). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2015. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2014-2015, 34 000 XVI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2015-2016a). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2016. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2015-2016, 34 300 XVI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2015-2016b). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Veiligheid en Justitie (VI) voor het jaar 2016. Memorie van toelichting*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2015-2016, 34 300 VI, nr. 2. 's-Gravenhage.
- TK (2015-2016c). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2015*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2015-2016, 34 475 XVI, nr. 1. 's-Gravenhage.
- TK (2016-2017a). *Forensische zorg. Brief van de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 juni 2017*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2016-2017, 33 628, nr. 19. 's-Gravenhage.
- TK (2016-2017b). *Jaarverslag en slotwet Ministerie van Veiligheid en Justitie 2016*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2016-2017, 34 725 VI, nr. 1. 's-Gravenhage.
- TK (2017-2018a). *Forensische zorg. Brief van de minister voor Rechtsbescherming van 13 juli 2018*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2017-2018, 33 628, nr. 34. 's-Gravenhage.
- TK (2017-2018b). *Forensische zorg. Brief van de minister voor Rechtsbescherming van 19 juni 2018*. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2017-2018, 33 628, nr. 32. 's-Gravenhage.
- Tommasi, M., & Weinschelbaum, F. (2007). Centralization vs. Decentralization: A principal-agent analysis. *Journal of Public Economic Theory*, 9 (2), pp. 369-389.
- Torenvlied, R. (2012). *De mantra van coördinatie of het optimisme over netwerken in de publieke sector* (oratie uitgesproken 26 oktober bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het gebied van Bestuurskunde, in het bijzonder van het Management van de Publieke Sector). Universiteit Leiden.
- Torenvlied, R., & Akkerman, A. (2012). Effects of managers' work motivation and networking activity on their reported levels of external red tape. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22 (3), pp. 445-471.
- Torenvlied, R., Akkerman, A., Meier, K.J., & O'Toole, L.J., Jr. (2013). The multiple dimensions of managerial networking. *American Review of Public Administration*, 43 (3), pp. 251-272.
- Treib, O., Bähr, H., & Falkner, G. (2007). Modes of governance: Towards a conceptual clarification. *Journal of European Public Policy*, 14 (1), pp. 1-20.
- Trochim, W.M.K. (1989). Outcome pattern matching and program theory. *Evaluation and Program Planning*, 12 (4), pp. 355-366.
- Tuinstra, T. (2006). *Administrators matter. An institutional approach to their effects on social security benefits* (proefschrift). Universiteit Twente, Enschede.

- UN (2015). *United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela rules)* United Nations.
- Uzzi, B. (1996). The sources and consequences of embeddedness for the economic performance of organizations: The network effect. *American Sociological Review*, 61 (4), pp. 674- 698.
- Uzzi, B. (1997). Social structure and competition in interfirm networks: The paradox of embeddedness. *Administrative Science Quarterly*, 42 (1), pp. 35- 67.
- Van den Berg, M.J., De Boer, D., Gijsen, R., Heijink, R., Limburg, L.C.M., & Zwakhals, S.L.N. (Eds.). (2014). *Zorgbalans 2014. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Vol. 2014-0038). Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Van der Doelen, F.C.J. (1989). *Beleidsinstrumenten en energiebesparing. De toepassing en effectiviteit van voorlichting en subsidies gericht op energiebesparing in de industrie van 1977 tot 1987* (proefschrift). Universiteit Twente, Enschede.
- Van der Grinten, T., & Kasdorp, J. (1999). *25 jaar sturing in de gezondheidszorg. Van verstatelijking naar ondernemerschap*. Een uitgave ter gelegenheid van 25 jaar Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal En Cultureel Planbureau. Den Haag.
- Van der Krabben, E. (2009). A property rights approach to externality problems: Planning based on compensation rules. *Urban Studies*, 46 (13), pp. 2869-2890.
- Van der Wolf, M.J.F. (2012). *Tbs veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamenteen van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* (proefschrift). Erasmus Universiteit Rotterdam, Oisterwijk.
- Van der Zaal, G.A.W. (1997). *De drie strategische kerndimensies van interorganisationale samenwerking* (proefschrift). Erasmus Universiteit Rotterdam, Amsterdam.
- Van Gemmert, N., & Henneken-Hordijk, I. (2008). *Bijzondere groepen gevangeniswezen. Een inventarisatie van de populatie, het zorg- en beveiligingsaanbod van de bijzondere groepen in het gevangeniswezen*. Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.
- Van Gemmert, N., & Valstar, J.A.W. (2008). *Bijzondere groepen II gevangeniswezen. Een inventarisatie van de populatie, het zorg- en beveiligingsaanbod van de BZA, VBA, ISD, JOVO en de Zedenafdeling in het gevangeniswezen*. Ministerie van Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.
- Van Gemmert, N., & Van Schijndel, C. (2011). *Forensische zorg in getal 2006-2010*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.
- Van Gemmert, N., & Van Schijndel, C. (2012). *Forensische zorg in getal 2007-2011*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.
- Van Gemmert, N., Van Schijndel, C., Gordeau, W., & Casanova, L. (2015). *Forensische zorg in getal 2010-2014*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dienst Justitiële Inrichtingen. Den Haag.
- Van Hoof, F., Fotiadis, L., Vijselaar, J., & Hasker, J. (2008). *Trendrapportage ggz 2008. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Basisanalyse*. Trimbos-instituut, 978-90-5253-622-4 Utrecht.
- Van Hoof, F., Knispel, A., Hulsbosch, L., Place, C., Muusse, C., Van Vught, M., . . . Kroon, H. (2016). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2016*. Trimbos-instituut, AF1510. Utrecht.
- Van Hoof, F., Knispel, A., Hulsbosch, L., De Lange, A., Michon, H., & Kroon, H. (2017). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2017*. Trimbos-instituut, AF1586. Utrecht.

- Van Kersbergen, K., & Van Waarden, F. (2004). 'Governance' as a bridge between disciplines: Cross-disciplinary inspiration regarding shifts in governance and problems of governability, accountability and legitimacy. *European Journal of Political Research*, 43, pp. 143-171.
- Van Kleef, R.C., Schut, F.T., & Van de Ven, W.P.M.M. (2014). *Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening. Acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: Succes verzekerd?* Erasmus Universiteit Rotterdam Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, 2014-01.
- Van Mierlo, J.G.A. (2000). *Over beleidsfalen in de publieke sector en wat daar aan te doen* (inaugurale rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar openbare financiën, 29 juni). Universiteit Maastricht, Maastricht.
- Van Slyke, D.M. (2006). Agents or stewards: Using theory to understand the government-nonprofit social service contracting relationship. *Journal of Public Administration Research and Theory* (17), pp. 157-187.
- Van Vliet, J.A. (2006). *De tbs in zijn maatschappelijke context: De relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg* (proefschrift). Universiteit van Tilburg, Nijmegen.
- Varda, D., Shoup, J.A., & Miller, S. (2012). A systematic review of collaboration and network research in the public affairs literature: Implications for public health practice and research. *American Journal of Public Health*, 102 (3), pp. 564-571.
- VenJ (2011). *Beleidskader forensisch psychiatrisch toezicht*. Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- VenJ (2012). *Handboek forensische zorg*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. J-12914. Den Haag.
- VenJ, VGN, & GGZ Nederland (2013). *Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2013 tot en met 2017*. Ministerie van Veiligheid en Justitie & Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland & GGZ Nederland. Den Haag.
- Vera-Hernandez, M. (2003). Structural estimation of a principal-agent model: Moral hazard in medical insurance. *Rand Journal of Economics*, 34 (4), pp. 670-693.
- VGN (2011). *Feiten en cijfers gehandicaptenzorg 2007-2012*. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. Utrecht.
- Vining, A.R., & Boardman, A.E. (1992). Ownership versus competition - efficiency in public-enterprise. *Public Choice*, 73 (2), pp. 205-239.
- Visser, R.K. (2008). *In dienst van het algemeen belang. Ministeriële verantwoordelijkheid en parlementair vertrouwen* (proefschrift). Universiteit Leiden, Amsterdam.
- Vogl, J. (2013). *Het spook van het kapitaal*. 978 94 6105 793 8. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- VWS (2014). *Factsheet hervorming langdurige zorg. Intramurale geestelijke gezondheidszorg*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Ward, T. (2013). Addressing the dual relationship problem in forensic and correctional practice. *Aggression and Violent Behavior*, 18.
- Wartna, B.S.J., Bregman, I.M., Schapers, C.E., Blom, M., & Boonmann, C. (2014). *Recidivecijfers per fpc. Eindrapport van het haalbaarheidsonderzoek naar het gebruik van recidivecijfers op het niveau van de afzonderlijke tbs-instellingen*. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Cahier 2014-15.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Alberda, D.L., & Essers, A.a.M. (2016). *Recidivebericht 2015. Landelijke cijfers over de terugval van justitiabelen bestraft in*

- de periode 2002-2015. Ministerie van Veiligheid en Justitie. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Factsheet 2016-1.
- Waterman, R.W., & Meier, K.J. (1998). Principal-agent models: An expansion. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8, pp. 173-202.
- Weber, E.P., & Khademian, A.M. (2008). Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. *Public Administration Review*, pp. 334-349.
- Weijnen, T. (2010). *Governance of large infrastructures. The cases of the canals of King Willem I, the Suez Canal and the Rhine-Main-Danube waterway. An application of new institutional economics* (proefschrift). Universiteit Twente, Ridderkerk.
- Westert, G.P., Berg, M.J.V.D., Koolman, X., & Verkleij, H. (2008). *Zorgbalans 2008. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, sector Volksgezondheid en Zorg, 978 90 313 5291 3. Bilthoven.
- WHO (Ed.). (2007). *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health.*. Copenhagen, Denmark: World Health Organisation Regional Office for Europe.
- WHO (2014). *Prisons and health*. 978 92 890 5059 3. Copenhagen: World Health Organization regional office for Europe,.
- Williamson, O.E. (1979). Transaction-cost economics: The governance of contractual relations. *Journal of Law and Economics*, 22 (2), pp. 233-261.
- Williamson, O.E. (1981). The economics of organization: The transaction cost approach. *American Journal of Sociology*, 87 (3), pp. 548-577.
- Williamson, O.E. (1991). Comparative economic organization. The analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, 36 (2), pp. 269-296.
- Williamson, O.E. (1998a). Transaction cost economics: How it works; where it is headed. *De Economist*, 146 (1), pp. 23-58.
- Williamson, O.E. (1998b). The institutions of governance. *The American Economic Review*, 88 (2, Papers and Proceedings of the Hundred and Tenth Annual Meeting of the American Economic Association), pp. 75-79.
- Williamson, O.E. (1999). Public and private bureaucracies: A transaction cost economics perspective. *The Journal of Law, Economics & Organization*, 15 (1), pp. 306-342.
- Williamson, O.E. (2005). Richard t. Ely lecture: The economics of governance. *The American Economic Review*, 95 (2, AEA Papers and Proceedings).
- Witzum, A. (2012). The firm, property rights and methodological individualism: Some lessons from J.S. Mill. *Journal of Economic Methodology*, 19 (4), pp. 339- 355.
- Wolf Jr., C. (1979). A theory of nonmarket failure: Framework for implementation analysis. *Journal of Law and Economics*, 22 (1), pp. 107-139.
- Wolfson, D.J. (2001). *Theorie en toepassingen van de economische politiek*. 90 6283 234 2. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- WRR (2012). *Publieke zaken in de marktsamenleving*. Den Haag/ Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Yasar, M., Paul, C.J.M., & Ward, M.R. (2010). Property rights institutions and firm performance: A cross-country analysis. *World Development*, 39 (4).
- Yin, R.K. (1981). The case-study crisis: Some answers. *Administrative Science Quarterly*, 26 (1), pp. 58-65.
- Yin, R.K. (2014). *Case study research: Design and methods*. (fifth ed.). 978-1-4522-4256-9. SAGE Publications.
- ZonMw. (2011). Doelmatigheidsbericht psychische stoornissen. 1-4.

Zwemstra, J.C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie. Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg* (proefschrift). Tilburg University, Nijmegen.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Tabel bij hoofdstuk 1

Tabel B.1 Justitiebegroting tbs (2005 t/m 2010) en fz (2007 t/m 2015)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Begroting 2005	€ 74	€ 76	€ 76	€ 76											
Begroting 2006	€ 111	€ 131	€ 147	€ 150	€ 150	€ 150									
Begroting 2007	€ 103	€ 128	€ 370	€ 396	€ 415	€ 431	€ 431								
Begroting 2008		€ 131	€ 402	€ 421	€ 441	€ 456	€ 457	€ 457							
Begroting 2009			€ 403	€ 529	€ 590	€ 622	€ 660	€ 661	€ 660						
Begroting 2010				€ 533	€ 583	€ 668	€ 669	€ 704	€ 706	€ 706					
Begroting 2011					€ 577	€ 671	€ 691	€ 700	€ 700	€ 699	€ 699				
Begroting 2012						€ 672	€ 712	€ 718	€ 700	€ 688	€ 678	€ 677			
Begroting 2013									€ 700	€ 682	€ 675	€ 670	€ 664		
Begroting 2014									€ 723	€ 716	€ 699	€ 677	€ 658	€ 661	
Begroting 2015									€ 723	€ 789	€ 758	€ 761	€ 720	€ 712	€ 714

Bronnen

Begrotingen ministerie van Justitie: (TK, 2004/2005a, n.b.; 2005/2006a, p. 59; 2006/2007a, p. 54; 2007/2008a, p. 48; 2008/2009, p. 45; 2009/2010b, p. 52; 2010/2011, p. 43; 2011/2012, p. 51; 2012/2013, p. 60; 2013/2014a, p. 57; 2014/2015a, p. 57)

Legenda

Tot begroting 2007 hebben de begrote programma-uitgaven (enkel) betrekking op tbs; daarna betreffen deze vanaf begrotingsjaar 2007 de fz als geheel

Bijlage 2 Forensisch zorgaanbod

Fz wordt onderscheiden in behandeling en begeleiding; beide kennen een ambulante variant en een verblijfsvariant. De hiernavolgende beschrijving van het fz-aanbod is overgenomen van de NZa (2015a, pp. 69-70, 74-75) en aangevuld met informatie van de DJI (2014a). Voor een samenvattend overzicht van het fz-aanbod naar beveiligingsniveau en doelgroep wordt verwezen naar tabel B.1.

B.2.1. Behandeling

B.2.1.1 Behandeling zonder verblijf

Forensisch Psychiatrische Polikliniek (FPP)

In een FPP wordt ambulante behandeling geboden aan mensen met een psychiatrische aandoening en/of persoonlijkheidsproblematiek, die in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen met Justitie. De FPP maakt vaak onderdeel uit van een reguliere ggz-instelling of forensisch psychiatrische zorgaanbieder. Aangezien de behandeling ambulant wordt gegeven is er geen beveiliging. (NZa, 2015a, p. 75)

Ambulante behandeling, waaronder (F)ACT

Ambulante behandeling is behandeling die wordt geboden aan iemand met een psychiatrische stoornis, verslaving en/of aan de sglvg(+)/ lvg/vg-doelgroep, zonder dat iemand is opgenomen. Behandeling omvat de door een instelling te verlenen activiteiten aan justitiabelen met een psychiatrische aandoening, verslaving of beperking, of een verstandelijke handicap/beperking die matige of zware beperkingen hebben op het terrein van:

- de sociale redzaamheid;
- het psychisch functioneren;
- het geheugen en de oriëntatie; of
- die matig of zwaar probleemgedrag vertonen.

De activiteiten zijn gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en hebben als doel de opname in een instelling of verwaarlozing van de patiënt te voorkomen.

Een vorm van ambulante zorg is (F)ACT, ofwel Flexible Assertive Community Treatment. Met behulp van de FACT-methode wordt aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening zorg én behandeling in de eigen omgeving verleend. FACT-wijkteams bieden een geïntegreerd aanbod van medische en sociale interventies. Hierdoor kunnen ook ernstig ontregelde psychiatrische patiënten zelfstandig in de wijk wonen. (DJI, 2014a)

B.2.1.2 Behandeling met verblijf

Reguliere [klinische] ggz/ verslavingszorg (vz)

Patiënten met een fz-titel en een psychiatrische stoornis kunnen in de reguliere ggz worden geplaatst. De behandeling is gericht op het verminderen van de stoornis en het verbeteren van het functioneren. Patiënten met een fz-titel en verslavingsproblematiek kunnen geplaatst worden in de vz. De behandeling is gericht op het aanpakken van de verslavingsproblematiek. De verblijfsintensiteit kan in beide gevallen variëren. (DJI, 2014a)

Instellingen voor sterk gedragsgestoorde en licht verstandelijk gehandicapte justitiabelen (sglvg/sglvg+)

De populatie in een sglvg of sglvg+ instelling (meestal onderdeel van een gehandicaptenzorginstelling) heeft een dubbele diagnose, zowel een licht verstandelijke beperking alsook ernstige gedragsproblemen. De behandeling richt zich dan ook op meerdere facetten; enerzijds het bieden van woon- en werkvoorzieningen aangepast op de doelgroep, anderzijds het behandelen van de psychiatrische stoornis of gedragsstoornis zodat klachten verminderen. Na een verblijf in een sglvg-instelling kan een cliënt doorstromen naar bijvoorbeeld een RIBW gericht op licht verstandelijk beperkten. Het beveiligingsniveau binnen deze instellingen is gemiddeld. (NZa, 2015a, p. 76)

Penitentiair psychiatrisch centrum (PPC)

Binnen een PPC wordt klinische psychiatrische zorg aan gedetineerden geboden die om diverse redenen niet binnen de reguliere ggz behandeld kunnen worden, bijvoorbeeld omdat sprake is van een groot vluchtgevaar. De gedetineerden worden binnen de PPC's psychiatrisch begeleid, behandeld en gestabiliseerd. Vanuit het PPC wordt bekeken of de cliënt in het kader van een zorgtraject uiteindelijk kan worden doorgeplaatst naar bijvoorbeeld een FPK of een FPA. Het PPC is gehuisvest binnen een penitentiaire instelling en het beveiligingsniveau is dus zeer hoog. (NZa, 2015a, p. 75)

Forensisch Psychiatrische Afdeling/ Forensische Verslavingsafdeling (FPA/ FVA)

Het grootste deel van de populatie in een FPA wordt behandeld voor een psychotische stoornis, al dan niet in combinatie met middelenmisbruik. De behandelduur varieert van drie maanden tot enkele jaren. FPA's zijn opgezet om te fungeren als voorziening tussen de hoger beveiligde zorgaanbieders en de reguliere zorg. Doel is het behandelen van de (gedrags)problematiek en het verminderen van het recidiverisico. In een FVA wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met Justitie. Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. FPA's en FVA's kennen een gemiddeld beveiligingsniveau en zijn minder beveiligd dan FPK's en FVK's. Zij zijn vaak onderdeel van een reguliere ggz-instelling. Na een verblijf in een FPA of FVA kunnen cliënten doorstromen naar een RIBW, woonvormen in de GGZ of naar zelfstandig wonen. (NZa, 2015a, p. 75)

Forensisch Psychiatrische Kliniek/ Forensische Verslavingskliniek (FPK/ FVK)

Een FPK of FVK is een gespecialiseerde voorziening in de geestelijke gezondheidszorg. Over het algemeen is er sprake van een hoog beveiligingsniveau. In een FPK worden cliënten behandeld met ernstige psychiatrische gedragsproblemen en/of een persoonlijkheidsstoornis. Binnen een FVK wordt zorg geboden aan langdurig verslaafden die (veelvuldig) in contact zijn gekomen met Justitie. Naast de problematiek omtrent de verslaving kan er ook sprake zijn van een psychiatrische stoornis. (NZa, 2015a, p. 69)

Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)

Een FPC (tbs-kliniek) behandelt cliënten waaraan een maatregel van tbs met dwangverpleging is opgelegd door de rechter. De behandeling richt zich op alle criminogene factoren; de behandeling van psychische stoornissen en problemen op verschillende levensgebieden (wonen, werk, relaties). Een FPC verpleegt en/of behandelt tbs-clieënten binnen een zeer streng beveiligd kader en/of met een hoog beveiligingsniveau. Ook de behandeling is zeer intensief. Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat het recidiverisico naar een aanvaardbaar niveau wordt teruggebracht. Na verblijf in een FPC kunnen forensische cliënten worden doorgeplaatst naar bijvoorbeeld een FPK of een FPA. Cliënten met blijvend hoog recidiverisico kunnen terechtkomen op een longstay-afdeling. (NZa, 2015a, p. 74)

B.2.2 Begeleiding

B.2.2.1 Begeleiding zonder verblijf

Ambulante begeleiding

Begeleiding die wordt geboden aan iemand met een psychiatrische stoornis, verslaving en/of aan de sglvg(+)-/ lvg-/ vg-doelgroep, zonder dat iemand is opgenomen, bij iemand die thuis woont, of verblijft in een PI, RIBW of vg-verblijf. (DJI, 2014a)

Ambulante dagbesteding

Dagbesteding die wordt geboden aan iemand met een psychiatrische stoornis, verslaving en/of aan de sglvg(+)/lvg/vg-doelgroep, zonder dat iemand is opgenomen, bijvoorbeeld bij iemand die thuis woont of eventueel verblijft in een RIBW of vg-verblijf en dagbesteding nodig heeft om structuur te krijgen of een zinvolle daginvulling. (DJI, 2014a)

B.2.2.2 Begeleiding met verblijf

Regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW)

In een RIBW worden diverse vormen van wonen en begeleiding geboden aan mensen met psychische of psychosociale problemen, al dan niet met een strafrechtelijke titel. RIBW's bieden ondersteuning door het stimuleren van persoonlijke ontwikkeling, bijvoorbeeld door het helpen bij het vinden van werk-/ dagbesteding en het opbouwen van een adequaat sociaal netwerk. Op deze manier wordt niet alleen de justitiabele geholpen, maar worden ook dreigende problemen en overlast voor de maatschappij voorkomen. De geboden ondersteuning kan kort- of langdurend zijn. Het beveiligingsniveau binnen deze instellingen is laag. (NZa, 2015a, p. 76) Een RIBW biedt persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en verblijf. Cliënten wonen beschut/ beschermd, d.w.z. bijvoorbeeld geclusterd of groepswonen, dichtbij of in 'moederhuis', kleinschalige beschermde woonvormen, dependances. Het betreft geen behandelinstelling, maar enkel een verblijfsvoorziening. Bij de zorgverlening zijn geen behandelaren betrokken. (DJI, 2014a)

Tabel B.2 bevat een samenvattend overzicht van de kenmerken van het fz-aanbod naar beveiligingsniveau en doelgroep.

Tabel B.2 Populatie en kenmerken fz naar type en beveiligingsniveau

Type zorg	Niveau beveiliging	Populatie	Kenmerken	Zorgaanbod
Behandeling	Geen	Personen met psychiatrische stoornis, verslaving en/of vg-doelgroep, die niet zijn opgenomen.	Ambulante behandeling, valt uiteen in dagbesteding en behandeling. Geen vrijheidsbeperkende maatregelen.	FPP, FACT ggz, vz sglvg, vgz
	1	Patiënten in klinische zorg die alle vrijheden kunnen hebben. De kans op vluchtgevaar is klein.	Er is sprake van een besloten setting. Binnen het gebouw kunnen patiënten zich vrij bewegen. Binnen een besloten setting is niet altijd een volledig aanbod van behandel-/ therapiefaciliteiten aanwezig	ggz vz
	2 2 laag 2 hoog	Patiënten in klinische zorg die binnen redelijke termijn (6 tot 12 weken) vrijheden kunnen krijgen en (al dan niet met begeleiding de beveiligde setting kunnen verlaten). Patiënten dienen met vrijheden om te kunnen gaan.	Het verschil in 2 laag en 2 hoog betreft de materiële kenmerken van de instelling, bijvoorbeeld door verschil in hoogte van het hek en/of de mate van bewegingsvrijheid. Bij aanvang van de behandeling is sprake van een gesloten setting. Het volledige aanbod van behandel-/ therapiefaciliteiten van de instelling is niet aanwezig binnen een besloten setting.	FPA FVA sglvg(+)
	3	Patiënten in klinische zorg die langere tijd binnen een beveiligde ring moeten verblijven.	Gesloten setting met geringe bewegingsvrijheid. Het volledige behandel- en therapieaanbod is aanwezig binnen beveiligde ring.	FPK FVK
	4	Patiënten in klinische zorg die een gefaseerde, intensieve behandeling en intensief begeleide resocialisatie nodig hebben.	Gesloten setting met zeer hoge materiële en immateriële beveiligingsmaatregelen in combinatie met zeer geringe bewegingsvrijheid. Het volledige aanbod van behandel-, therapie- en recreatieve faciliteiten is aanwezig.	FPC PPC
Begeleiding	Geen	Personen met psychiatrische stoornis, verslaving en/of vg-doelgroep, die thuis wonen of in een p.i., RIBW of vg verblijven.	Ambulante begeleiding. Geen vrijheidsbeperkende maatregelen.	ggz vz sglvg vgz
	Geen	Verblijfszorg zonder behandeling.	Begeleiding varieert van licht tot zwaar. Geen vrijheidsbeperkende maatregelen.	RIBW vgz

Bron (DJI, 2014a), bewerkt

Bijlage 3 Wijzigingen strafrechtelijke titels

Tabel B.3 biedt een overzicht van de strafrechtelijke titels die de grondslag vormen voor fz en de wijzigingen die in de onderzoeksperiode daarin hebben plaatsgevonden, in historische volgorde A tot en met N (zie verder subparagraaf 3.3.1.2).

Tabel B.3 Wijzigingen in strafrechtelijke titels fz naar doelgroep

Doelgroep	Strafrechtelijke titel (nummering zoals in paragraaf 3.3.1.2)	Code wijziging regelgeving
<i>Algemeen</i>		
	1. Art. 37 WvSr (zorg zonder straf, ontoerekeningsvatbaar)	
<i>Ter beschikking gestelden</i>		
	2. Art. 37a jo 37b WvSr (tbs met dwangverpleging)	
	3. Art. 13 Bvt (tijdelijke plaatsing in psychiatrisch ziekenhuis)	
	4. Art. 14 Bvt (overplaatsing naar psychiatrisch ziekenhuis)	
	5. Art. 51 Bvt (tbs met proefverlof)	H
<i>Gedetineerden</i>		
	12. Art. 15 lid 5 Pbw (opname in psychiatrisch ziekenhuis)	
	13. Art. 43 lid 3 Pbw (overplaatsing ivm detentiefasering)	
	15. Art. 38m WvSr (plaatsing in inrichting voor stelselmatige dader)	G
	16. Art. 15 lid 2 Pbw/ art. 5 jo7 Penm (penitentiair programma)	
	17. Art. 15 lid 1 Pbw (interne overplaatsing binnen gevangeniswezen)	
	18. Art. 42 Pbw (poliklinische verrichtingen ggz binnen gevangeniswezen)	
<i>Overige forensische patiënten, met name voorwaardelijk gesanctioneerden</i>		
	6. Art. 196/317 WvSv (plaatsing tbv PJ- rapportage)	
	7. Art. 38g WvSr (voorwaardelijke beëindiging dwangverpleging)	B, H, J
	8. Art. 38a WvSr (tbs met voorwaarden)	J
	9. Art. 14a WvSr (voorwaardelijke veroordeling gevangenisstraf)	
	10. Art. 167/244 WvSv (voorwaardelijk sepot vervolging)	C, I
	11. Art. 80 WvSv (voorwaardelijk schorsen voorlopige hechtenis)	H
	14. Art. 38p WvSr (voorwaardelijke plaatsing in inrichting voor stelselmatige dader)	J
	19. Art. 15a WvSr (voorwaardelijke invrijheidstelling)	D, H, J
	20. Art. 13 Gratw jo. 558 WvSv (voorwaardelijke gratieverlening)	A, E, J, K, L
	21. Art. 257a lid 3 WvSv (strafbeschikking met aanwijzingen)	C, H, J, M, N

Legenda

Code	In werking	Achtergrond (volgens considerans regeling)	Vindplaats
A	1-Dec-2007	EU-richtlijn (wederzijdse erkenning geldelijke sancties)	Stb. 2007, 354
B	1-Jan-2008	Verlenging totale duur voorwaardelijke beëindiging tbs	Stb. 2007, 465
C	1-Feb-2008	Introductie strafbeschikking	Stb. 2006, 330
D	1-Jul-2008	Voorwaardelijke i.p.v. vervroegde invrijheidsstelling	Stb. 2007, 500
E	1-Jun-2009	EU-richtlijn (wederzijdse erkenning confiscatie)	Stb. 2009, 124
F	1-Apr-2010	Rechtsontwikkelingen en internationale verplichtingen	Stb. 2009, 525
G	1-Jul-2010	Internationale verplichting (veroordelingen in buitenland)	Stb. 2010, 200
H	1-Okt-2010	Aanscherpen identiteitscontrole	Stb. 2009, 317
I	1-Jan-2011	Versterken positie slachtoffer	Stb. 2010, 1
J	1-Apr-2012	Voorwaardelijke veroordeling en - invrijheidsstelling (fz bijzondere voorwaarde)	Stb. 2011, 545
K	1-Apr-2012	Invoering rechterlijk gebieds- of contactverbod	Stb. 2011, 546
L	1-Nov-2012	EU-richtlijn (wederzijdse erkenning sancties)	Stb. 2012, 533
M	1-Okt-2013	EU-richtlijn (verplichting tolk)	Stb. 2013, 85
N	1-Apr-2014	Berechting en sanctionering jeugd	Stb. 2013, 485

Bijlage 4 Operationalisering begrippen

B.4.1 Te verklaren variabelen

In deze bijlage wordt per variabele eerst een korte schets gegeven van de literatuur wat betreft definiëring en meetmethode (mede gelet op het equivalentiebeginsel) in de reguliere zorg, alvorens (mede gelet op de beschikbaarheid van gegevens) aan te geven hoe deze in de fz wordt geoperationaliseerd.

B.4.1.1 Volume forensische zorg

In NZa-marktscans met betrekking tot de curatieve en langdurige ggz wordt het volume op verschillende manieren in beeld gebracht. Het volume in de langdurige ggz wordt uitgedrukt in het aantal personen met een intramurale indicatie, het aantal ZZP's (naar type) en het aantal verblijfsdagen (NZa, 2016a, pp. 19, 21, 29, 47). Het volume in de curatieve ggz wordt uitgedrukt in het aantal verpleegdagen (klinisch) en het aantal behandelcontacten (ambulant) per type zorgaanbieder (gebudgetteerd, niet-gebudgetteerd en per deelmarkt) (NZa, 2010b, p. 50; 2012a; 2013a, p. 85). Daarnaast wordt het volume uitgedrukt in relatie tot de DBC-productstructuur, door de relatieve productievolumes per stoornis, het aantal DBC's per patiënt, het aantal DBC's per productgroep en de financiële waarde van de DBC's (al dan niet gecorrigeerd voor tariefswijzigingen) (NZa, 2016a, pp. 29, 36-37).

In NZa-marktscans met betrekking tot de fz wordt het volume uitgedrukt in de financiële omvang van de zorginkoop in mln. naar doelgroep (tbs, gedetineerden, overige fz) en naar bekostigingswijze (DBBC, ZZP) (NZa, 2016c, pp. 25, 27, 29). Aangezien fz pas vanaf 2011 op grond van DBBC's wordt bekostigd (BR/FZ-0012, p. 3), is niet voor de gehele onderzoeksperiode een tijdreeks op basis van DBBC's te maken. Dit kan wel door het zorgaanbod op basis van (voormalige) AWBZ-productieparameters in beeld te brengen, omdat deze indeling is gebruikt bij de inventarisatie achteraf van fz in 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008) en vanaf 2008 door DForZo is overgenomen. Voor behandelzorg geldt een transitieperiode, waarin wordt overgeschakeld van de oude bekostigingswijze naar de nieuwe systematiek op basis van DBBC's, van 2013 tot en met 2015. Voor de begeleiding (bekostiging op basis van ZZP) en dagbesteding (bekostiging op basis van extramurale AWBZ-parameters) is in 2015 zonder transitieperiode overgegaan naar de nieuwe systematiek, maar in deze gevallen is de aansluiting tussen oude en nieuwe zorgcodes bekend.⁴⁰¹ Vergelijkbare gegevens over 2006 zijn te achterhalen op basis van eerder uitgevoerd inventariserende onderzoek (Jongebreur & Goedvolk, 2008). Het aantal patiënten is volgens DForZo in de onderzoeksperiode door ofz-instellingen onvoldoende systematisch geregistreerd waardoor

401. Volgens opgave van DForZo kunnen vanaf 2015 met betrekking tot begeleiding de codes Z320 tot en met Z-473 worden gebruikt in plaats van voorheen BED 6 tot en met BED 8 en VZ2.1 tot en met VZ2.4. De (SGL)VG- budgetparameters SGLVG, VG1 en VG2 zijn vervangen door Z425 tot en met Z473 en de dagbestedingcodes (H121, H129, H140, H144 en F123) door H300, H150 tot en met H153.

deze gegevens, voor zover beschikbaar, onbetrouwbaar zijn.⁴⁰²

Gelet op het voorgaande wordt met het oog op de beschikbaarheid van gegevens in de gehele onderzoeksperiode, met uitzondering van PPC's, het fz-aanbod gerelateerd aan de (voormalige) AWBZ-productieparameters. Het betreft een gedetailleerd systeem, waarbij alleen al voor de ofz in de onderzoeksperiode 225 verschillende zorgcodes zijn gespecificeerd. Het zorgaanbod kan zeker op dit onderliggende niveau als voldoende homogeen worden beschouwd. Om de gegevens inhoudelijk te kunnen interpreteren, is aggregatie en aanvullende codering nodig en mogelijk (zie tabel B.7 in bijlage 8).

Gegevens over het aantal zorgplaatsen in het gevangeniswezen (PPC's) worden achterhaald op basis van inventariserende onderzoeken naar het aantal bijzondere zorgplaatsen in het gevangeniswezen in 2006 (Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008; Van Gemmert & Valstar, 2008) en jaarverslagen van het ministerie van Justitie in latere jaren (vanaf 2009).

Samenvattend wordt met volume de gerealiseerde fz-productie bedoeld, onderscheiden naar doelgroep (ter beschikking gestelden, gedetineerden en overige forensische patiënten) en typen zorgaanbod:

- In de klinische fz wordt het volume uitgedrukt in het gerealiseerd aantal plaatsen (onderscheiden in FPC, FPK, FVK, FPA, FVA, ggz, vz en vgz) en het gerealiseerd aantal verpleegdagen;
- In de ambulante fz wordt het volume uitgedrukt in het gerealiseerd aantal uren (behandeling, begeleiding, dagactiviteiten en thuiszorg/ preventie), het aantal contacten (behandeling), methadonverstrekkingen en patiënten casemanagement.

Bronnen: FPC's: DForZo (informatiesysteem MITS), GW: jaarverslagen Justitie; ofz: (Jongebreur & Goedvolk, 2008) en DForZo/ REPAD (2008 tot en met 2015).

B.4.1.2 Kosten forensische zorg

Als agentschap ontvangt DJI van het kerndepartement een bijdrage voor de inkoop van fz en de organisatie daarvan. De jaarlijkse bijdrage wordt vermeld in de jaarverslagen van het ministerie van Justitie en is te beschouwen als indicatie van de kosten voor fz, inclusief overhead. Aangezien de administratie van DJI is gebaseerd op het baten-lastenstelsel, kunnen diens inkomsten (zoals de betreffende bijdrage) en uitgaven voor fz worden opgevat als opbrengsten en kosten van fz in dat jaar. Daarnaast worden productie- en transactiekosten onderscheiden (paragraaf 2.5).

Productiekosten

De NZa richt zich (in het kader van betaalbaarheid van zorg) op de analyse van volume-, prijs- en omzetontwikkelingen. Voor de omzetontwikkeling wordt aanvankelijk gebruikgemaakt van de budgetgegevens van zorginstellingen die bij de NZa bekend zijn, in latere jaren van aan DBC's gerelateerde uitgaven (NZa, 2012a, pp. 59-78; 2013a, pp. 79-98; 2014a, pp. 47-56; 2016a, p. 26 e.v.). Zoals hiervoor (B.4.1.1) beschreven, is laatstgenoemde niet mogelijk in de

402. In het kader van prestatie-indicatoren fz zijn (alleen) voor de jaren 2014 en 2015 patiëntaantallen gepubliceerd (DJI, 2015, 2016b).

gehele onderzoeksperiode. Met productiekosten van fz wordt daarom bedoeld op de gerealiseerde uitgaven (financiële afrekening van de productie) van DForZo aan fz-instellingen op grond van nacalculatie van de geldende productieparameters. Met het oog op de overgang naar prestatiebekostiging (bij behandelen) heeft DForZo 2013 tot en met 2015 als transitieperiode aangehouden. Vanaf 2016 vindt (volledige) bekostiging plaats op grond van DBBC's (subparagraaf 3.3.2). Het garantiepercentage, dat wil zeggen de mate waarin de budgetomzet meetelt in de transitieomzet, is afgebouwd via respectievelijk 95%, 95% en 70% (NZa, 2013b, p. 25). De op (oude) budgetparameters gebaseerde productiegegevens kunnen om die reden als relatief betrouwbaar worden beschouwd.

Doordat zorgplaatsen in het gevangeniswezen niet worden afgerekend op grond van prestaties (NZa, 2017a, pp. 6-7) en de bekostiging niet via DForZo verloopt, worden hierover realisatiecijfers achterhaald via jaarverslagen van het ministerie van Justitie, wat 2006 betreft gecombineerd met eerdergenoemde inventariserende onderzoeken. Anders dan bij FPC's en ofz gaat het hierbij om kosten inclusief overhead (waaronder het hoofdkantoor van DJI). De realisatiecijfers worden per doelgroep en per type zorg opgeteld weergegeven. Bronnen: FPC's: definitieve subsidieafrekening (DForZo), GW: jaarverslagen Justitie; ofz: (Jongebreur & Goedvolk, 2008) en DForZo/ REPAD (2008 tot en met 2015).

Transactiekosten

Overeenstemming in de literatuur over de vraag wat precies onder transactiekosten moet worden verstaan ontbreekt (Musole, 2009, pp. 46-47). Coase en Williamson, de grondleggers van de transactiekostenbenadering, omschrijven transactiekosten als "costs of running the economic system" (Arrow, 1977, p. 68) respectievelijk "costs of planning, adapting and monitoring task completion" (Williamson, 1981, pp. 552-553).

Wat betreft het meten van transactiekosten onderscheidt Musole (2009, p. 51) een 'objectieve' benadering (zoals in de financiële sector), waarbij wordt getracht de transactiekosten kwantitatief en in absolute zin te meten, van een 'subjectieve' benadering waarbij (bepaalde aspecten van dit) concept en de vergelijkende analyse vooropstaat. Coase en Williamson worden tot deze subjectieve benadering gerekend. Het ontbreken van een eenduidige definitie is daarin een weliswaar ongewenst, maar hanteerbaar knelpunt (Williamson, 1981, p. 574; 1991; 1998a, p. 53).

In aansluiting op Arrow (1977, p. 68) worden transactiekosten hier opgevat als kosten die samenhangen met de organisatie van het (fz-)systeem. Idealiter worden daarbij niet alleen de met zorginkoop samenhangende apparaatskosten van de ano (eerst zorgkantoren, later DForZo) in beeld gebracht, maar ook die van fz-instellingen en brancheorganisaties.⁴⁰³ In

403. In de AWBZ (art. 36) stond dat een zorgverzekeraar en het CAK jaarlijks voor 1 juli aan de NZa een financieel verslag over het voorafgaande kalenderjaar zenden. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen de beheerskosten en de kosten voor verstrekking van zorg en vergoedingen. In de Wlz staat (art. 4.3.1) vergelijkbaar: "Een Wlz-uitvoerder zendt voor 1 juli aan de zorgautoriteit een financieel verslag over het voorafgaande kalenderjaar. Daarin wordt onderscheid gemaakt tussen de beheerskosten en de kosten van verstrekking van zorg en vergoedingen." Dergelijke bepalingen zijn er niet voor DForZo.

eerdergenoemde inventariserende onderzoeken is geen aandacht besteed aan beheerskosten en praktisch gesproken is het, zeker voor zorgkantoren en fz-instellingen, niet mogelijk om dergelijke gegevens achteraf over 2006 in beeld te brengen, omdat fz destijds niet als zodanig werd geregistreerd. Als indicatie voor de omvang van (een deel van) de transactiekosten wordt daarom geprobeerd de transactiekosten te schatten door het verschil te berekenen tussen de voor fz ontvangen bijdrage (opbrengsten) en gerealiseerde uitgaven (productiekosten). Aan sturende actoren en brancheorganisaties wordt daarnaast gevraagd naar de ontwikkeling van met fz gemoeide apparaatskosten en aan fz-instellingen wordt gevraagd of de informatie-uitwisseling met DForZo is toegenomen, vergeleken met voorheen de zorgkantoren.

Samenvattend worden de kosten van fz gemeten door:

- De bijdrage die DJI van het ministerie van Justitie voor fz ontvangt (jaarverslagen);
- Productiekosten (afrekening fz-instellingen op basis van nacalculatie; diverse bronnen);
- Transactiekosten (berekend verschil tussen bijdrage fz en gerealiseerde productiekosten; navragen van op fz betrekking hebbende apparaatskosten van sturende actoren en brancheorganisaties; informatie-uitwisseling met fz-instellingen).

B.4.1.3 Doelmatigheid/ tarieven forensische zorg

Aangezien de effecten van beleid zoals recidivevermindering en daarmee de doelmatigheid van beleid (allocatieve efficiëntie) niet kunnen worden onderzocht (paragraaf 1.3 en subparagraaf 4.4.1), wordt doelmatigheid hier opgevat als de verhouding tussen de ingezette middelen (transactie- en productiekosten) en de daarbij geleverde prestaties (omvang en kwaliteit) van fz. Daarbij zijn verschillende benaderingen mogelijk. In de literatuur gebeurt dit door bijvoorbeeld de kostenfuncties van instellingen te schatten en de afwijkingen ten opzichte van de beste praktijk (de grenskostenfunctie ofwel frontier) als kostenondoelmatig op te vatten (Schut & Rutten, 2009, pp. 184-200; Blank, Van Hulst & Wilschut, 2012, p. 27 e.v.), door behandelprogramma's te vergelijken wat betreft de kosten (menskracht, geld) en opbrengsten (gezondheidsverbetering, kwaliteit van leven) (Schut & Rutten, 2009, pp. 219-241; ZonMw, 2011), door de verhouding tussen de output en input van de productie te analyseren (De Vries, 1992, pp. 95-96; Pollitt & Bouckaert, 2000, pp. 12-13; Mol, 2008, p. 102) of, op stelselniveau, door het behalen van de systeemdoelen van gezondheidszorg⁴⁰⁴ te relateren aan de inzet van zo min mogelijk middelen (Schut & Rutten, 2009, pp. 300-302; Van den Berg et al., 2014). In het laatste geval wordt, in het kader van internationale vergelijking van zorgstelsels, de (mate van) doelmatigheid berekend door de behaalde effectiviteit, gegeven een bepaalde hoeveelheid middelen, te vergelijken met de maximaal haalbare effectiviteit ('uitkomstgeoriënteerde efficiëntie') of, omgekeerd, door de gebruikte middelen te vergelijken met de minimaal benodigde hoeveelheid middelen om een bepaald niveau van effectiviteit te bereiken ('middelengeoriënteerde efficiëntie').

404. De WHO identificeert vijf ultieme systeemdoelen in de gezondheidszorg: het realiseren van meer gezondheid, minder gezondheidsongelijkheid, betere klantervaringen, minder ongelijkheid in klantervaringen en een rechtvaardige verdeling van middelen. Een sterke basis voor bepaling van de gewichten (weging) van doelen ontbreekt echter (Schut & Rutten, 2009, pp. 300-301).

De NZa richt zich wat doelmatigheid van de ggz betreft op doelmatige zorginkoop en inzicht in doelmatigheid en effectiviteit door routine outcome monitoring (NZa, 2012a, pp. 77-78; 2014b, pp. 9, 57; 2014a, p. 56). Om tot kostenbeheersing te komen, worden zorgkantoren geacht doelmatig zorg in te kopen. Kortingen op de door de NZa geadviseerde tarieven voor langdurige ggz geven volgens de NZa een beeld van de doelmatigheid van de zorginkoop door zorgkantoren.

Wat de fz betreft richt de NZa zich (in het kader van betaalbaarheid) op de ontwikkeling van prijzen (NZa, 2015a, pp. 29-38) maar toont zich, anders dan bij de langdurige ggz, bezorgd over de lage (DBBC-)tarieven die DForZo bij de zorginkoop hanteert in vergelijking met de NZa-tarieven (NZa, 2016c, pp. 19-21). Verder presenteert de NZa door Justitie ontwikkelde 'prestatie-indicatoren doelmatigheid' in verband met (vermindering van) de behandelduur voor tbs als indicatoren voor kwaliteit.⁴⁰⁵ Het RIVM toont, veelal gebruikmakend van beschikbaar onderzoek, diverse indicatoren voor zorguitgaven (6) en doelmatigheid (10), zoals het percentage collectieve uitgaven besteed aan gezondheidszorg, productiviteit in ggz en gemiddelde ligduur in ziekenhuizen (Van den Berg et al., 2014, p. 240). Hierbij wordt geen (afzonderlijke) aandacht besteed aan fz. Van den Berg et al. (2014, p. 237) concluderen dat een eenduidige indicator voor doelmatigheid van niet voorhanden is: "Essentiële elementen voor het beoordelen van doelmatigheid zijn: de prestaties op de doelen van het zorgsysteem, de waarden van deze doelen en de middelen die hiervoor worden ingezet".

Gelet op het voorgaande wordt in deze studie een set indicatoren (kengetallen)⁴⁰⁶ gebruikt om de ingezette middelen (uitgaven, productie- en transactiekosten) en prestaties (volume, kwaliteit) in onderlinge samenhang te (kunnen) bezien. Vergelijking van ontwikkelingen in de fz voor en na de stelselwijziging (en voor zover mogelijk met de reguliere zorg) geven gezamenlijk een beeld van de doelmatigheid van fz in de onderzoeksperiode (en in vergelijking met de ggz). Een belangrijk (type) indicatoren betreft de gerealiseerde tarieven, die wordt berekend als quotiënt van de productiekosten en het -volume per type fz.⁴⁰⁷ Vanwege de consistente en fijnmazige budgetteringsstructuur zijn de volumes en kosten per zorgcode in de loop van de tijd goed vergelijkbaar (zie voorgaande paragrafen). Vanwege het grote aantal zorgcodes is echter aggregatie op een hoger niveau (codering naar type zorg en doelgroep) nodig om hier zinvol over te kunnen rapporteren (zie bijlage 8 en paragraaf 5.8).

405. Het betreft voor FPC's ontwikkelde 'prestatie-indicatoren doelmatigheid': percentages ter beschikking gestelden die binnen de genormeerde tijdsduur (2/4/6/8 jaar) aan de volgende fase van behandeling beginnen (begeleid verlof/ onbegeleid verlof/ transmuraal verlof/ proefverlof) (NZa, 2015a, pp. 19, 39).

406. Voor de voor- en nadelen van doelmatigheidskengetallen – in de praktijk een vaak gebruikte methode – zie <http://www.rijksbegroting.nl/beleidsevaluaties/evaluaties-en-beleidsdoorlichtingen/handreiking-beleidsdoorlichtingen/het-meten-van-doelmatigheid>, geraadpleegd november 2018.

407. Schatting van kostenfuncties van fz-instellingen is niet haalbaar, omdat hiervoor inzicht is vereist in de met fz-productie samenhangende kosten. De beschikbare gegevens hebben op instellingsniveau betrekking op vergoeding en niet op de kosten in verband met fz. De NZa is bezig met onderzoek naar de kostprijzen: <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2018/09/03/nza-begint-kostprijsonderzoek-in-ggz-en-forensische-zorg>, geraadpleegd december 2018.

Samenvattend wordt de doelmatigheid van fz gemeten door een set van indicatoren, om de ingezette middelen (programma-uitgaven, productie- en transactiekosten) en de prestaties (volume en kwaliteit) in de fz in onderlinge samenhang te (kunnen) bezien.

B.4.1.4 Kwaliteit forensische zorg

De kwaliteit van fz heeft betrekking op zorg- en beveiligingsaspecten. Vanwege de aanleiding tot de stelselwijziging fz (motie-Van de Beeten, zie paragraaf 1.1) vormt de aanwezigheid van overgangsproblematiek tussen het justitie- en het zorgdomein of, positief geformuleerd, de continuïteit van zorg tussen beide domeinen een belangrijk aandachtspunt van kwaliteit. Het equivalentiebeginsel is relevant voor zowel de zorgaspecten als de interne veiligheid (bij opname in een zorginstelling) van fz. De externe beveiliging (dat wil zeggen het insluiten van een persoon met het oog op beveiliging van de samenleving en het voorkomen van herhalingscriminaliteit) is in de reguliere zorg echter niet aan de orde.

Zoals in paragraaf 1.3 reeds is aangegeven, blijft effectmeting in termen van recidive, een mogelijke indicator voor externe veiligheid, buiten beschouwing. Dit vanwege de (te) lange termijn waarop recidive-effecten zichtbaar worden,⁴⁰⁸ omdat recidive niet alleen van fz maar van vele factoren in de strafrechtketen afhankelijk is (zoals screening, gedragsinterventies, nazorg, toezicht) en vanwege registratie-effecten (Wartna et al., 2014, p. 5; Wartna et al., 2016, p. 8).

De IGZ houdt in de gehele onderzoeksperiode toezicht op de kwaliteit van zorg, zowel wat betreft de reguliere zorg als de fz (zie hoofdstuk 3). Ggz-aanbieders zijn vanaf 2008 verplicht om prestatie-indicatoren aan te leveren, met als doel de transparantie van de geleverde zorg te verbeteren. De stuurgroep Zichtbare zorg is belast met de ontwikkeling van deze prestatie-indicatoren. Vanaf 2013 ligt deze taak bij het Zorginstituut Nederland (NZa, 2010b, p. 27; 2014b, p. 43). De gegevens worden aangeleverd bij de Stichting Benchmark GGZ (SBG) die vanaf 2011 drie benchmarks ontwikkelt: (1) de mate waarin voor- en nametingen zijn toegepast (de respons), (2) de behandel-effecten, en (3) hoe de patiënt de behandeling en de bejegening heeft ervaren (CQ-index) (NZa, 2014b, p. 89).

De NZa onderscheidt met betrekking tot de kwaliteit van de reguliere ggz de daadwerkelijke kwaliteit waarop IGZ toezicht houdt, de transparantie van zorg en de transparantie van keuze

408. Aan het einde van de fase van dataverzameling (voorjaar 2018) hebben de meest recente recidivecijfers vanwege de voor recidive benodigde *period at risk* en rapportagertermijn, betrekking op personen die in 2013 uitstroomden (voor ISD'ers is dit 2010) (<https://wodc-repris.nl/Repris.html>, geraadpleegd maart 2018). Bij ter beschikking gestelden en ISD'ers wordt vanwege de beperkte aantallen gewerkt met cohorten van vier jaar. Dat wil zeggen dat de meest recente gegevens op dat moment betrekking hebben op ter beschikking gestelden die in de periode 2009-2013 uitstroomden en op ISD'ers die in 2006-2010 uitstroomden. Rekening houdend met de destijds geldende behandelduur (tbs in 2013 gemiddeld tien jaar (VenJ et al., 2013, p. 5) respectievelijk ISD maximaal twee jaar) hebben de beschikbare recidivecijfers dus voornamelijk betrekking op een populatie die voorafgaand aan of aan het begin van de onderzoeksperiode instroomde. In het kader van deze studie zijn deze derhalve niet zinvol te interpreteren. Eind 2018 zijn de eerste recidivemetingen beschikbaar gekomen voor fz in detentie en ofz. Deze hebben (enkel) betrekking op de uitstroom in 2013 en 2014 en volgens de onderzoekers lastig eenduidig te interpreteren (Drieschner, Hill & Weijters, 2018, pp. 54-57, 69).

informatie (NZa, 2012a, p. 51; 2014b, p. 41). Indicatoren die de NZa in deze beginjaren hanteert in verband met de kwaliteit, zijn: het aantal aanbieders onder (verscherpt) toezicht van de IGZ, het aantal behaalde kwaliteitskeurmerken en het aantal instellingen dat de kernset prestatie-indicatoren aanlevert (NZa, 2012a, pp. 52-53; 2013a, p. 63). In 2015 bestaat de prestatie-indicatorenset uit: behandel-effecten (ROM), cliëntervaring (CQ-index), veiligheid (IGZ) (NZa, 2015c, p. 44).⁴⁰⁹

Sinds 2011 wordt in opdracht van GGZ Nederland, en gefinancierd door DJI/ DForZo, door de instellingen van het Forensisch Netwerk gewerkt aan het Programma KFZ.⁴¹⁰ In dat kader worden voor specifieke doelgroepen behandelmethoden en protocollen (door)ontwikkeld, geëvalueerd en verspreid. IGZ houdt toezicht op de kwaliteit en interne veiligheid van fz en IVenJ op de interne veiligheid en externe beveiliging ervan. Onder projectleiding van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) wordt in overleg met brancheorganisaties, fz-aanbieders en beroepsverenigingen de jaarlijkse set prestatie-indicatoren (door)ontwikkeld (DJI, 2016b, p. 4). DForZo hanteert een budgetkorting als de aanbieder geen gegevens aanlevert of niet voldoet aan een of meerdere gestelde normen (NZa, 2015a, p. 9). Uit navraag bij desbetreffende instanties blijkt dat de betreffende data noch aan het EFP noch, anders dan bij de reguliere ggz, aan SBG of Vektis worden aangeleverd. DJI rapporteert dat de ernst van de problematiek door fz-instellingen niet (volledig) systematisch wordt geregistreerd (DJI, 2016b). De NZa schenkt in de marktscan fz 2014 aandacht aan verschillen in (zorgtrajecten voor de) fz- en ggz-populatie (NZa, 2015a) en aan de continuïteit van zorg (NZa, 2017b).⁴¹¹ IVenJ heeft, anders dan de IGZ, geen bevoegdheid om een corrigerende maatregel te nemen (waarvan een vergelijking van aantallen op jaarbasis een indruk zou kunnen geven van knelpunten in relatie tot de veiligheid van fz). Geconcludeerd wordt dat, vanwege het ontbreken van gegevens aan het begin van de onderzoeksperiode, ontwikkelingen over de gehele onderzoeksperiode alleen via interviews in beeld zijn te brengen.

Gelet op het voorgaande wordt de kwaliteit van fz gemeten door:

- interviews van taakverantwoordelijken (IGZ, IVenJ en NZa) in verband met hun (zoveel mogelijk te onderbouwen) expertoordeel over de kwaliteit van zorg, de interne en externe veiligheid, beveiliging en transparantie van fz;
- kwantitatieve analyse van in DBBC's geregistreerde behandel-effecten tussen 2010 en 2015, voor zover via de NZa verkrijgbaar;
- beschikbare gegevens over continuïteit van zorg na afloop van strafrechtelijke titel;
- cliëntervaringen, voor zover via DForZo, NZa of fz-instellingen verkrijgbaar.

409. Zie voor gehele indicatorenset <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/ggz/Paginas/Home.aspx>, geraadpleegd augustus 2017.

410. In het Forensisch Netwerk zijn alle (typen) instellingen uit het veld vertegenwoordigd, te weten: FPC's, FPK's, FPA's, FPP's, FVK's, FVA's, sglvg, RIBW's. Sinds 2015 zijn ook de Federatie Opvang, VGN en de PPC's aangesloten bij KFZ (<https://www.kfz.nl/over-kfz/opdrachtgever>, geraadpleegd juni 2017).

411. Hieruit blijkt onder meer dat van de zorgaanbieders 17% knelpunten ervaart in de doorstroom vanuit tbs naar de ofz en dat 47% van de patiënten na de straf uitstroomt naar de reguliere zorg in de Zvw en de langdurige zorg (NZa, 2016c, pp. 48-49).

B.4.1.5 Toegankelijkheid forensische zorg

De NZa houdt toezicht op toegankelijkheid van zorg en richt zich bij de reguliere zorg zowel op fysieke toegankelijkheid (reisafstand, wachttijden en aantallen wachtenden) als financiële toegankelijkheid (eigen bijdragen en restitutie niet-gecontracteerde zorg) (NZa, 2012a, p. 55; 2013a, p. 71; 2014b, p. 45; 2014a, p. 57; 2016a, pp. 5, 51-62). De wachttijden worden onderscheiden in aanmeld- en behandelwachttijd en zijn in overleg tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars genormeerd (Treeknormen).

Wat de fz betreft, besteedt de NZa aandacht aan fysieke toegankelijkheid (capaciteitsontwikkelingen, aanmeld- en behandelwachttijden en toegankelijkheid van ggz na fz) (NZa, 2013a#35 e.v.; 2013b, p. 49 e.v.; 2015a, p. 45 e.v.; 2016c, p. 34 e.v.; 2017c, 2017b), maar niet aan financiële toegankelijkheid die (alleen) bij fz-patiënten die in een ofz-instelling verblijven aan de orde is.⁴¹² Voor plaatsing in de fz gelden drie criteria (DForZo, 2013, pp. 33-34):

- De zorg moet passen bij de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak uit de indicatiestelling;
- De locatie van de te bieden zorg moet bereikbaar zijn voor de justitiabele en vallen binnen diens leefomgeving;⁴¹³
- Uitvoering van de zorg moet tijdig plaatsvinden.

Indicatoren over bereikbaarheid, passendheid en tijdigheid voor de ofz zijn nog in ontwikkeling (NZa, 2015a, p. 45). Voor deze studie is verder de constatering van de NZa relevant dat de meest voorkomende stoornissen in de fz en de ggz verschillen: in de ggz gaat het om depressie (13%) en angststoornissen (10%), terwijl dit in de fz middelenafhankelijkheid (24%) en persoonlijkheidsstoornis (15%) betreft (NZa, 2015a, p. 52). Dit roept de vraag op of de in de ggz meest voorkomende stoornissen (depressie en angststoornis) in de fz minder vaak voorkomen dan wel dat justitiabelen met deze problematiek minder vaak worden gesignaleerd of voor behandeling in aanmerking komen (bijvoorbeeld wanneer dit niet tot delictrisico leidt). Vanaf verslagjaar 2015 wordt aandacht besteed aan patiëntervaringen over de (voortgang van de) behandeling of begeleiding (NZa, 2017c, p. 31).

Toegankelijkheid van fz wordt in deze studie, gelet op het voorgaande, gezien vanuit zowel het perspectief van de samenleving (namens deze het ministerie van Justitie) als van het individu (de zorgbehoevende justitiabele). In verband met haalbaarheid van het onderzoek wordt dit

412. Sinds de inwerkingtreding van het Ibfz geldt een eigen bijdrageregeling fz voor cliënten die in een ofz-instelling (zoals FPA, FPK en RIBW) verblijven (artikel 4). Aangezien zij recht (kunnen) hebben op een uitkering wordt hen, net zoals in de reguliere zorg gebruikelijk is, een eigen bijdrage Zorg met Verblijf in rekening gebracht, die door zorgverzekeraar VGZ wordt berekend en geïnd. Gedetineerden en ter beschikking gestelden kunnen zolang ze zijn ingesloten geen uitkering ontvangen. Aan hen wordt geen eigen bijdrage gevraagd.

413. Het handboek fz meldt: "Zorgverlening in de regio is leidend, omdat dit de optimale omstandigheden biedt voor een resocialisatietraject, bijvoorbeeld vanwege een langdurig zorgcontact met een therapeut, aansluiting bij de reguliere zorg of een ondersteunend sociaal netwerk. Er kunnen redenen zijn om af te wijken van 'bereikbare' zorg, bijvoorbeeld vanwege belangen van het slachtoffer of omdat het wenselijk is om de justitiabele gedurende langere tijd uit zijn sociale systeem te halen. Tevens heeft een aantal hoog beveiligde klinieken een landelijke functie." (DForZo, 2013, pp. 33-34).

toegespitst op de (ontwikkeling van) wachttijden, die vanuit zowel justitieperspectief als het perspectief van de patiënt van belang zijn. Vanuit justitieperspectief is, gelet op de aanleiding tot stelselwijziging, daarnaast relevant in welke mate fz in vonnissen ten uitvoer wordt gelegd. Hiervoor is een indicator geformuleerd waarmee DJI aan het ministerie van Justitie verantwoording aflegt met betrekking tot voldoende fz-capaciteit (NZa, 2015a, p. 43). De betreffende gegevens bleken echter niet beschikbaar.⁴¹⁴ De toegankelijkheid van fz wordt verder onderzocht door waar mogelijk professionals in het gevangeniswezen, het NIFP en de reclassering, die in de onderzoeksperiode zijn belast met de plaatsing van justitiabelen in fz, te bevragen over hun ervaringen. Met het oog op het patiëntperspectief wordt de beschikbare informatie over patiëntervaringen in beeld gebracht en wordt nagegaan of enkele essentiële keuzemogelijkheden voor patiënten in de reguliere zorg, zoals het zelf kunnen kiezen van een zorgaanbieder of de mogelijkheid om een second opinion aan te vragen, in de fz bestaan.

Samenvattend wordt de fysieke toegankelijkheid van fz gemeten door:

- normen voor aanmeld- en behandelwachttijd tbs, gw, ofz (DJI);
- aantal tbs-passanten en gemiddelde wachttijd 2006-2015 (DForZo);
- aanmeld- en behandelwachttijd gw en ofz (DJI en NZa);
- (ervaringen professionals in strafrechtketen, zoals reclassering, selectiefunctionarissen en NIFP met betrekking tot toegankelijkheid bleek niet haalbaar)
- cliëntervaringen (DForZo en NZa);
- zelf kunnen kiezen van zorgaanbieder door patiënt en mogelijkheid van second opinion (NZa en interviews).

B.4.1.6 Equivalentie forensische zorg

Het nationaal en internationaal (beleidsmatig) aanvaarde equivalentiebeginsel houdt in dat de zorg aan justitiabelen (tenminste) gelijkwaardig dient te zijn aan de zorg in de vrije samenleving (WHO, 2007, pp. 7,12; TK, 2009-2010d, p. 12; WHO, 2014, pp. 2, 6). De NZa (2017c) hanteert vanaf 2016 'gelijkheid' als een van de dimensies van zorgkwaliteit: "bij het leveren van zorg mogen ras, etniciteit, geslacht, locatie en inkomen geen rol spelen". Het RIVM ging reeds eerder in op gelijke (toegankelijkheid van) zorg en vat dit vanuit oogpunt van rechtvaardigheid en doelmatigheid ruim op (Westert, Berg, Koolman & Verkleij, 2008):

Whitehead (1991) omschrijft gelijke toegankelijkheid als: gelijke toegang én gelijk gebruik van zorg bij gelijke behoefte, maar ook als gelijke kwaliteit van zorg voor iedereen. Gelijke kwaliteit van zorg betekent dat deze niet mag variëren vanwege persoonsgebonden kenmerken zoals leeftijd, etniciteit, sociaaleconomische status of geografische locatie. (Whitehead, 1992; AHRQ, 2004). Kwalitatief goede zorg houdt dus in dat de zorg aangepast is aan de omstandigheden en mogelijkheden van de patiënt. Dat kan inhouden dat voor bepaalde groepen patiënten bijvoorbeeld meer hulpverleningscontacten en meer uitleg nodig is om hetzelfde resultaat te bereiken. (Westert et al., 2008, p. 115)

In de Zorgbalansen 2008 en 2015 besteedt het RIVM aandacht aan gelijke zorg bij gelijke behoefte (Westert et al., 2008, pp. 115-121; Van den Berg et al., 2014, pp. 291-305), maar

⁴¹⁴. Uit navraag bij DForZo blijkt dat deze verantwoordingsindicator niet daadwerkelijk is gebruikt, omdat de hiervoor noodzakelijke gegevens ontbreken.

gaat daarbij niet in op de forensische populatie (zie ook subparagraaf 4.5.3).

Gelet op het voorgaande worden de ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en tarieven van fz waar mogelijk vergeleken met de ontwikkelingen in de reguliere zorg. Met respondenten (bestuurders en behandelaren uitvoerende organisaties, brancheorganisaties, NZa, inspecties) worden eventuele verschillen in (kwaliteit van) behandeling en toegankelijkheid tussen forensische en reguliere zorg besproken en op grond van beschikbaar onderzoek in beeld gebracht. Voor de toegankelijkheid van zorg wordt de vrije toegang voor patiënten in de reguliere zorg, zoals die in de Zvw en AWBZ (art. 10) en latere Wlz is vastgelegd, als referentiepunt gehanteerd en gevolgd door vragen over consequenties van het ontbreken van een vergelijkbare bepaling in de fz voor de duur (en daarmee de kosten) en de effectiviteit van de behandeling. Naar aanleiding van de constatering in subparagraaf 4.4.1 dat de fz niet is aangesloten op in de reguliere zorg in gang gezette initiatieven met het oog op verbetering van de (transparantie van) kwaliteit en toegankelijkheid van de geleverde zorg (zoals SBG en Vektis),⁴¹⁵ wordt ook aan de sturende actor op operationeel niveau naar de achtergrond hiervan gevraagd.

B.4.2 Verklarende, theoretische variabelen

B.4.2.1 Aantal principalen

Beschrijving:

Een principaal is in paragraaf 2.3 omschreven als een persoon die met een ander persoon, de agent, een contract sluit om namens de principaal een dienst te verrichten, waarbij deze agent enige beslissingsruimte heeft. Met de term agent, algemener aangeduid als uitvoerende actor, wordt in deze studie bedoeld op zorgaanbieders (subparagraaf 3.2.3). Figuur 4.1 laat zien dat dezelfde actor zowel de rol van principaal als van agent kan vervullen en op welke (vier) posities als onderzoeksobjecten wordt ingezoomd. Een behandelaar in een zorginstelling wordt als uitvoerende actor op operationeel niveau beschouwd en een bestuurder van een zorginstelling als uitvoerende actor op strategisch niveau. Hoewel er ook een principaal-agentrelatie tussen beide bestaat, worden beiden hiermee beschouwd als agent. Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor principalen op operationeel en strategisch niveau. Met principaal (algemener aangeduid als sturende actor) op operationeel niveau wordt bedoeld op personen in organisatie(s) die operationeel verantwoordelijk zijn voor de zorginkoop en daarmee voor de contractrelaties met zorginstellingen. De ambtelijke leiding van de ministeries van VWS en Justitie wordt gezien als principaal op strategisch niveau. De (contract)relatie in enge zin heeft betrekking op de relatie tussen de fz-instelling (uitvoerende actor) en de organisatie die verantwoordelijk is voor de zorginkoop (sturende actor op strategisch en operationeel niveau). Via deze directe sturingsrelatie kan de uitvoerende actor, gelet op de specifieke verdeling van bevoegdheden en verantwoordelijkheden, met meer dan één sturende actor te maken hebben (sturing in ruime zin, zie ook (Legrain & Auwers, 2006, p. 30)). Ervan uitgaand dat verschillen tussen organisaties van wezenlijker belang zijn dan tussen personen binnen organisaties,

415. Bijna alle zorgaanbieders voeren periodiek patiënttevredenheidsonderzoeken uit, voornamelijk op basis van de CQ-index (NZa, 2017c, p. 28).

wordt het aantal principalen hier opgevat als het aantal organisaties dat, in enge en ruime zin, in de aansturing van fz-instellingen een rol speelt.

Methode:

Het bij respondenten (bestuurders uitvoerende actoren en brancheorganisaties) navragen en tellen van het aantal sturende actoren op macro- en mesoniveau waarmee zorginstellingen (voor en na de stelselwijziging) te maken hebben.

Op microniveau zijn per strafrechtelijke titel wisselende actoren betrokken die namens de minister belast zijn met bepaalde beslissingsbevoegdheden (zie subparagraaf 3.3.3).

Aangezien deze het casusniveau (de fz-patiënt) en niet de sturing van fz-instellingen betreffen, zijn zij in dit verband niet als principaal aan te merken en blijven buiten beschouwing.

B.4.2.2 Aantal actoren

Beschrijving:

Het aantal sturende en uitvoerende organisaties in de fz (zie subparagraaf B.4.2.1).

Methode:

De som van het aantal organisaties dat in enge en ruime zin bij de aansturing van fz-instellingen is betrokken (subparagraaf B.4.2.1) en het aantal fz-instellingen, gebaseerd op zorginkoopgegevens. De per strafrechtelijke titel wisselende actoren die op microniveau namens de minister belast zijn met bepaalde taken en beslissingsbevoegdheden op casusniveau (de fz-patiënt) blijven, mede gelet op de haalbaarheid van het onderzoek, buiten beschouwing.

B.4.2.3 Economische rechten sturende actoren

Beschrijving:

Economische rechten (property rights) zijn in paragraaf 2.2 gedefinieerd als "in regelgeving of gewoonten maatschappelijk geaccepteerde rechten van een actor om een bron (zoals fz) te exploiteren, de rechten van derden (zoals justitiabelen of burgers) ten aanzien van die bron te reguleren en daarvan de effecten te ondervinden". Economische rechten hebben betrekking op de zeggenschap en het belang van een actor bij een bron. Met zeggenschap wordt, aansluitend op de uitgangspunten in de NIE, bedoeld op de feitelijke invloed op een bepaald onderwerp, op grond van formele bevoegdheden of informeel gegroeide praktijk. Het belang van (sturende) actoren bij fz hangt samen met de effecten die zij hieromtrent (kunnen) ondervinden. Voor een toelichting op het begrip sturende actor wordt verwezen naar subparagraaf B.4.2.1.

Methode:

Met respondenten (sturende actoren, bestuurders uitvoerende organisaties en brancheorganisaties) wordt aan de hand van stellingen besproken of er een verschil in zeggenschap en belang is tussen de ministers van VWS en Justitie, of andere actoren namens hen (zie subparagraaf B.4.2.1), met betrekking tot fz. Wat zeggenschap betreft wordt gefocust op onderwerpen die de productie van fz raken, zoals het kunnen beïnvloeden van de instroom, behandeling of begeleiding, duur, innovatie, tarieven en samenstelling van het bestuur in een

fz-instelling. Wat belang betreft worden de stellingen gericht op het (kunnen) ondervinden van de consequenties van de beslissingen van de ministers. Voor zover volgens respondenten verschillen zich voordoen wordt, mede met het oog op triangulatie van bronnen, gevraagd of deze verschillen op formele of informele instituties (of een combinatie daarvan) zijn gebaseerd. Voor zover gewezen wordt op verschillen in formele bevoegdheden, worden deze getoetst. Voor deze volgorde is gekozen om de vergelijking van formele bevoegdheden zo gericht mogelijk te laten plaatsvinden.

B.4.2.4 Economische rechten uitvoerende actoren

Beschrijving: economische rechten van uitvoerende actoren hebben, net zoals die van sturende actoren hiervoor, betrekking op hun zeggenschap en belang bij fz. Bestuurders en behandelaren van fz-instellingen worden als uitvoerende actoren op strategisch respectievelijk niveau opgevat (zie verder subparagrafen B.4.2.1 en B.4.2.3).

Methode:

Met respondenten (sturende actoren, bestuurders en behandelaren fz-instellingen en brancheorganisaties) wordt aan de hand van stellingen besproken of er na de stelselwijziging een verschil in zeggenschap is met betrekking tot fz, in vergelijking met voorheen. Wat zeggenschap betreft, wordt (met uitzondering van zeggenschap van de ministers over het fz-budget) gevraagd naar dezelfde onderwerpen die de productie van fz raken, zoals het kunnen beïnvloeden van de instroom, behandeling of begeleiding, duur, innovatie, tarieven en samenstelling van het bestuur in een fz-instelling. Wat belang betreft, worden de stellingen gericht op de onderlinge afhankelijkheid in de fz, mede gelet op de publieke aandacht bij incidenten. Om een indruk te krijgen of investeringen van zorginstellingen in verband met fz-voorzieningen ook daarbuiten inzetbaar zijn (asset specificity, zie (Williamson, 1981, p. 555)), wordt gevraagd naar de mogelijkheden en voorwaarden die respondenten ervaren om het fz-aanbod om te vormen naar reguliere zorgvormen en omgekeerd (taakspecialisatie). Tot slot worden verschillen in financieel belang van fz voor fz-instellingen in de onderzoeksperiode gemeten door enerzijds de ontwikkeling van de productiekosten van de fz-instellingen die in 2006 fz leverden (op basis van zorginkoopgegevens) en anderzijds door de ontwikkeling van het aandeel fz in de zorginstelling waarvan deze deel uitmaakt (navragen bij respondenten).

B.4.2.5 Opdracht om kosten te besparen

Beschrijving:

Formeel is de Staten-Generaal de opdrachtgever van de minister(s) van VWS en Justitie. In de praktijk gaat het om een samenspel tussen de Staten-Generaal en de regering, die de begrotingsvoorstellen voorbereidt. Het ministerie van Financiën, met name het Directoraat-generaal Rijksbegroting, heeft hierbij een departementsoverschrijdende, coördinerende taak. Als voormalig voorzitter van de commissie Houtman die mede aanleiding vormde voor de stelselwijziging fz, wordt de (voormalige) vertegenwoordiger van de IRF (onderdeel van genoemd directoraat-generaal) hier als (plaatsvervangend) opdrachtgever namens de Staten-Generaal beschouwd, dan wel (tenminste) als actor met beschikking over informatie met betrekking tot een eventuele opdracht tot kostenbesparing in het kader van de stelselwijziging

fz. Een dergelijke opdracht aan de minister kan, al dan niet op termijn, worden doorberekend naar organisatieonderdelen binnen Justitie (zoals DJI) of het veld (zoals fz-instellingen).

Methode:

De opdracht om in het kader van de stelselwijziging fz kosten te besparen wordt besproken met de bij deze wijziging betrokken vertegenwoordiger van de IRF (verder aangeduid als opdrachtgever sturende actoren ofwel OSA) en met sturende actoren op strategisch en operationeel niveau, bestuurders van zorginstellingen en vertegenwoordigers van brancheorganisaties. Op deze wijze wordt langs verschillende wegen getoetst of sturende en uitvoerende actoren een opdracht hebben ervaren om kosten te besparen.

B.4.2.6 Verschil in doelen (sturende) actoren

Beschrijving:

De (mate van) consensus over de met fz na te streven doelen tussen sturende actoren, tussen sturende en uitvoerende actoren en tussen uitvoerende actoren. Zowel volgens de netwerkbenadering als bij de principaal-agentbenadering vermindert een verschil van doelen tussen actoren de doelmatigheid van handelen.

Methode:

Met respondenten uit het hele netwerk (opdrachtgever sturende actoren, sturende en uitvoerende actoren op strategisch en operationeel niveau, brancheorganisaties, NZa en IGZ) wordt besproken of actoren na de stelselwijziging meer dan voorheen eigen of gezamenlijke doelen nastreven en hetzelfde verstaan onder een kernbegrip zoals toegankelijkheid van zorg. De vraag naar verschillen in doelen tussen fz en de reguliere zorg komt, is bij subparagraaf B.4.1.6 (equivalentie van zorg) aan de orde gekomen.

B.4.2.7 Centralisatie van sturing

Beschrijving:

Toename van sturing op centraal niveau, waarbij de relatie tussen sturende en uitvoerende actoren (fz-instellingen) meer dan voorheen door één centrale organisatie wordt bepaald.

Methode:

DForZo is na de stelselwijziging ingericht om via zorginkoop de activiteiten van fz-instellingen te coördineren en aan te sturen en is in die zin te beschouwen als centrale ano (zie hierna). Aan contactpersonen bij VWS en DForZo is gevraagd welke van de in paragraaf 3.3 beschreven organisaties (CVZ, zorgkantoren, College Bouw, College Sanering) in 2006 een met DForZo vergelijkbare rol had(den). Daarnaast wordt aan respondenten (sturende actoren, bestuurders van fz-instellingen en brancheorganisaties) vanuit verschillende perspectieven gevraagd naar hun ervaringen (zie ook subparagrafen B.4.2.1 en B.4.2.9).

B.4.2.8 Sturing vanuit zorg- en strafrechtketen

Beschrijving:

Betrokkenheid van actoren namens VWS en/of Justitie in hun sturingsrelatie met fz-instellingen.

Methode:

Met respondenten (sturende actoren, bestuurders van fz-instellingen en brancheorganisaties) wordt besproken of fz-instellingen na de stelselwijziging meer dan voorheen te maken hebben met sturende actoren namens VWS en/of Justitie (zie ook subparagraaf B.4.2.1). Daarnaast wordt gebruikgemaakt van de beschrijving van de organisatie en regelgeving op fz-terrein in hoofdstuk 3.

B.4.2.9 Netwerkmanagement door centrale ano

Beschrijving:

In deze studie worden netwerken opgevat als institutionele context voor interacties van onafhankelijke publieke en/of private actoren, die een gezamenlijk belang hebben bij de beleidsontwikkeling en/of de levering van een publieke voorziening of dienst en die vanuit onderlinge afhankelijkheid van bronnen samenwerken. Met ano wordt bedoeld op sturing door een actor die speciaal is ingericht om het netwerk van actoren en hun activiteiten te coördineren en aan te sturen (Provan & Kenis, 2007, p. 236). Netwerkmanagement heeft betrekking op bewuste pogingen om de interacties van actoren binnen het netwerk te organiseren, te regelen en te beïnvloeden (Koppenjan & Klijn, 2004, p. 111). Netwerksturing als coördinatiemechanisme heeft betrekking op een niet-hiërarchische coördinatie van interacties tussen actoren. Relaties in een netwerk zijn gebaseerd op gezamenlijke doelen, vertrouwen en wederzijdse afhankelijkheden (paragraaf 2.4). De variant waarin het netwerkmanagement ligt bij een hiertoe in het leven geroepen centrale administratieve organisatie is effectief wanneer sprake is van een relatief groot aantal actoren, die elkaar redelijk vertrouwen, het gemiddeld tot sterk eens zijn over de doelen die zij willen bereiken en van elkaar afhankelijk zijn in hun specialistische taakuitoefening (Provan & Kenis, 2007, pp. 236-241).

Methode:

Om de sturingsrelatie van fz-instellingen met DForZo (centrale ano) te kunnen vergelijken met de situatie voor de stelselwijziging, wordt deze in de interviews vergeleken met voorheen zorgkantoren (decentrale, gedeconcentreerde ano's, zie ook subparagraaf B.4.2.7). Met respondenten (sturende actor operationeel niveau, bestuurders uitvoerende organisaties, brancheorganisaties) wordt via een wisselend aantal stellingen besproken of na de stelselwijziging sprake is van netwerkmanagement, gelet op het vertrouwen in de coördinerende organisatie, onderlinge afhankelijkheden, gezamenlijkheid van doelen en aard van de relaties. Daarnaast kan worden gewezen op elders beschreven verschillen in behandeling tussen forensische en reguliere zorg vanwege onder meer de aandacht daarbinnen voor recidivevermindering, in beveiligde setting in procedures en contacten met justitiële autoriteiten.

B.4.2.10 Gedrag (uitvoerende) actoren

Beschrijving:

Verandering van gedrag van voornamelijk uitvoerende actoren na de stelselwijziging op aspecten die in het conceptueel theoretisch onderzoeksmodel (figuur 2.12) worden genoemd:

informatie-uitwisseling, concurrentie, vertrouwen, samenwerking, belangenbehartiging, conflicten, innovatie. Het gaat daarbij zowel om verschillen in gedrag tussen enerzijds uitvoerende actoren in de fz onderling en hun relatie met sturende actoren alsook, gelet op de aanleiding tot de stelselwijziging om de samenhang met de curatieve zorg te verbeteren (zie paragraaf 1.1), om verschillen in gedrag tussen uitvoerende actoren in de forensische en de reguliere zorg.

Methode:

Met respondenten (sturende en uitvoerende actoren op strategisch en operationeel niveau en brancheorganisaties) wordt een wisselend aantal stellingen besproken om hun ervaringen te peilen of na de stelselwijziging uitvoerende actoren meer of minder dan voorheen bedoeld gedrag (informatie-uitwisseling, concurrentie et cetera) vertonen. De stellingen over de (mate van) samenwerking, vertrouwen, concurrentie en invloed worden, met het oog op de wijze van sturing (netwerkmanagement, subparagraaf B.4.2.9), in de context van de aard van de relaties aan de orde gesteld.

B.4.2.11 Opportunistisch gedrag

Beschrijving:

Vanwege de toepassing van de PRT en de PAT in de context van de publieke sector is in hoofdstuk 2 theoretisch aangesloten bij Furubotn (1972, pp. 1147-1148), die stelt dat het gedrag van actoren (door hem aangeduid als managers) in de publieke sector valt te begrijpen wanneer wordt uitgegaan van nuts- in plaats van welvaartsmaximalisatie. Een actor handelt volgens hem doelmatig wanneer er voldoende prikkels zijn om geen ontduikgedrag (shirking) te vertonen. In samenhang daarmee wordt aangesloten bij De Alessi, die stelt dat vanwege de niet-overdraagbaarheid van publiek eigendom (en het hierdoor ontbreken van prikkels) met het risico van discretionair gedrag van actoren (dus ook van sturende actoren) rekening moet worden gehouden. Zoals in subparagraaf 2.5.3 is beschreven, heeft opportunistisch gedrag van sturende en uitvoerende actoren in de publieke sector daarmee betrekking op drie typen gedrag:

1. Discretionair gedrag van sturende actoren: gebruik van discretionaire ruimte om eigen belang na te streven, zoals meer status (grotere staf of meer budget), meer vrije tijd, stemmenwinst of gunstigere carrièreperspectieven;
2. Ontduikgedrag van een agent ten opzichte van zijn principaal (ook te betitelen als discretionair gedrag van uitvoerende actoren): de agent vertoont en verhuult vanuit het perspectief van de principaal niet optimaal gedrag (zoals opzadelen met onnodige kosten of leveren van minder waarde);
3. Afnijpgedrag van een principaal ten opzichte van agent: de principaal vertoont en verhuult vanuit het perspectief van de agent niet optimaal gedrag (zoals het stellen van steeds strengere eisen of morrelen aan de kostenvergoeding).

Methode:

Het bevragen van actoren over het meer of minder dan voorheen voorkomen van de diverse vormen van opportunistisch gedrag van de eigen organisatie is weinig betrouwbaar, gelet op

de sterkere negatieve lading van dit gedrag in combinatie met het (algemeen geldende) risico van sociaal wenselijke antwoorden. Daarom wordt niet naar eigen gedragingen, maar naar die van andere actoren gevraagd, bij voorkeur aan relatief 'neutrale' buitenstaanders die met enige afstand vanuit hun rol en betrokkenheid gedurende de onderzoeksperiode hier zicht op (kunnen) hebben. In het kader van triangulatie (Yin, 2014, pp. 118-123) worden de beelden van respondenten aangevuld en getoetst met andere bronnen.

Ad 1. De opdrachtgever van sturende actoren en vertegenwoordigers van brancheorganisaties worden, gelet op hun coördinerende respectievelijk observerende rol, gevraagd of zij verschillen waarnemen wat betreft (mogelijkheden voor) discretionair gedrag. Inspecties, de NZa en uitvoerende actoren zijn weliswaar eveneens gedurende de onderzoeksperiode op enige afstand betrokken geweest bij de fz, maar kunnen gelet op hun takenpakket niet verondersteld worden zicht te hebben op eventueel discretionair gedrag van sturende actoren. Wel kunnen de in dit proefschrift onderzochte ontwikkelingen in transactie- en productiekosten een indruk geven of en in welke mate dit type gedrag zich voordoet.

Ad 2 en 3. Idealiter wordt met sturende én uitvoerende actoren besproken of na de stelselwijziging meer dan voorheen sprake is van ontduik- en afknijpgedrag, waarbij de ene actor overmatig voordeel wil behalen ten koste van de ander. De realiteit is echter dat voor en na de stelselwijziging verschillende sturende actoren (VWS en Justitie) betrokken zijn geweest, waardoor zij niet kunnen beoordelen in hoeverre in het ontduikgedrag van uitvoerende actoren veranderingen zijn opgetreden. Dit gedrag van uitvoerende actoren is derhalve niet via interviews met sturende actoren te achterhalen. Het omgekeerde is wel mogelijk, namelijk dat in interviews met uitvoerende actoren (bestuurders en zorgverleners van uitvoerende organisaties) over veranderingen in afknijpgedrag bij sturende actoren wordt gesproken. Theoretisch is dit overigens het meest vernieuwende en daardoor wellicht meest interessante begrip. Zowel aan de OSA als aan brancheorganisaties wordt (in andere bewoordingen) gevraagd naar het voorkomen van ontduik- en afknijpgedrag. Aangezien bestuurders van fz-instellingen mogelijk afknijpgedrag zelf (kunnen) ondervinden (anders dan discretionair gedrag dat meer indirect invloed heeft), kunnen zij over het voorkomen daarvan (anders dan over discretionair gedrag) worden bevraagd. Om dit zo concreet mogelijk te maken wordt het begrip sturende actor daarbij afgebakend als DForZo (in plaats van Justitie). De beelden van respondenten worden waar mogelijk aangevuld en getoetst op basis van in dit proefschrift verkregen inzichten over de zorginkoop (zoals tarieven).

B.4.2.12 Gezamenlijk formuleren van publieke waarden

Beschrijving:

Het door sturende en uitvoerende actoren gezamenlijk formuleren van het publieke belang en doel van fz. De uitvoerende actoren worden bij het formuleren van doelen betrokken en gehoord.

Methode:

Doordat legitimiteit als te verklaren variabele is vervallen, wordt deze variabele (die als enige enkel betrekking heeft op legitimiteit) – gelet op de toch al omvangrijke vragenlijst – niet

opgenomen in de interviews. In het kader van centralisatie van sturing (subparagraaf B.4.2.7) en netwerkmanagement (subparagraaf B.4.2.9) wordt overigens gevraagd naar de invloed op belangrijke ontwikkelingen. De meer gedetailleerde vraag naar de invloed op het formuleren van doelen blijft echter buiten beschouwing.

B.4.3 Alternatieve verklaringen

B.4.3.1 Veranderingen in aard en omvang (potentiële) fz-populatie

Beschrijving:

Ontwikkeling in de onderzoeksperiode van het aantal justitiabelen, onderscheiden naar doelgroepen van fz (gedetineerden, ter beschikking gestelden en overige forensisch patiënten). Op basis daarvan wordt nagegaan of dit gelijke tred houdt met de ontwikkeling van de kosten voor fz voor de respectievelijke doelgroepen.

Methode:

Op basis van bij CBS, WODC en 3RO beschikbare gegevens wordt de ontwikkeling van het aantal justitiabelen per doelgroep in beeld gebracht en gerelateerd aan de in paragraaf 5.3 gepresenteerde fz-kosten. Met het oog op een (beperkte) gevoeligheidsanalyse worden, waar mogelijk, meerdere indicatoren in beeld gebracht.

B.4.3.2 Registratie-effect

Beschrijving:

Het verschijnsel dat een geconstateerde (kwantitatieve) ontwikkeling niet het gevolg is van een reële verandering van prevalentie van dat verschijnsel, maar van een verandering in de wijze van registreren daarvan.

Methode:

Dit risico speelt vooral bij (de vergelijking van) zorginkoopgegevens voor en na de stelselwijziging. Met uitzondering van 2006 (en PPC's) hebben de volume- en productiekostengegevens betrekking op parameters waarop zorginstellingen door DForZo financieel zijn afgerekend (nacalculatie). Vanwege het belang van deze cijfers voor beide partijen, wordt verondersteld dat de beschikbare gegevens een betrouwbaar (niet door registratie-effecten beïnvloed) beeld geven van de financiële verhouding tussen DForZo en de zorginstellingen. Wat volledigheid betreft moet, zeker in de beginjaren na de stelselherziening, rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat niet alle zorginstellingen direct DForZo (in plaats van zorgkantoren) als loket wisten te vinden. Dit wordt nagevraagd bij respondenten anders dan afkomstig van fz-instellingen (sturende actoren, brancheorganisaties, NZa). Daarnaast hebben zich op productcodeniveau wijzigingen voorgedaan. Aangezien niet op dat niveau wordt gerapporteerd, is het niet nodig voor alle productcodes na te gaan hoe deze zich precies tot elkaar verhouden. Wel wordt dit met directbetrokkenen bij DForZo besproken, voor zover van belang in verband met een correcte onderscheiding van de gegevens naar type en doelgroepen.

B.4.3.3 Implementatie-effect

Beschrijving:

Het verschijnsel dat een beleidsmaatregel (zoals de hier onderzochte stelselwijziging) vanwege aanloopproblemen niet onmiddellijk en volledig is ingevoerd, waardoor effecten daarvan pas op langere termijn volledig zichtbaar (kunnen) zijn.

Methode:

Om zo veel mogelijk de structurele effecten in beeld te brengen, wordt aan de bij implementatie betrokken type respondenten in het netwerk (sturende en uitvoerende actoren, brancheorganisaties) gevraagd de situatie in 2006 en 2015 (het begin en einde van de onderzoeksperiode) te vergelijken en een inschatting te maken van de verwachte effecten van inwerkingtreding van de Wfz, als deze wordt ingevoerd zoals bij de Eerste Kamer is ingediend.

B.4.3.4 Loon- en prijsbijstellingen

Beschrijving:

Het effect van de prijsstijgingen in de zorg op de gemiddelde kosten, per zorgcode (of aggregatie daarvan).

Methode:

Gegevens over de feitelijke ontwikkeling van loonkosten en materiële kosten in de fz (of een doorlopende tijdreeks over ggz en vgz) over 2006 tot en met 2015 ontbreken voor zover bekend. Om die reden wordt gebruikgemaakt van door de NZa vastgestelde indexcijfers voor prestaties en tarieven in de (forensische) zorg. Uit onder meer beleidsregels BR/FZ014 (inzake DBBC's in 2015) en BR/FZ0021 (inzake ZZP en extramurale parameters) valt op te maken dat deze bij de nacalculatie worden toegepast op de op jaar t-1 betrekking hebbende (maximum)tarieven waarop de voorcalculatie is gebaseerd. Wat loonkosten betreft, maakt de NZa gebruik van een door het ministerie van VWS op grond van cao-afspraken vastgestelde index. Voor de materiële kosten sluit de NZa aan bij het prijsindexcijfer particuliere consumptie uit het Centraal Economisch Plan van het Centraal Planbureau.⁴¹⁶ De op het NZa- (maximum)tarief toe te passen index is het gewogen gemiddelde van de loonindices en materiële indices op grond van 85% loonkosten en 15% materiële kosten (bij DBBC's) en 75% loonkosten en 20% materiële kosten (bij ZZP's en extramurale parameters). Doordat in de verkregen zorginkoopgegevens geen onderscheid is gemaakt naar loonkosten en materiële kosten, moet een keuze worden gemaakt bij de toe te passen verhouding tussen deze kosten.

De verkregen zorginkoopgegevens hebben grotendeels betrekking op voormalige AWBZ-parameters: tot en met 2015 geldt een transitie-model voor de overgang naar DBBC-bekostiging (NZa, 2015a, p. 7). Voor ZZP's en extramurale parameters is er geen transitieperiode en geldt in 2015 de nieuwe bekostigingssystematiek. Uit de verkregen

416. Zie <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-prijsindexcijfer-voor-personele-kosten>; <https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-is-het-prijsindexcijfer-materiele-kosten>, geraadpleegd augustus 2018.

(REPAD)gegevens is op te maken dat (enkel) in 2015 € 67,7 mln., dat wil zeggen circa 10% van de zorginkoop, volgens deze nieuwe parameters is bekostigd.

Tabel B.16 geeft een overzicht van de indexcijfers voor loonkosten en materiële kosten in de periode 2006 tot en met 2015 en de gewogen gemiddeldes volgens DBBC- en ZZP-/ EP-systematiek. Daarin wordt ook een derde variant getoond, van indexcijfers voor extramurale parameters die DForZo heeft gehanteerd in de productieformats. Daarbij werd het gewogen gemiddelde bepaald op grond van 80% loonkosten en 20% materiële kosten. De tabel laat zien dat de drie varianten beperkt verschillen: over de gehele onderzoeksperiode varieert het gewogen gemiddelde tussen 2,14% volgens ZZP- en 2,21% volgens DBBC-systematiek. Vanwege de relatief beperkte omvang daarvan die bovendien slechts op één jaar betrekking heeft, wordt in de hoofdttekst voor het gewogen gemiddelde uitgegaan van het gewogen gemiddelde conform de DBBC-systematiek (85%/ 15%).

B.4.3.5 Veranderingen in reguliere zorg

Beschrijving:

Ontwikkelingen in de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid in de reguliere zorg in de onderzoeksperiode, in vergelijking met die in de fz. Met reguliere zorg wordt in beginsel bedoeld op de ggz, vz en vgz.

Methode:

Het is niet doenlijk om in het kader van deze studie een beeld te verkrijgen van dé ontwikkelingen in de ggz, vgz en vz. Als afbakening is ervoor gekozen om de vergelijkbaarheid van ontwikkelingen in de fz te bespreken met respondenten, waar mogelijk met triangulatie van bronnen, en de belangrijkste bevindingen uit hoofdstuk 5 te vergelijken met die in de reguliere zorg.

Aan respondenten (sturende, uitvoerende, brancheorganisaties) wordt, voor zover zij in de onderzoeksperiode betrokken zijn geweest en dus inzicht hebben in ontwikkelingen bij de reguliere zorg, gevraagd of de veranderingen in sturing en gedrag die zich in de fz voordoen in vergelijkbare mate voorkomen in de reguliere zorg. Vanwege de verschillen in sturingsrelatie wordt hierbij apart gevraagd naar ontwikkelingen in de Zvw en in de AWBZ/ Wlz. Aan toezichthouders die zowel op reguliere zorg als fz zicht hebben (NZa en IGZ) wordt – gelet op hun respectievelijke expertise (transparantie van de markt en kwaliteit van zorg) – gevraagd ontwikkelingen in de forensische en reguliere zorg te vergelijken.

Cijfermatige ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid, kosten en doelmatigheid in de periode 2006-2015 worden met de focus op het einde daarvan in beeld gebracht, voor zover beschikbaar in rapportages van op zorg gerichte instituten (NZa, RIVM, Trimbos-instituut en Vektis). Naar aanleiding van uit vooronderzoek gebleken beperkte(re) beschikbaarheid van gegevens over fz, vormt transparantie over (kwaliteit van) zorg een afzonderlijk aandachtspunt. Net als bij de beschrijving van ontwikkelingen in regelgeving (hoofdstuk 3) is de focus gericht op de ggz (zie paragraaf 1.3). De (beperkte) beschikbaarheid van informatie over ontwikkelingen in vgz en vz in de onderzoeksperiode speelt hierbij mede een rol.

B.4.3.6 Overige verklaringen

Beschrijving:

Eventuele andere factoren dan de hiervoor genoemde theoretische en alternatieve verklarende variabelen die, volgens respondenten, invloed hebben op de ontwikkeling in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie en doelmatigheid van fz.

Methode:

Inventarisatie van door respondenten genoemde alternatieve verklaringen, onder meer via een afsluitende open vraag.

De vragen en stellingen over de effecten van de stelselwijziging zijn, om overvragen van respondenten en interpretatieproblemen te voorkomen, geformuleerd als een vergelijking in de tijd ('na de stelselwijziging') in plaats van een vraag naar de oorzaak ('door de stelselwijziging'). Aan respondenten is daarbij uitgelegd dat ze kunnen aangeven wanneer zij een bepaalde ontwikkeling niet als een gevolg van de stelselwijziging zien en dit wordt, voor zover aan de orde, gerapporteerd. Daarnaast is aan alle respondenten, ter afsluiting van het interview, een open vraag voorgelegd om andere dan reeds besproken (theoretische of alternatieve) verklaringen te noemen voor ontwikkelingen in kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie en doelmatigheid van fz.

Bijlage 5 Voorbeeld vragenlijst

Voorbeeld vragenlijst (UA1/ UA2)

Alle vragen aan bestuurders fz-instellingen (UA1), inclusief (vragen aan) respondenten die zowel bestuurder als behandelaar zijn

Stelselwijziging forensische zorg

In 2007 heeft een stelselwijziging plaatsgevonden bij de forensische zorg.

Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg in strafrechtelijk kader, die voorheen onder verantwoordelijkheid van de minister van VWS op grond van de AWBZ werd bekostigd, vallen sindsdien onder verantwoordelijkheid van de minister van (Veiligheid en) Justitie en de rijksbegroting. De zorginkoop die voorheen bij de zorgkantoren lag, is overgenomen door de Directie (tegenwoordig Divisie) Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen.

Wat zijn de consequenties?

Om te achterhalen hoe de sturing is veranderd en wat de effecten daarvan zijn wat betreft de kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en equivalentie van de forensische zorg, wordt u op grond van uw kennis en ervaring gevraagd vanuit uw eigen rol (bestuurder, behandelaar of beide) te reageren op een groot aantal vragen en stellingen (niet te lang over nadenken) en op hoofdlijnen daarvan uw visie te geven.

Opbouw interview:

1. Achtergrond respondent(en), mede met het oog op bepalen relevantie vragen
2. Vergelijking feitelijke situatie voor en na stelselwijziging (2006 en 2015) wat betreft:
 - a. doelen
 - b. zeggenschap en belang
 - c. wijze van sturing
 - d. gedrag
 - e. effecten
3. Vergelijking van ontwikkelingen in fz en reguliere zorg (voor zover een respondent zicht heeft op ontwikkelingen in de reguliere zorg)
4. Evaluatie:
 - a. belangrijkste sterke en zwakke punten na de stelselwijziging
 - b. verklaringen voor ontwikkelingen kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, doelmatigheid van fz
 - c. overige opmerkingen

Het is van belang te benadrukken dat alle bevindingen worden anoniem gerapporteerd.

Tot slot vooraf

- Om een beeld te krijgen van de structurele effecten van de stelselwijziging, wordt u (tenzij anders aangegeven) gevraagd de situatie voorafgaand aan de stelselwijziging (n 2006, onder verantwoordelijkheid van VWS en zorgkantoren) te vergelijken met die aan het eind van de onderzoeksperiode (in 2015, onder verantwoordelijkheid van Justitie en Dforzo).

- Forensisch psychiatrische centra spelen vanwege de aandacht voor terbeschikkinggestelden in de publieke opinie vaak een dominante rol in de beeldvorming over forensische zorg. Tenzij het nadrukkelijk over uw eigen fz-instelling gaat, wordt u gevraagd de fz-sector als geheel te beschouwen. Het gaat dan zowel om behandeling (ambulant, klinisch) als begeleiding (ambulant en met verblijf).

Alvast bedankt voor uw medewerking. Uw bijdrage wordt zeer gewaardeerd!

Met vriendelijke groet,
Petra Steinmann

Er zijn 51 vragen in deze enquête

Achtergrond respondent(en)

Wat is de achtergrond en betrokkenheid van respondent(en) bij fz en reguliere zorg?

[RESP0100]Betrokkenheid respondent(en) bij fz (en reguliere zorg), in verband met bepalen relevantie vervolgvragen

	respondent 1	respondent 2
Naam (initialen en titel ivm vermelding in bijlage bij rapport)		
Bij welke (type) organisatie werkzaam in 2006?		
(Hoofd-)functie in 2006?		
Bij welke (type) organisatie werkzaam in 2015?		
(Hoofd-)functie 2015?		
Aantal jaren beroepshalve betrokken bij fz in 2007 t/m 2015?		
Aantal jaren beroepshalve betrokken bij fz vóór 2007?		
Beroepshalve betrokken bij of zicht op reguliere ggz, vz, ggz? (ja/ nee)		
Aantal jaren beroepshalve betrokken bij reguliere ggz, vz, ggz in 2006 t/m 2015?		
Beroepshalve betrokken bij (1) Tbs met dwang; (2) gedetineerden; (3) verdachten of veroordeelden met voorwaardelijke sanctie (incl. art. 37 Sr)? (meerdere antwoorden mogelijk)		
Vragen voor bestuurder, behandelaar, sturende of overige actor (SA1, SA2, UA1/UA, UA2, OA)?		

De bevindingen worden anoniem gerapporteerd. Indien van toepassing vermelden dat er **geen** toestemming is om de naam te vermelden in de bijlage 'Geïnterviewde personen' van het onderzoeksrapport.

[RESPV01]Concluderend: Heeft respondent beroepshalve zicht op ontwikkelingen in reguliere zorg (ggz, vz, vgz)? Dit ivm bepalen relevantie van vragen over vergelijkbare ontwikkelingen in reguliere zorg? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ ja
☐ nee
☐ geen antwoord

[RESPV02]Concluderend: worden vragen voor bestuurder (UA1), behandelaar (UA2), beide (UA), sturende actor (SA1 of SA2) of overige actor (OA) voorgelegd? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ sturende actor strategisch niveau (SA1)
☐ sturende actor operationeel niveau (SA2)
☐ bestuurder fz-instelling (UA1)
☐ behandelaar fz-instelling (UA2)
☐ combinatie bestuurder en behandelaar fz-instelling (UA)
☐ overig

[RESP0300]Op welke fz-instelling(en) hebben de antwoorden (voornamelijk) betrekking? Meerdere antwoorden mogelijk *

Selecteer alle mogelijkheden:

- ☐ geen specifieke fz-instelling
- ☐ Altrecht
- ☐ AMC de Meren (FPC)
- ☐ Arkin/ Inforsa
- ☐ Arta
- ☐ Bouman GGZ
- ☐ Delta Psychiatrisch Centrum
- ☐ Dichterbij
- ☐ Dimence (St. Zwolse Poort)
- ☐ Emergis
- ☐ FPC Flevo Future/ Oostvaarderskliniek
- ☐ FPC van Mesdag
- ☐ (FPC) Veldzicht
- ☐ GGNet
- ☐ GGZ Breburg Groep (midden-Brabant en regio Breda)
- ☐ GGZ Delfland
- ☐ GGZ Drenthe
- ☐ GGZ Drenthe t.b.v FPC
- ☐ GGZ Eindhoven
- ☐ GGZ Eindhoven t.b.v. FPC Woenselse Poort
- ☐ GGZ Friesland
- ☐ GGZ InGeest (BuitenAmstel geestgronden)
- ☐ GGZ Midden Overijssel
- ☐ GGZ Noord-Holland-Noord
- ☐ GGZ Oost Brabant
- ☐ GGZ Westelijk Noord-Brabant
- ☐ Groot Batelaar (Leger des Heils CWZW Gelderland)
- ☐ Hoop
- ☐ Ipse De Bruggen
- ☐ IrisZorg/ De Grift
- ☐ Kijvelanden t.b.v Het Dok
- ☐ Kijvelanden t.b.v FPC
- ☐ Leger des Heils
- ☐ Lentis Maatschappelijke Onderneming
- ☐ Mediant
- ☐ Meerkanten

- ☐ Mondriaan Zorggroep
- ☐ Novadic-Kentron
- ☐ Oldenkotte t.b.v De Tender
- ☐ Oldenkotte t.b.v FPC
- ☐ Pameijer SP
- ☐ Parnassia BAVO Groep
- ☐ Pompestichting t.b.v. Kairos
- ☐ Pompestichting t.b.v. FPC
- ☐ Pro Persona (Gelderse Roos)
- ☐ Reinier van Arkel groep
- ☐ Riaggz over de IJssel
- ☐ RIBW Arnhem en Veluwevallei
- ☐ RIBW Heuvelland en Maasvallei
- ☐ RIBW Kennemerland/Amstelland en de Meerlanden
- ☐ RIBW Rijnmond
- ☐ Rivierduinen
- ☐ RIWIS (St. RIBW-Oost Veluwe)
- ☐ Rooyse Wissel t.b.v. De Horst
- ☐ Rooyse Wissel t.b.v. FPC
- ☐ Sanaï
- ☐ St. JellinekMentrum
- ☐ Tactus Verslavingszorg
- ☐ Trajectum t.b.v. Hanzeborg
- ☐ Trajectum t.b.v. FPC Hoeve Boschoord
- ☐ Van der Hoeven/ De Forensische Zorgspecialisten t.b.v. De Waag
- ☐ Van der Hoeven/ De Forensische Zorgspecialisten t.b.v. FPC
- ☐ Victas (vh Centrum Maliebaan)
- ☐ Vincent van Gogh (vh GGZ NML)
- ☐ VNN (St. Verslavingszorg Noord Nederland)
- ☐ Zorg in detentie/ PPC
- ☐ Andere:

**[RESPV03]Concluderend: hebben antwoorden betrekking op tbs, detentie of ofz?
(meerdere antwoorden mogelijk) ***

Selecteer alle mogelijkheden:

- ☐ terbeschikkinggestelden met dwangverpleging
- ☐ gedetineerden
- ☐ verdachten of veroordeelden met een voorwaardelijke sanctie
- ☐ geen antwoord

☐ Andere:

[RESPV04]Concluderend: Tel het aantal fz-domeinen (tbs, detentie, ofz; fz als geheel telt als drie domeinen) *

Selecteer alle mogelijkheden:

- ☐ 1 fz-domein
- ☐ 2 fz-domeinen
- ☐ 3 fz-domeinen
- ☐ geen antwoord

[RESP0200]Ruimte voor opmerkingen

Vul uw antwoord hier in:

Doelen

Veranderen de (consensus over) doelen tussen actoren na de stelselwijziging?

[DOE0100] Bent u het (zeer) eens/ (zeer) oneens/ geen mening met de volgende stellingen?

Na de stelselwijziging . . . *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	geen antwoord
streven de ministers van VWS en Justitie met betrekking tot de forensische zorg ieder hun eigen doelen na	☐	☐	☐	☐	☐	☐
geldt het verminderen van recidive meer dan voorheen als het belangrijkste doel van forensische zorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
verstaan de ministers van VWS en Justitie hetzelfde onder toegankelijkheid van fz voor de client	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is er tussen fz-instellingen en DForZo meer consensus over het belangrijkste doel van fz dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
tussen VWS/zorgkantoren en fz-instellingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is er tussen fz-instellingen onderling meer dan voorheen sprake van consensus over het belangrijkste doel van forensische zorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
wordt door fz-instellingen meer dan voorheen gewerkt aan het bereiken van gezamenlijke doelen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
worden fz-instellingen meer dan voorheen belast met (deels) tegenstrijdige doelen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[DOE0200] Ruimte voor toelichting (ontwikkelingen, draagvlak)

Vul uw antwoord hier in:

Zeggenschap

In hoeverre zijn de formele en informele bevoegdheden veranderd na de stelselwijziging?

[BEV0100]Heeft uw fz-instelling na de stelselwijziging formeel of informeel (veel) meer/ evenveel/ (veel) minder zeggenschap over *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	veel meer	meer	gelijk gebleven	minder	veel minder	geen antwoord
de instroom van fz-clënten in uw zorginstelling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de wijze van behandeling of begeleiding van fz-clënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de duur van de behandeling of begeleiding van fz-clënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de bejegening tijdens het verblijf of contact met fz-clënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
het doorverwijzen van fz-clënten naar andere fz-zorginstellingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
het doorverwijzen van fz-clënten naar reguliere zorginstellingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de omvang van de fz-productie die door uw zorginstelling wordt geleverd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de tarieven van de fz-productie die door uw zorginstelling worden gehanteerd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de samenstelling van het bestuur van uw zorginstelling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de ontwikkeling van nieuwe vormen van forensische zorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bedoeld wordt de fz-instelling waar u in 2006 bij betrokken was.

[BEV0200]Ruimte voor toelichting (voorbeelden? knelpunten?)

Vul uw antwoord hier in:

[BEV0300]Heeft de minister van Justitie (of een andere actor namens deze) na de stelselwijziging (veel) meer/ evenveel/ (veel) minder dan de minister van VWS (of een andere actor namens deze) vóór de stelselwijziging zeggenschap over *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

veel meer	meer	gelijk gebleven	minder	veel minder	geen antwoord
-----------	------	--------------------	--------	----------------	------------------

de instroom van fz-clënten in uw zorginstelling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de wijze van behandeling of begeleiding van fz-clënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de duur van de behandeling of begeleiding van fz-clënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de bejegening tijdens het verblijf of contact met fz-clënten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
het doorverwijzen van fz-clënten naar andere fz-zorginstellingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
het doorverwijzen van fz-clënten naar reguliere zorginstellingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de omvang van de fz-productie die door uw zorginstelling wordt geleverd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de tarieven van de fz-productie die door uw zorginstelling worden gehanteerd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de samenstelling van het bestuur van uw zorginstelling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
de ontwikkeling van nieuwe vormen van forensische zorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[BEV0400] Hangen deze veranderingen voornamelijk samen met andere formele bevoegdheden van de minister van Justitie (of andere actor namens deze) dan de minister van VWS (of andere actor namens deze) had voor de stelselwijziging of met andere (informele) normen, tradities, gewoontes? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ voornamelijk andere formele bevoegdheden
- ☐ formele en informele veranderingen wegen ongeveer even zwaar
- ☐ voornamelijk andere normen, tradities en gewoontes
- ☐ geen antwoord

[BEV0500] Ruimte voor toelichting (knelpunten? type bevoegdheden?)

Vul uw antwoord hier in:

Belang

Wat is het (relatieve) belang van forensische zorg voor de sturende en uitvoerende organisaties op dit terrein?

[BEL0100]

Bent u het (zeer) eens/ (zeer) oneens met de volgende stellingen?

Na de stelselwijziging is/ staat het functioneren van mijn forensisch zorginstelling . . .

*

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	geen antwoord
meer dan voorheen afhankelijk van het functioneren van andere fz-instellingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bij een incident met een tbs-er onder grotere politieke en maatschappelijke druk dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ook bij een incident in de ofz onder grotere politieke en maatschappelijke druk dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[BEL0200] Is het aandeel van de forensische zorg binnen het totale aanbod van uw zorginstelling na de stelselwijziging (sterk) toegenomen, gelijkgebleven of (sterk) afgenomen? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ sterk toegenomen
- ☐ toegenomen
- ☐ gelijk gebleven
- ☐ afgenomen
- ☐ sterk afgenomen
- ☐ geen antwoord

[BEL0300] Hoe groot was in 2015 de relatieve omvang van de forensische zorg (omzet) binnen het totale aanbod van uw zorginstelling? Een indicatieve schatting volstaat. *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ minder dan 5%
- ☐ 5% t/m 24%
- ☐ 25% t/m 49%
- ☐ 50% t/m 99%
- ☐ 100%

☐ geen antwoord

[BEL0400]Ruimte voor toelichting (ontwikkelingen, draagvlak)

Vul uw antwoord hier in:

Sturing

In hoeverre verandert de wijze van sturing na de stelselwijziging?

[STU0100]Bent u het (zeer) eens/ (zeer) oneens met de volgende stellingen?

Na de stelselwijziging *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	geen antwoord
wordt fz meer vanuit één centrale organisatie gestuurd dan vóór de stelselwijziging	☐	☐	☐	☐	☐	☐
vervult DforZo een sterkere coördinerende rol bij de zorginkoop dan zorgkantoren vóór de stelselwijziging	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is sprake van gezamenlijke sturing van de fz vanuit Justitie en VWS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bestaat binnen mijn fz-instelling meer vertrouwen in DForZo als coördinerende en sturende organisatie dan voorheen in zorgkantoren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
komt DforZo gemaakte afspraken minder ruimhartig na dan voorheen zorgkantoren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
heeft mijn fz-instelling meer invloed op belangrijke ontwikkelingen op het fz-terrein dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is sprake van meer gelijkwaardigheid tussen fz-instellingen dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is sprake van betere relaties tussen fz-instellingen dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is sprake van meer concurrentie tussen fz-instellingen dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is sprake van meer onderling vertrouwen tussen fz-instellingen dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is de samenwerking tussen fz-instellingen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

toegenomen

is de samenwerking
tussen fz-instellingen en
reguliere zorginstellingen
toegenomen

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Op basis van het
wetsvoorstel dat
momenteel in de Eerste
Kamer ligt, verwacht ik
na de inwerkingtreding
van de Wet forensische
zorg substantiële
wijzigingen in de sturing
door DforZo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

[STU0200]Ruimte voor toelichting (evt doorvragen bij tegenstrijdigheden, verwachte wijzigingen)

Vul uw antwoord hier in:

[STU0300]Had uw zorginstelling vóór en na de stelselwijziging wat fz betreft te maken met sturing vanuit *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	voor stelselwijziging			na stelselwijziging		
	ja	nee	geen antwoord	ja	nee	geen antwoord
zorgkantoren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
zorgverzekeraars	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ministerie van VWS	☐	☐	☐	☐	☐	☐
IGZ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
DJI	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ministerie van Justitie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
organisaties in strafrechtketen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ISt/ IVenJ	☐	☐	☐	☐	☐	☐
anders	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[STU1100]Ruimte voor toelichting (waar had sturing betrekking op? Wat waren de drie belangrijkste andere sturende organisaties?)

Vul uw antwoord hier in:

[STU1900]Is de sturing vanuit VWS van uw fz-instelling (na de stelselherziening) even sterk verminderd als deze vanuit Justitie is toegenomen?

De sturing van VWS en Justitie is als totaal *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ sterk toegenomen
☐ toegenomen
☐ gelijk gebleven
☐ afgenomen
☐ sterk afgenomen
☐ geen antwoord

[STU2000]Ruimte voor toelichting

Vul uw antwoord hier in:

[STU2100]Ging de stelselwijziging in 2007 gepaard met de opdracht kosten te besparen? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

☐ ja

☐ nee

☐ geen antwoord

☐ Andere

[ST2200]Is in latere jaren de opdracht gekomen om kosten te besparen?

Zo ja, (vanaf) wanneer (ongeveer)? *

Vul uw antwoord hier in:

Gedrag

In hoeverre veranderen de informatie-uitwisseling, belangenbehartiging en conflicten na de stelselwijziging?

[GED0100]Na de stelselwijziging is sprake van (veel) meer/ evenveel/ (veel) minder *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	veel meer	meer	gelijk gebleven	minder	veel minder	geen antwoord
Informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen en de reguliere zorg dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informatie-uitwisseling tussen fz-instellingen en DforZo dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
tussen fz-instellingen en zorgkantoren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lobbyen voor de eigen fz-instelling bij DforZo dan voorheen bij zorgkantoren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conflicten tussen fz-instellingen en DForZo dan voorheen tussen fz-instellingen en zorgkantoren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conflicten tussen fz-instellingen onderling dan voorheen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Conflicten tussen fz-instellingen en reguliere zorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Innovatie, de ontwikkeling van nieuwe vormen van fz	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[GED0200]Ruimte voor toelichting (checks and balances, aanspreekbaarheid actoren; conflicten rondom financiën, vrijheden, zorg niet duidelijk in titel?)

Vul uw antwoord hier in:

[GED0900]Bent u het (zeer) eens/ (zeer) oneens met de volgende stellingen?

Na de stelselwijziging *

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	geen antwoord
kan mijn zorginstelling op de langere termijn het productaanbod plannen omdat DForZO vooraf	☐	☐	☐	☐	☐	☐

meer laat weten welke spelregels gelden

komt DforZo zijn toezeggingen beter na dan voorheen de zorgkantoren

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

stelt DforZO stelt meer dan voorheen de zorgkantoren eisen aan het productaanbod zonder evenredig de tarieven aan te passen

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

zijn de met DForZo afgesproken tarieven minder kostendekkend dan voorheen met zorgkantoren

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

[GED1000]Ruimte voor toelichting

Vul uw antwoord hier in:

[GED1100]Heeft client de mogelijkheid om een second opinion aan te vragen? *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'behandelaar fz-instelling (UA2)' of 'combinatie bestuurder en behandelaar fz-instelling (UA)' bij vraag '3 [RESPV02]' (Concluderend: worden vragen voor bestuurder (UA1), behandelaar (UA2), beide (UA), sturende actor (SA1 of SA2) of overige actor (OA) voorgelegd?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ ja
☐ nee
☐ geen antwoord

[GED1200]Ruimte voor toelichting (binnen of buiten dezelfde fz-instelling? gevolgen?)

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'behandelaar fz-instelling (UA2)' of 'combinatie bestuurder en behandelaar fz-instelling (UA)' bij vraag '3 [RESPV02]' (Concluderend: worden vragen voor bestuurder (UA1), behandelaar (UA2), beide (UA), sturende actor (SA1 of SA2) of overige actor (OA) voorgelegd?)

Vul uw antwoord hier in:

[GED1700]Bestond in de onderzoeksperiode in uw zorginstelling de mogelijkheid om het fz-aanbod om te vormen naar reguliere zorgvormen (en omgekeerd)? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ ja
☐ nee
☐ eerst wel, later niet
☐ eerst niet, later wel
☐ geen antwoord

[GED1800]Wat is hiervoor nodig? *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'eerst niet, later wel' of 'eerst wel, later niet' of 'ja' bij vraag '33 [GED1700]' (Bestond in de onderzoeksperiode in uw zorginstelling de mogelijkheid om het fz-aanbod om te vormen naar reguliere zorgvormen (en omgekeerd)?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ investeringen
- ☐ forse investeringen
- ☐ tijd
- ☐ geen antwoord
- ☐ Andere

[GED1900]Spelen overwegingen om te werken binnen het sturingsdomein van VWS en VenJ een rol? *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'eerst wel, later niet' of 'ja' of 'eerst niet, later wel' bij vraag '33 [GED1700]' (Bestond in de onderzoeksperiode in uw zorginstelling de mogelijkheid om het fz-aanbod om te vormen naar reguliere zorgvormen (en omgekeerd)?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ in zeer sterke mate
- ☐ in sterke mate
- ☐ in lichte mate
- ☐ in zeer lichte mate
- ☐ helemaal niet
- ☐ geen antwoord

[GED2000]Ruimte voor toelichting

Vul uw antwoord hier in:

Reguliere zorg

Voor zover respondenten zicht hebben op reguliere ggz, vz of vgz: doen zich in context van Zvw en Wlz vergelijkbare ontwikkelingen voor?

[REZ0100] Hebben zich in de periode 2008-2015 vergelijkbare ontwikkelingen voorgedaan in de reguliere zorg (Zvw en Wlz) tussen zorginstellingen en zorgkantoren of zorgverzekeraars? *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'ja' bij vraag '2 [RESPV01]' (Concluderend: Heeft respondent beroepshalve zicht op ontwikkelingen in reguliere zorg (ggz, vz, vgz)? Dit ivm bepalen relevantie van vragen over vergelijkbare ontwikkelingen in reguliere zorg?)

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	in veel lichtere mate	in lichtere mate	vergelijkbaar	in sterkere mate	in veel sterkere mate	n.v.t.	geen antwoord
Zvw	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wlz	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[REZ0200] Ruimte voor toelichting (wat valt op bij fz, in vergelijking met Zvw en Wlz?)

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'ja' bij vraag '2 [RESPV01]' (Concluderend: Heeft respondent beroepshalve zicht op ontwikkelingen in reguliere zorg (ggz, vz, vgz)? Dit ivm bepalen relevantie van vragen over vergelijkbare ontwikkelingen in reguliere zorg?)

Vul uw antwoord hier in:

Effecten

In hoeverre veranderen de toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en equivalentie na de stelselwijziging?

[EFF0100]Verzekerden konden zich vóór de stelselwijziging tot een zorgaanbieder naar eigen keuze wenden als de zorgverzekeraar hiermee een overeenkomst had gesloten (art. 10 AWBZ). Bij een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder werden de kosten geheel of gedeeltelijk vergoed.

**Bent u het (zeer) eens/ (zeer) oneens/ geen mening met de volgende stellingen?
Na de stelselwijziging ***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'combinatie bestuurder en behandelaar fz-instelling (UA)' of 'behandelaar fz-instelling (UA2)' bij vraag '3 [RESPV02]' (Concluderend: worden vragen voor bestuurder (UA1), behandelaar (UA2), beide (UA), sturende actor (SA1 of SA2) of overige actor (OA) voorgelegd?)

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	geen antwoord
hebben cliënten zelf nog voldoende invloed op de keuze voor een fz-aanbieder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
worden cliënten meer dan voorheen op de juiste plek behandeld en beveiligd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
worden cliënten meer dan voorheen op het juiste moment behandeld en beveiligd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
heeft het niet zelf kunnen kiezen van de fz-verlener door cliënten, een negatieve invloed op de (benodigde) duur van de behandeling of begeleiding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
vermindert het niet zelf kunnen kiezen van de fz-verlener, de effectiviteit van de behandeling of begeleiding	☐	☐	☐	☐	☐	☐
wordt in de fz-behandeling of -begeleiding voornamelijk gewerkt aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van delictisico's	☐	☐	☐	☐	☐	☐
staat in de forensische zorg de eigen zorgvraag van de cliënt centraal, ook als deze niet is gerelateerd aan het voorkomen van recidive en het verkleinen van	☐	☐	☐	☐	☐	☐

delictisico's						
kan ik als FZ-behandelaar beter dan voorheen de vervolgzorg (laten) organiseren die ik passend vind	☐	☐	☐	☐	☐	☐
hebben cliënten meer mogelijkheden tot passende vervolgzorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is het regelen van passende vervolgzorg geen probleem meer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is de behandeling of begeleiding in de fz niet anders dan in de reguliere zorg. Het verschil betreft enkel de beveiligde setting	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[EFF0150] Verzekerden konden zich vóór de stelselwijziging tot een zorgaanbieder naar eigen keuze wenden als de zorgverzekeraar hiermee een overeenkomst had gesloten (art. 10 AWBZ). Bij een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder werden de kosten geheel of gedeeltelijk vergoed.

**Bent u het (zeer) eens/ (zeer) oneens/ geen mening met de volgende stellingen?
Na de stelselwijziging ***

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'bestuurder fz-instelling (UA1)' bij vraag '3 [RESPV02]' (Concluderend: worden vragen voor bestuurder (UA1), behandelaar (UA2), beide (UA), sturende actor (SA1 of SA2) of overige actor (OA) voorgelegd?)

Kies het toepasselijke antwoord voor elk onderdeel:

	zeer eens	eens	niet eens/ niet oneens	oneens	zeer oneens	geen antwoord
hebben cliënten zelf nog voldoende invloed op de keuze voor een fz-aanbieder	☐	☐	☐	☐	☐	☐
worden cliënten meer dan voorheen op de juiste plek behandeld en beveiligd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
worden cliënten meer dan voorheen op het juiste moment behandeld en beveiligd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
hebben cliënten meer mogelijkheden tot passende vervolgzorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
is het regelen van passende vervolgzorg geen probleem meer	☐	☐	☐	☐	☐	☐

[EFF0200] Ruimte voor toelichting (equivalentie) toegankelijkheid fz (aandachtspunten toegankelijkheid: keuzevrijheid client; capaciteit; procedures; indicatiestelling)

Vul uw antwoord hier in:

[EFF0300] Ggz-instellingen leveren sinds 2011 (ROM-) informatie aan Stichting

Benchmark ggz (SBG). Door meer transparantie beogen zij de kwaliteit van zorg te verbeteren. Uit navraag bij SBG blijkt dat SBG tot dan toe (medio 2017) geen forensische ggz-data ontvangt. Waarom maakt uw zorginstelling (of breder: de sector) geen gebruik van deze mogelijkheid? (meerdere antwoorden zijn mogelijk) *

Selecteer alle mogelijkheden:

- ☐ DforZo verplicht mijn zorginstelling niet daartoe
- ☐ Mijn zorginstelling valt niet onder de ggz
- ☐ Mijn zorginstelling registreert (veranderingen in) de toestand van de cliënt niet (ROM)
- ☐ Het registreren van behandelresultaten (ROM) draagt niet bij aan kwaliteitsverbetering fz
- ☐ Vrees (in de sector of eigen zorginstelling) dat transparantie over forensische zorg niet bijdraagt aan het draagvlak voor forensische zorg in de publieke opinie
- ☐ Vrees dat de organisatie minder goede resultaten laat zien dan vergelijkbare forensische zorginstellingen
- ☐ Transparantie over de kwaliteit van zorg is bij de forensische zorg minder belangrijk dan in de reguliere zorg omdat fz-cliënten niet zelf een zorgaanbieder kunnen kiezen
- ☐ geen antwoord
- ☐ Andere:

SBG is een onafhankelijk kenniscentrum bestuurd door vertegenwoordigers van patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars met als doel de kwaliteit van de zorg in de ggz te verbeteren door transparantie te bieden over behandeluitkomsten.

[EFF0400]Ruimte voor toelichting (eventueel doorvragen: VEKTIS ontvangt geen fz-gegevens; EFP ontvangt geen ROMgegevens, dus evenmin CQ-index; DFORZO beschikt voornamelijk over procesgegevens)

Vul uw antwoord hier in:

[EFF0500]Volgens de NZa voeren bijna alle zorgaanbieders periodiek patiënttevredenheidsonderzoek uit. Dit gebeurt vooral met de Consumer Quality Index (CQ-index). Gebeurt dat in uw organisatie ook? *

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ ja
- ☐ nee
- ☐ geen antwoord

[EFF0600]Kunt u dit (laten) nagaan en de bevindingen (of van een vergelijkbare methodiek) over uw zorginstelling aan mij doen toekomen? NB: hierover wordt anoniem (niet herleidbaar naar organisatie) gerapporteerd. *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'ja' bij vraag '44 [EFF0500]' (Volgens de NZa voeren bijna alle zorgaanbieders periodiek patiënttevredenheidsonderzoek uit. Dit gebeurt vooral met de Consumer Quality Index (CQ-index). Gebeurt dat in uw organisatie ook?)

Kies één van de volgende mogelijkheden:

- ☐ ja
- ☐ nee

☐ geen antwoord

[EFF0700]Hoe krijgt u dan een beeld van de cliëntervaringen? *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was 'nee' bij vraag '44 [EFF0500]' (Volgens de NZa voeren bijna alle zorgaanbieders periodiek patiënttevredenheidsonderzoek uit. Dit gebeurt vooral met de Consumer Quality Index (CQ-index). Gebeurt dat in uw organisatie ook?)

Vul uw antwoord hier in:

[EFF0800]Ruimte voor toelichting

Vul uw antwoord hier in:

Evaluatie

Terugblik: visie op stelselwijziging? onderwerpen die ontbreken?

[VIS0100]Concluderend: Wat zijn volgens u, kort samengevat, de drie belangrijkste sterke en zwakke punten na de stelselwijziging? Zijn er 'echte knelpunten'? Andere opmerking over de stelselwijziging? *

Vul alleen een opmerking in als u een antwoord kiest.

Selecteer alle mogelijke antwoorden en geef een toelichting:

☐ Belangrijkste sterke punten?

☐ Belangrijkste zwakke punten?

☐ Echte knelpunten?

☐ Geen antwoord

Andere:

[VIS0200]Zijn er in dit opzicht belangrijke verschillen tussen de domeinen tbs, detentie en ofz? (verplichte vraag) *

Beantwoord deze vraag alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

Antwoord was '3 fz-domeinen' of '2 fz-domeinen' bij vraag '6 [RESPV04]' (Concluderend: Tel het aantal fz-domeinen (tbs, detentie, ofz; fz als geheel telt als drie domeinen))

Vul uw antwoord hier in:

[AVE0100]Zijn er onderwerpen die nog niet aan de orde zijn gekomen, maar wel van belang voor een goed begrip van de ontwikkelingen in toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid of equivalentie van de forensische zorg? (verplichte vraag) *

Vul uw antwoord hier in:

[AVE0200]Hebt u eventueel nog andere opmerkingen die u kwijt wil?

Vul uw antwoord hier in:

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit deel van de enquête.

Met vriendelijke groet,
Petra Steinmann

Bijlage 6 Interviewplan

B.6.1 Opzet in hoofdlijnen

Bij veranderingen in de (forensische) zorg gaat het in de kern om veranderingen die zich kunnen voordoen bij (en tussen) sturende actoren (SA), uitvoerende actoren (UA) en patiënten (P):

Wat veranderingen in sturing van de fz betreft, staat bij de interviews met name de relatie tussen SA en UA centraal. Gesproken wordt met ervaringsdeskundigen, dat wil zeggen met personen die de stelselwijziging en de ontwikkelingen in de onderzoeksperiode sindsdien hebben meegemaakt en kunnen beoordelen. Wat de effecten daarvan betreft wordt nagevraagd wat de veranderingen (bij UA) betekenen voor P. Dit gebeurt door de uitvoerende en 'overige actoren' (OA) zoals brancheorganisaties, de NZa en inspecties te bevragen over de door hen ervaren effecten in termen van kwaliteit en toegankelijkheid van fz. Van het interviewen van patiënten als zodanig is afgezien, omdat het naar verwachting ondoenlijk is voldoende personen te vinden die de stelselwijziging hebben meegemaakt en, gelet op hun persoonlijke betrokkenheid en problematiek, hun ervaringen daaraan kunnen koppelen. Patiënt- of familieverenigingen voor fz bestaan niet of nauwelijks.⁴¹⁷

B.6.2 Actoren

Zowel bij sturende als uitvoerende actoren kan een onderscheid worden gemaakt naar actoren die opereren op het niveau van de opdrachtgever (namens de Staten-Generaal) en bij de ministeries van VWS en Justitie op strategisch en operationeel niveau. Tabel B.4 bevat een overzicht van de onderscheiden actoren in beide domeinen (in terminologie van 2015, tenzij anders aangegeven). De tabel geeft per type actor weer welke accenten worden gelegd in de interviews bij de te bespreken onderwerpen.

417. Volgens Mind, het Landelijk Platform Psychische Gezondheid, is er geen organisatie die forensische cliënten vertegenwoordigt. Familieorganisatie Ypsilon, voor naasten van personen met psychosegevoeligheid, heeft fz als aandachtsgebied, maar beschikte niet over mankracht om aan een interview mee te werken.

Tabel B.4 Type te interviewen actoren in VWS- en Justitiedomein

Type actor	VWS	Justitie
SA0 (opdrachtgever)	IRF	
SA1 (strategisch niveau)	DG Curatieve zorg	DG Straffen en Beschermen
SA2 (operationeel niveau)	Zorgkantoren (2006)*	Directies tbs en gw DJI (2006) DForZo, directie gw DJI (2015)
UA1 (strategisch niveau)	Bestuurder fz-instelling	
UA2 (operationeel niveau)	Behandelaar fz-instelling	
OA1 (brancheorganisaties)	GGZ NL, VGN, De Borg	
OA2	NZa	
OA3	IGZ	IVenJ

* Niet benaderd (zie toelichting hierna)

Tabel B.5 Accenten in interviews per type actor

Type actor	Accent op actoren	Accent op onderwerpen
SA0	Relatie met SA1 en SA2	Opdracht, economische rechten SA1, opportunistisch gedrag SA1 en SA2
SA1	Relatie met SA2	Opdracht, kosten, doelmatigheid en verandering van sturing, transparantie fz-markt
SA2	Relatie met UA1 en UA2	Opdracht, kosten, doelmatigheid en verandering van sturing, transparantie fz-markt
UA1	Relatie met SA2	Doelmatigheid en verandering van sturing
UA2	Relatie met patiënt	Verandering van sturing, kwaliteit
OA1	Relatie met SA1 en SA2	Verandering van sturing, transactiekosten, kwaliteit, toegankelijkheid
OA2	Effecten	Verandering van sturing, Kwaliteit, equivalentie, toegankelijkheid, transparantie fz-markt, ervaringen fz-patiënten
OA3	Effecten	Kwaliteit en veiligheid fz en (in geval van IGZ) reguliere zorg

B.6.3 Halfgestructureerde vragenlijsten

De vragen zijn in clusters (vraaggroepen) gecombineerd, waarbij aan verschillende actoren verschillende (combinaties van) vragen en stellingen worden voorgelegd. Verschillende actoren

krijgen hierdoor (gedeeltelijk) dezelfde vragen voorgelegd. In een beperkt aantal gevallen vindt maatwerk plaats (vragen die slechts aan een of twee typen actoren worden voorgelegd). In tabel B.6 wordt aangegeven welke begrippen bij welke vraaggroepen aan de orde komen (voor operationalisering, zie paragraaf 4.4 en bijlage 4; bijlage 5 bevat de vragenlijst voor UA1/ UA2).

Tabel B.6 Overzicht gespreksonderwerpen per type actor

Vraaggroep	Begrip	Vragen voorleggen aan
Doelen	Verschil in doelen	SA1, SA2, UA1, UA2, OA1
Zeggenschap	Economische rechten SA	SA0, SA1, SA2, UA1, OA1, OA2, OA3
	Economische rechten UA	SA0, SA1, SA2, UA1, UA2, OA1
Belang	Economische rechten SA	SA0, SA1, SA2, OA1
	Economische rechten UA	UA1, OA1
Sturing	Opdracht kostenbesparing	SA0, SA1, SA2
	Zorg- en strafrechtketen	UA1, UA2
	Aantal principalen	SA2, UA1, OA1
	Aantal actoren	SA2, UA1, OA1
	Centralisatie van sturing	SA2, UA1, UA2, OA1, OA2, OA3
	Netwerkmanagement	SA2, UA1, OA1
Gedrag	Discretionair gedrag SA	SA0, OA1
	Ontduikgedrag UA	SA0, OA1
	Afkniijpgedrag SA	SA0, UA1, UA2, OA1
	Informatie-uitwisseling	SA2, UA1, UA2, OA1
	Samenwerking	SA2, UA1, UA2, OA1
	Concurrentie	SA2, UA1, UA2, OA1
	Innovatie	SA2, UA1, UA2, OA1
	Belangenbehartiging	SA2, UA1, UA2, OA1
	Conflicten	SA2, UA1, UA2, OA1
Effecten	Kwaliteit	UA2, OA2, OA3
	Toegankelijkheid	UA1, UA2, OA2
	Transactiekosten	SA1, SA2, UA1, UA2, OA1
	Equivalentie	SA1, SA2, UA1, UA2, OA1, OA2, OA3
Alternatieve verklaring	Veranderingen reguliere zorg	SA1, SA2, UA1, UA2, OA1
	Registratie-effecten	SA2, OA1, OA2
	Implementatie-effecten	SA1, SA2, UA1, UA2, OA1

De interviews hebben steeds de volgende opbouw:

1. Achtergrond respondent(en);
2. Vergelijking feitelijke situatie voor en na stelselwijziging (voor zover van toepassing op type actor);

3. Vergelijking ontwikkelingen forensische en reguliere zorg (voor zover respondent in onderzoeksperiode betrokken is geweest bij reguliere zorg);
4. Belangrijkste sterke en zwakke punten in fz na stelselwijziging;
5. Alternatieve verklaringen voor ontwikkelingen kwaliteit, toegankelijkheid, equivalentie, doelmatigheid.

Het zwaartepunt in de interviews ligt bij onderdeel 2, met het oog op toetsing van het theoretisch model. De vragen bij onderdeel 3 zijn van belang in verband met toetsing van het equivalentiebeginsel. Onderdeel 4 is naar aanleiding van de test van een conceptvragenlijst toegevoegd, zodat respondenten niet alleen over de feiten (ad 2 en 3) worden bevraagd, maar ook over hun visie op de stelselwijziging. Dit werkt motiverend, geeft een beeld van het draagvlak en de belangrijkste knelpunten na de stelselwijziging, en is derhalve relevant voor (aanbevelingen in verband met) de toekomstbestendigheid van het fz-stelsel.

B.6.4 Selectie van te interviewen personen

Sturende actoren:

Aan contactpersonen bij de ministeries van Justitie en VWS en aan DJI is gevraagd naar sleutelfiguren die in de onderzoeksperiode op de verschillende domeinen (tbs, detentie en ofz) een sturende rol hebben (gehad), op strategisch niveau (kerndepartement) en operationeel niveau (coördinerende uitvoeringsorganisatie). Aangezien zorgkantoren na de stelselwijziging hun coördinerende rol bij de fz zijn kwijtgeraakt en daarmee geen zicht hebben op ontwikkelingen die zich sindsdien op dit terrein hebben voorgedaan, zijn zij niet benaderd in het kader van dit onderzoek.

Uitvoerende actoren:

Op strategisch niveau gaat het om bestuurders (lid van bestuur, raad van toezicht, raad van commissarissen, directieleden of vergelijkbaar niveau) en op operationeel niveau om behandelaren (hoofdbehandelaar of vergelijkbaar niveau) van fz-instellingen. In de loop van de onderzoeksperiode heeft DForZo met (steeds) meer fz-instellingen een contract afgesloten. Om respondenten bij zorginstellingen te bereiken die de stelselwijziging hebben meegemaakt en daarbij voldoende spreiding van verschillende typen fz te realiseren, is de volgende procedure gevolgd:⁴¹⁸

- Vertrekpunt vormen de 51 ofz-instellingen die in 2006 fz leverden volgens de inventarisatie die is uitgevoerd met het oog op het bepalen van de omvang van het over te hevelen budget vanuit de AWBZ naar de justitiebegroting (Jongebreur & Goedvolk, 2008, p. bijlage D.c).⁴¹⁹ Van deze instellingen zijn de voor 2006 toegerekende fz-

418. Het op deze wijze via interviews 'gedekte' fz-aanbod vormt in de onderzoeksperiode een variërend deel van het totale fz-aanbod (circa 50%, zie subparagrafen 4.5.2, 6.2.2 en tabel B.12). Het aantal instellingen dat fz levert, is in de onderzoeksperiode gegroeid van 53 naar 118 (tabel 4.1). Met instellingen die na 2006 fz zijn gaan leveren, kan echter niet over de (effecten van) de verandering van sturing worden gesproken na de stelselwijziging. Het interviewen van personen werkzaam in deze organisaties is vanuit het oogpunt van dit onderzoek daarom niet zinvol.

419. Enkele organisaties die in 2006 nog onder verschillende namen verschijnen maar later niet meer, worden in verband met de vergelijkbaarheid tussen de jaren hierbij als één instelling gerekend.

budgetten aangevuld met de, zoals hiervoor beschreven, bij DForZo beschikbare gegevens over 2007 en de feitelijk verstrekte budgetten over de jaren 2008 tot en met 2015.⁴²⁰

- Op basis van de samengestelde reeksen met ofz-budgetten in 2006-2015 zijn acht instellingen uitgesloten, waarvan blijkt dat ze in de onderzoeksperiode eenmalig (alleen in 2006) fz hebben geleverd (althans hiervoor zijn bekostigd).⁴²¹
- Uit dezelfde en aanvullende gegevens kan worden opgemaakt dat bij vijf instellingen in de loop der tijd (uiterlijk 2015) geen budget is verstrekt, omdat het contract is beëindigd.⁴²² Ook deze instellingen worden uitgesloten van onderzoek.⁴²³
- Op grond van de beschikbare gegevens over de in 2008-2015 feitelijk ingekochte zorg, is het zorgaanbod van de ofz-instellingen op basis van zorgcodes getypeerd (naar FPK, FPA, ggz, RIBW, vz, vgz en combinaties daarvan). De codering is gericht op het selecteren van instellingen die (tenminste) over het desbetreffende zorgtype beschikken.
- Aan de resulterende lijst van 43 (51 minus 8) ofz-instellingen zijn de fz-instellingen toegevoegd die onder directe verantwoordelijkheid van het Rijk vallen, namelijk de (in 2006 nog) drie tbs-klinieken (waarvan in de onderzoeksperiode een FPC inmiddels een particuliere instelling is geworden en de andere voormalige tbs-kliniek in 2015 geen FPC-functie meer heeft) en de zorgafdelingen waarover het gevangeniswezen beschikt (in 2015 vier PPC's). Van deze in totaal 50 instellingen die in 2006 fz leverden, is aldus het zorgaanbod bekend in termen van FPC, FPK, FPA, PPC, ggz, vgz, vz, vgz, RIBW (of combinaties daarvan).

Parnassia, BAVO groep, Brijder en GGZ Europoort worden conform (Jongebreur & Goedvolk, 2008, p. 15) gerekend als één instelling (Parnassia). AMC De Meren en St. JellinekMentrum zijn in 2006 weliswaar nog aparte organisaties maar fuseren later in Arkin en worden als één instelling geteld. Hetzelfde geldt voor CWZW Gelderland/ Groot Batelaar en Leger des Heils, dat in REPAD als Leger des Heils overblijft en om die reden als één instelling wordt geteld.

420. Er is sprake van verschillen in benaming tussen de onderzoekers (Jongebreur & Goedvolk, 2008) en zoals gebruikt in het informatiesysteem REPAD. Om praktische redenen is in deze studie aangesloten bij de benaming zoals gehanteerd in REPAD. Zie tabblad 'instellingen 2006 fz' (bron: 2017-9-3-Selectie-ofz-instellingen-2006-2007-tbv interviews. Z-verantwoording).
421. Dit betreft Arta, GGZ Midden Overijssel, Meerkanten, RIAGG over de IJssel, RIBW Heuvelland en Maasvallei, RIBW Rijnmond, Rivierduinen en Sanā. Deze organisaties komen noch voor in REPAD noch in de (digitale) archieven van DJI/ DForZo over 2007. In dat jaar werd de zorginkoop op verzoek van DForZo nog door de zorgkantoren gedaan en heeft DJI voor de financiële afrekening met de zorginstellingen zorggedragen.
422. Dit betreft Dimence (St. Zwolse Poort), GGZ Delfland, Mediant, RIBW Kennemerland/ Amstelland en de Meerlanden, Oldenkotte (FPC en De Tender). De informatie over het beëindigen van de contracten is verkregen via een van DForZo verkregen overzicht van fz-aanbieders 2012-2016.
423. Overwogen is om deze instellingen te benaderen om te vragen naar de reden van beëindiging. Deels is dit echter al bekend (FPC Oldenkotte is gesloten in het kader van de Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2013 tot en met 2017 (VenJ et al., 2013). Aangezien het een beperkt aantal resterende instellingen betreft (en de hiermee samenhangende beperkte generaliseerbaarheid) is hiervan afgezien, mede gelet op de haalbaarheid van het onderzoek.

- In verband met de haalbaarheid van het onderzoek is het aantal interviews bij de 50 instellingen die in 2006 fz leverden gesteld op maximaal 20. Met het oog op een evenwichtige spreiding van de te benaderen instellingen is, rekening houdend met het relatieve belang van de verschillende categorieën, uitgegaan van het interviewen van tenminste:
 - 4 (van de 12) FPC's (waaronder zorginstellingen met een FPK), waarvan tenminste de in 2015 enig overgebleven rijks-FPC;
 - 5 (van de 15) instellingen met een FPA;
 - 1 (van de oorspronkelijk 2) RIBW's;
 - 3 (van de 23) instellingen met vz, waarvan tenminste één gespecialiseerde vz-instelling;
 - 3 (van de 9) instellingen met vg, waarvan tenminste één gespecialiseerde sglvg-instelling;
 - 1 (van de (in 2015) 4) PPC's.
- Vrijwel alle ofz-instellingen (met uitzondering van RIBW) bieden reguliere ggz aan, zodat hier niet afzonderlijk op hoeft te worden geselecteerd.
Aangezien instellingen een gecombineerd zorgaanbod hebben en daarmee aan meerdere criteria tegelijk kunnen voldoen, kan met een wisselend aantal instellingen worden voldaan aan de selectiecriteria.
- Via brancheorganisaties GGZ Nederland en De Borg zijn de contactgegevens van de te benaderen respondenten, zoals bestuurs- of directiesecretariaten van de ofz-instellingen verkregen. Aan DJI (divisies Forensische Zorg en Gevangeniswezen) is formeel toestemming gevraagd om interviews te houden bij de fz-instellingen in eigen beheer (FPC en PPC's);
- Aan willekeurig geselecteerde instellingen, die gezamenlijk voldoen aan de hiervoor genoemde selectiecriteria, is gevraagd om een of meer bestuurders en (hoofd)behandelaren te noemen, die in 2006 en de jaren daarna werkzaam waren in de betreffende zorginstelling en die zicht hebben op de veranderingen die zich (bij voorkeur tot en met 2015) hebben voorgedaan;
- In een mondeling interview van (gepland) maximaal twee uur worden bestuurders en behandelaren afzonderlijk, maar vanwege praktische uitvoerbaarheid in principe op dezelfde dag en locatie, bevraagd over hun ervaringen.

Overige actoren:

Met het oog op de rol als opdrachtgever van sturende actoren is de voorzitter gevraagd van de commissie die mede ten grondslag heeft gelegen aan de stelselwijziging (TK, 2004-2005c), en vanuit de IRF daarna hierbij betrokken was. Aan (contactpersonen bij) brancheorganisaties GGZ Nederland, VGN en De Borg, NZa, IGZ en IvenJ is gevraagd naar vertegenwoordigers binnen de eigen organisatie die de stelselwijziging hebben meegemaakt en de ontwikkelingen sindsdien (tot en met 2015) hebben gevolgd.

Bijlage 7 bevat een overzicht van de geïnterviewde personen.

Bijlage 7 Lijst geïnterviewde personen

Respondent	In 2015 werkzaam bij	In 2006 werkzaam bij
<i>Bestuurders en (hoofd-)behandelaren fz-instellingen (UA1 en UA2)</i>		
H.M. (Hyacinthe) van Bussel, MBZD	De Rooyse Wissel	De Rooyse Wissel
M.R. (Mathijs) Coppes	RIBW Arnhem en Veluwevallei	Jeugdzorg
Dr. Th. A.M. (Tom) Deenen	Veldzicht	Veldzicht/ Hoofdkantoor DJI
I.H.E. (Ilse) van Esch MSc	Ipsse de Brugge	Ipsse de Brugge
Drs. A.R.A.M. (Rob) Geraerts	De Forensisch Zorgspecialisten	Van der Hoevenstichting
Drs. M. (Thees) Gernler	Fivoor (Aventurijn, Parnassia, Kijvelanden)	Palier (onderdeel Parnassia)
Dr. H. (Hein) de Haan	Tactus verslavingszorg	Tactus verslavingszorg/ NIFP
Drs. R.H. (Roel) Hermanides	Novadic Kentron	Novadic Kentron
Drs. C.R. (Cees) Hesse	Met pensioen	Trajectum
R. (Ronald) Heukels MBA	GGZ Drenthe	Kinder- en jeugdpsychiatrie
B. (Bart) Jansen	De Forensisch Zorgspecialisten	Van der Hoevenstichting
J.D. (John) Keunen MSc	RIBW Arnhem en Veluwevallei	RIBW Arnhem en Veluwevallei
G. (Gerard) Koorman MScBA/ MhBA	Van Mesdag/ Forint/ Lentis	Van Mesdag/ Lentis
Drs. A.M.J. (Sander) de Kuiper	Novadic Kentron	De Rooyse Wissel
Drs. K.N.A. (Karel) 't Lam	GGZ Drenthe	GGZ Drenthe
A.J.T. (Ton) Lentjes	RIBW Arnhem en Veluwevallei	RIBW Arnhem en Veluwevallei
Drs. E.P. (Evert-Jan) van Maren	GGZ NHN	GGZ NHN
Drs. J.A.M. (Jan) Reijnen	De Woenselse Poort	GGZ Eindhoven
R.J.T. (Ruud) Rutten	Tactus verslavingszorg	Tactus verslavingszorg
Drs. G. (Gerard) Veeneman	Van Mesdagkliniek	Van Mesdagkliniek
J.V. (Joep) Verbugt	GGZ Eindhoven	GGZ Eindhoven
Drs. J. E. (Johan) Wouda	Tactus verslavingszorg	Tactus verslavingszorg
<i>Sturende actoren (OSA, SA1 en SA2)</i>		
Drs. M.C.A. (Michèle) Blom	Ministerie van Justitie, DGSenB	Ministerie van Justitie, directie SP
Mr. drs. M.C.J. (Michel) Groothuizen	Ministerie van Justitie, directie SenJ/ NIFP	Ministerie van Justitie, directie FEZ
Mr. C.A. (Carsten) Herstel	Ministerie van Justitie, directie SenJ	DJI, sectordirectie TBS
Drs. W.A.J. J. (Winfried) Houtman	Gemeente Rotterdam	Ministerie van Financiën, IRF
Drs. H.J. (Hendrik Jan) van der Lugt	Oostvaarderskliniek	DJI, sectordirectie TBS
Mr. J.J. (Jacques) Martini MPA	Trajectum	DJI, sectordirectie TBS
A.H.J. (Aarnout) Melis	Ministerie van VWS, directie CZ	Ministerie van VWS, directie CZ
Mr. L.J. (Liesbeth) Molenaar	Ministerie van VWS, directie CZ	Ministerie van VWS, directie CZ
Drs. W.A. (Wim) Vernes	DJI, Plaatsingsloket/ DIZ	Zorgverzekeraar
<i>Vertegenwoordigers Inspecties en Nza (OA2 en OA3)</i>		
Drs. J. (José) Buisman	IVenJ	DJI, sectordirectie TBS
T.M.P. (Thei) van Els	IGZ	IGZ
Drs. H.C. (Henk) Milius	IGZ	GGZ-instelling
Mr. M.M.S. (Monique) Vroemen	IVenJ	IST
Drs. M.F.j. (Marjet) Baggum	NZa	Zorgverzekeraar
J.W. (Willem) Eggink MSc	NZa	
<i>Vertegenwoordigers brancheorganisaties (OA1)</i>		
M.L. (Marloes) van Es	GGZ Nederland	GGZ Nederland
Drs. J. (Han) Huizinga	VGN	VGN
Drs. R. (Rianne) Kasander	GGZ Nederland	Riagg
N. (Nico) Overvest MHA	zelfstandige	Stg. de Borg

Bijlage 8 Codering inkoop forensische zorg

Tabel B.7 Zorgcodes naar type fz en doelgroep

Type fz	Zorgcode	Omschrijving	Bron	Toelichting	Doelgroep
BW	AFZ2	For. Zorg Gedetineerden RIBW	Nza-code	GGZ begeleiding	GED
BW	BED6	RIBW individueel verblijf licht	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	BED7	RIBW kleinschalig groepsverblijf licht	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	BED8	RIBW kleinschalig verblijf zwaar	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	F125 B	Dagactiviteit GGZ-LZA tbv RIBW cliënten	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	F125A	Waarvan t.b.v. RIBW cliënten	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	VZ2.1	Structuur biedend/beperkte begeleiding	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	VZ2.2	Structuur biedend/volledige begeleiding	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	VZ2.3	Veranderingsgericht/beperkte	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	VZ2.4	Veranderingsgericht/volledige	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	VZ2.5	Jeugdigen in RIBW's	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
BW	Z-125 B	RIBW (ZZP GGZ C) cliënten	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
FPA	AFZ1	For. Zorg Gedetineerden FPA	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 2	GED
FPA	BED3	Per bed FPA	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 2	OFF
FPA	EFA	Forensische afdeling	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 2	OFF
FPA	F.1.1	Resocialisatie FPA	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 2	OFF
FPA	F.1.2	Behandeling FPA	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 2	OFF
FPA	PILOT.1.1	Resocialisatie FPA	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
FPA	PILOTFPABE	Per bed FPA	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
FPA	VSGA	Klinisch intensieve behandelingen	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 2	OFF
FPC (tbs)	EC-FPC-PJ	TBS doorstroom en verblijf (particuliere justitiële kliniek)	Eigen code	Nav omschrijving/ DForZo	TBS
FPC (tbs)	EC-FPC-RJ	TBS doorstroom en verblijf (Justitiële	Eigen code	Nav omschrijving/ DForZo	TBS
FPC (tbs)	EC-FPC-NJ	TBS doorstroom en verblijf (particuliere niet-justitiële kliniek)	Eigen code	Nav omschrijving/ DForZo	TBS
FPK (OFF)	AFZ3	Forensische Zorg gedetineerden FPK	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 3	GED
FPK (OFF)	BED1	Per bed FPK/ TBS 0 t/m 55 bedden	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 3	OFF
FPK (OFF)	BED2	Per bed FPK/ TBS vanaf 56 bedden	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 3	OFF
FPK (OFF)	EFK	Forensische kliniek	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 3	OFF
FPK (OFF)	F.1.3	Long stay (basis) FPK	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 3	OFF
FPK (OFF)	F.1.5	Resocialisatie FPK	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 3	OFF
FPK (OFF)	F.1.6	Behandeling FPK	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 3	OFF
FZG	EC-GW-P06	Poliklinische zorg in detentie (2006)	Eigen code	Nav omschrijving	GED
FZG	20A.H329	Behandeling gedragswetenschapper	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20A.T01	Inzet behandelaar eo therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20B.F110	Toeslag contact buiten de instelling	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20B.H107	Groepscont. beh./begeleiding	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20B.H221	Telefonische behand./begel. contact	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20B.H329	Behandeling gedragswetenschapper	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20B.T01.D	Inzet behandelaar eo Therapeut (Diagn,	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20B.T01.M	Inzet behandelaar eo therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20B.T01.P	Inzet behandelaar eo therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20C.H329	Behandeling gedragswetenschapper	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20C.T01	Inzet behandelaar eo therapeut (GZ	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20D.F107	Groepscontact Beh./Begeleiding	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20D.F110	Toeslag contact buiten de instelling	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20D.T01.P	Inzet tbv training	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	20D.T01.P1	Inzet tbv training Valesquesgroep (behandelaar PRV	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED

Vervolg tabel B.7

Type fz	Zorgcode	Omschrijving	Bron	Toelichting	Doelgroep
FZG	20D.T01.P2	Inzet tbv leefstijltrainingen	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21A.T01	Inzet behandelaar eo therapeut (Orthopedagoog VG)	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21A.T01.T	Inzet Behandelaar eo therapeut (tel.	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21B.F201	Nieuwe inschrijving	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21B.F202	Intakecontract	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21B.F207	Groepcontact Beh./begeleiding	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21B.F208	Toeslag contact buiten de locatie vd	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21B.T01.L1	Inzet Behandelaar/therapeut (Lieberman, omg met V)	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21B.T01.L2	Inzet Behandelaar/Therapeut (Lieberman, psychot sym	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21B.T01.L3	Inzet Behandelaar/therapeut ind. cont.	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21B.T01.R	Reistijd behandelaar/therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21C.F110	Toeslag contact buiten de instelling	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21C.H207	Groepscontact beh./begeleiding	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21C.T01	Inzet behandelaar eo therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21D.S101	SPV uitstroom	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21D.T01	Inzet behandelaar eo therapeut (SPV	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21E.F201	Nieuwe inschrijving	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21E.F202	Intakecontact	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21E.F207	Groepscontact Beh./Begeleiding	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21E.F208	Toeslag contact buiten de locatie vd	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21E.T01.P	Inzet Behandelaar eo Therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21E.T01.R	Reistijd Behandelaar eo Therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	21E.T01.S	Inzet Behandelaar eo Therapeut (Sova	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	22A.F207	Groepscontact/behandeling	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	22A.P101	Gedragsdeskundige VB	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	22A.T01	Inzet Behandelaar eo Therapeut (gedragskundige VB)	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	22B.T01	Inzet behandelaar eo therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	22C.F107	Groepsbeh./begeleiding	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	22C.T01	Inzet behandelaar eo therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	22D.F104	Psychotherapiecontact	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	22D.T01	Inzet behandelaar eo therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	22E.T01	Inzet behandelaar eo therapeut (SPV	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	23A.T01	Inzet behandelaar eo Therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	23A.T01.O	Inzet behandelaar e/o therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	23A.T01.S	Inzet behadelaar e/o Therapeut(SPV)	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	23C.T01	Psychomotore Therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	23D.F110	Toeslag contact buiten de instelling	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	23D.F147	Groepscontact beh./ begeleiding	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	23D.F475	Psychoth. dlt. beh. (4-6u)	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	23D.T01	Inzet behandelaar eo Therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
FZG	23D.T01	Inzet behandelaar eo Therapeut	Nza-code	Zorg gedetineerden in PPC	GED
GGZ	BED5	Per bed voor volwassenen en ouderen	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	EV	Volwassenen en ouderen	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	F101	Nieuwe inschrijving	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F102	Intakecontact	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F103	Onderzoekscontact	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F104	Psychotherapiecontact	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F105	Groepscontact psychotherapie	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F106	Behandeling/begeleidingscontact	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF

Vervolg tabel B.7

Type fz	Zorgcode	Omschrijving	Bron	Toelichting	Doelgroep
GGZ	F107	Groepscontact behandeling/begeleiding	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F108	Crisiscontact binnen kantooruren	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F109	Crisiscontact buiten kantooruren	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F110	Toeslag contact buiten de instelling	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F120	Activerende psychiatrische thuiszorg	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	F121	Psychiatrische intensieve thuiszorg	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	F122	Psychiatrische crisisinterventie thuis	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	F123	Gespecialiseerde begeleiding (BZW)	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	F124	Dienstverlening/ preventie	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	F125	Dagactiviteit GGZ-LZA	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	F125 A	Dagactiviteit GGZ-LA	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	F128	Individuele preventie	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	F130	Casemanagement	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	F132	Intake contact	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	F133	Onderzoekscontact	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	F134	Psychotherapiecontact	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	F135	Groepscontact psychotherapie	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	F136	Behandeling/begeleidingscontact	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	F140	Toeslag contact buiten de instelling	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	F201	Nieuwe inschrijving	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F202	Intakecontact	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F204	Psychotherapiecontact	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F205	Groepscontact psychotherapie	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F206	Behandeling/begeleidingscontact	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F207	Groepscontact behandeling/begeleiding	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F208	Toeslag contact buiten de instelling	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F221	Telefonisch behandeling/begeleiding	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F223	Telefonisch	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F225	Telefonisch	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F471	Structuurbiedende deeltijdbehandeling (4-Nza-code		GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F472	Structuurbiedende deeltijdbehandeling (6-Nza-code		GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F473	Idem met beperkte begeleiding (4-6u)	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F474	Idem met beperkte begeleiding (6-8u)	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F478	Psychotherapeut met beperkte	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F484	Rehabilitatie (6-8u)	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	F491	Forensische behandeling (6-8u)	Nza-code	GGZ ambulante behandeling	OFF
GGZ	G130	Zorgcoördinatie	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H102	Huishoudelijke verzorging HV 2	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	H106	Gespecialiseerde verpleging	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	H121	Begeleiding	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H126	Persoonlijke verzorging	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	H128	Verpleging extra	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	H129	Begeleiding extra	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H130	Activerende thuiszorg	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H140	Begeleiding speciaal 1	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H143	Activerende begeleiding speciaal 3	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	H144	Begeleiding speciaal 2	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H150	Begeleiding Extra	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H152	Begeleiding speciaal 1(nah)	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H153	Gespecialiseerde begeleiding (psy)	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H300	Begeleiding	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H811	Dagbesteding VG licht	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	H812	Dagbesteding VG Midden	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF

Vervolg tabel B.7

Type fz	Zorgcode	Omschrijving	Bron	Toelichting	Doelgroep
GGZ	H813	Dagbesteding VG zwaar	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	V.1.1	Kortdurend met beperkte begeleiding	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	V.1.2	Kortdurend met volledige begeleiding	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	V.1.3	Kortdurend met intensieve begeleiding/bescherming	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	V.2.1	Structuurbiedend met beperkte	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	V.2.2	Structuurbiedend met volledige	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	V.2.3	Veranderingsgericht met beperkte	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	V.2.4	Veranderingsgericht met volledige	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	V.2.5	Crisis met intensieve	Nza-code	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
GGZ	V.3.1	Structurende deeltijdbehandeling	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	V.3.2	Structuurbiedende deeltijdbehandeling met beperkte beg.	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	V.3.3	Psychotherapeutische	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	V.3.4	Psychotherapeutische deeltijdbehandeling met beperkte beg.	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
GGZ	Z-F125B	Dagactiviteiten tbv ZZP GGZ C cliënten	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	Z310	1 GGZ C (excl. dagbesteding)	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	Z320	2 GGZ C (excl. dagbesteding)	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	Z330	3 GGZ C (excl. dagbesteding)	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	Z340	4 GGZ C (excl. dagbesteding)	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	Z350	5 GGZ C (excl. dagbesteding)	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
GGZ	Z360	6 GGZ C (excl. dagbesteding)	Nza-code	GGZ begeleiding	OFF
PPC	EC-GW-PI	PPC (vanaf 2009); FOBA, IBA, PSC, VBA	Eigen code	voorlopers PPC	GED
VD	VD1-PC1	Vanaf 200-400 minuten PG3	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VD	VD1-PC2	Vanaf 0-100 minuten PG1	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VD	VD2-PC1	vanaf 400-800 minuten PG4	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VD	VD2-PC2	Vanaf 100-200 minuten PG2	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VD	VD3-PC1	Vanaf 0-100 minuten PG1	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VD	VD3-PC2	Vanaf 200-400 minuten PG3	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VD	VD4-PC1	Vanaf 100-200 minuten PG2	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VD	VD4-PC2	Vanaf 400-800 minuten PG4	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VD	VD5-PC1	Vanaf 800 minuten PG 5	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VD	VD5-PC2	Vanaf 800 minuten PG5	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VG	H321	Reiskosten prestaties behandeling	Eigen code	(2006) nav Nza-systematiek	OFF
VG	H326	Behandeling basis sglvg-traject	Nza-code	VG ambulante behandeling	OFF
VG	H327	Behandeling basis sglvg deeltijd	Nza-code	VG ambulante behandeling	OFF
VG	H328	Behandeling basis som, pg, vg, lg	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	H329	Behandeling gedragswetenschapper	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	H422	SGLVG	Eigen code	(2006) nav omschrijving	OFF
VG	H422a	SGLVG	Eigen code	(2006) nav omschrijving	OFF
VG	H422d	SGLVG	Eigen code	(2006) nav omschrijving	OFF
VG	H519	Dagactiviteit vg basis	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	H520	Dagactiviteit vg extra	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	SGLVG	SGLVG Verblijf	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	SGLVG+1	SGLVG+ behandeling	Nza-code	VG behandeling beveil.niv. 2	OFF
VG	SGLVG1	SGLVG behandeling	Nza-code	VG behandeling beveil.niv. 2	OFF
VG	SGLVG2	SGLVG Plaats/Bed	Eigen code	(2006) nav omschrijving	OFF
VG	VG1	VG Verblijf met behandeling	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	VG2	VG Verblijf zonder behandeling	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	Z425	2 VG (incl. dagbesteding)	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	Z433	3 VG (incl. dagbesteding)	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	Z443	4 VG (incl. dagbesteding)	Nza-code	VG begeleiding	OFF

Vervolg tabel B.7

Type fz	Zorgcode	Omschrijving	Bron	Toelichting	Doelgroep
VG	Z457	5 VG (incl. dagbesteding)	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	Z463	6 VG (incl. dagbesteding)	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VG	Z473	7 VG (incl. dagbesteding)	Nza-code	VG begeleiding	OFF
VZ	A.1.1	Groepsgewijs met beperkte begeleiding	DForZo	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
VZ	A.1.2	Groepsgewijs met volledige begeleiding	DForZo	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
VZ	A.1.3	Individueel met beperkte begeleiding	DForZo	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
VZ	A.1.4	Individueel met volledige begeleiding	DForZo	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
VZ	A.1.5	Continue tot zeer intensieve begeleiding	DForZo	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
VZ	A.1.6	Crisisinterventie	DForZo	GGZ behandeling beveil.niv. 1	OFF
VZ	A.2.1	Deeltijdbehandeling verslavingszorg met beperkte begeleiding	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	A.2.2	Deeltijdbehandeling verslavingszorg	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	BED1A	Per bed FVK/ TBS 0 t/m 55 bedden	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	BED3A	Per bed FVA	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	BED4	Per bed alcohol- en/of drugsverslaafden	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	EA	Alcohol- en drugsverslaafden	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	F.1.1A	Resocialisatie FVA	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	F.1.2A	Behandeling FVA	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	F.1.5A	Resocialisatie FVK	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	F.1.6A	Behandeling FVK	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
VZ	F127	Methadonverstrekking	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F141	Nieuwe inschrijving	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F142	Intakecontact	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F143	Onderzoekscontact	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F144	Psychotherapiecontact	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F145	Groepscontact psychotherapie	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F146	Behandeling/begeleidingscontact	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F147	Groepscontact behandeling/begeleiding	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F148	Crisiscontact binnen kantooruren	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F149	Crisiscontact buiten kantooruren	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F150	Toeslag contact buiten de instelling	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F451	Deeltijdbehandeling (4-6u)	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F452	Deeltijdbehandeling (6-8u)	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F453	Deeltijd met beperkte begeleiding (4-6u)	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	F454	Deeltijd met beperkte begeleiding (6-8u)	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.A.1.6	Crisisinterventie	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.BED4	Per bed alcohol- en/of drugsverslaafden	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.BP	Behandelde personen	DForZo	Eigen code nav DForZo-systeem	OFF
VZ	VZ1.F148	Crisiscontact binnen kantooruren	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.F149	Crisiscontact buiten kantooruren	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.F201	Nieuwe inschrijving	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.F202	Intakecontract	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.F204	Psychotherapiecontact	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.F205	Groepscontact psychotherapie	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.F206	Behandeling/begeleidingscontact	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.F207	Groepscontact beh./begeleiding	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.F208	Toeslag contact buiten de instelling	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
VZ	VZ1.F225	Telefonisch behand./begel. contact	DForZo	GGZ ambulante behandeling	OFF
ZKG	ZKA	Afrekening ZKG	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
ZKG	ZKG	Zak- en kleedgeld	Eigen code	Nav omschrijving	OFF
ZKG	ZKG 15-5	Zak/kleedgeld gedetineerde ogv art 15-5	Eigen code	Nav omschrijving	OFF

Legenda

GED: gedetineerden; TBS: ter beschikking gestelden; OFF: overige forensische populatie

Bijlage 9 Tabellen bij hoofdstuk 5

Tabel B.8 Programma-uitgaven fz en opbrengsten in mln. (2006 t/m 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Programma-uitgaven*	€ 280	€ 403	€ 533	€ 577	€ 672	€ 675	€ 707	€ 724	€ 791	€ 757
Overheveling AWBZ		€ 229	€ 273	€ 279	€ 288	€ 307	€ 307	€ 333	€ 333	€ 349
Autonome groei			€ 11	€ 15	€ 10	€ 5	€ 5	€ 5		
Uitbreiding tbs		€ 14								

Bronnen

Programma-uitgaven: jaarverslagen VWS (2006, p. 78) en Justitie 2010 (p. 51), 2011 (p.43), 2012 (p. 43), 2012 (p. 65); Overheveling AWBZ: jaarverslagen justitie 2007 (p. 25), 2008 (p. 47) en 2013 (p. 116) met aanvulling DForZo; Autonome groei: jaarverslagen justitie 2008 (p.124), 2009 (p.119), 2010 (p. 123), 2011 (p. 134), 2012 (p. 121), 2013 (p. 116), 2014 (p. 127); Capaciteitsuitbreiding tbs; JV 2007, p.25. * In 2006 zijn enkel programma-uitgaven voor tbs (Justitie en VWS gezamenlijk) zichtbaar.

Tabel B.9 Productiekosten per doelgroep en type fz in € 1.000 (2006 t/m 2015)

	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
GED	€ 37.860		€ 31.817	€ 115.070	€ 104.840	€ 126.666	€ 127.173	€ 122.448	€ 120.438
BW			€ 487	€ 1.460	€ 1.171	€ 1.083	€ 615	€ 630	€ 1.646
FPA			€ 8.131	€ 19.493	€ 11.495	€ 19.828	€ 22.391	€ 15.437	€ 20.548
FPK (ofz)						€ 4.506	€ 4.801	€ 4.749	€ 4.841
FZG	€ 2.846			€ 317	€ 73	€ 448	€ 666	€ 431	€ 203
PPC*	€ 35.014		€ 23.200	€ 93.800	€ 92.100	€ 100.800	€ 98.700	€ 101.200	€ 93.200
OFP	€ 68.039	€ 94.733	€ 120.042	€ 143.251	€ 160.083	€ 192.501	€ 207.629	€ 241.785	€ 243.516
BW	€ 2.043	€ 3.293	€ 6.022	€ 8.096	€ 11.485	€ 15.963	€ 19.620	€ 36.238	€ 2.276
FPA	€ 20.269	€ 27.296	€ 27.623	€ 29.150	€ 33.447	€ 35.656	€ 39.014	€ 46.172	€ 38.710
FPK (ofz)	€ 17.122	€ 22.731	€ 24.999	€ 28.581	€ 36.824	€ 43.099	€ 38.780	€ 40.211	€ 43.243
GGZ	€ 16.939	€ 23.742	€ 33.533	€ 36.954	€ 39.801	€ 49.929	€ 54.413	€ 61.060	€ 103.420
VG	€ 2.707	€ 3.662	€ 7.264	€ 18.096	€ 15.535	€ 19.041	€ 23.891	€ 27.767	€ 32.520
VZ	€ 8.960	€ 14.010	€ 20.600	€ 22.373	€ 22.958	€ 28.791	€ 31.255	€ 29.559	€ 23.323
ZK&VD					€ 33	€ 23	€ 657	€ 778	€ 25
TBS	€ 259.067		€ 330.667	€ 334.954	€ 330.666	€ 334.076	€ 314.063	€ 302.986	€ 287.478
FPC	€ 259.067		€ 330.667	€ 334.954	€ 330.666	€ 334.076	€ 314.063	€ 302.986	€ 287.478
Totaal	€ 364.967	€ 94.733	€ 482.526	€ 593.274	€ 595.589	€ 653.243	€ 648.866	€ 667.218	€ 651.432

Bronnen

FPC: DForZo (nacalculatie); PPC: 2006 (Van Gemmert & Valstar 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk 2008 en jaarverslag Justitie), daarna jaarverslagen Justitie; overig: 2006 (Jongebreur & Goedvolk 2008), daarna DForZo (REPAD,

Legenda

GED: gedetineerden; OFP: overig forensische patiënten; TBS: ter beschikking gestelden (dwangverpleging). *In 2006 bijzondere zorgafdelingen in penitentiaire inrichtingen

Tabel B.10 Intra- en extramuraal fz-volume per eenheid in aantal en indices (2006 t/m 2015)

	Realisatie productievolume									Index	
	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	(2006=100)	(2009=100)
<i>Intramurale fz*</i>											
Bedden BW		83	180	251	294	432	506	819			454 ^V
Bedden FPC	1.582	1.880	1.957	1.983	1.897	1.789	1.714	1.596	1.484	94	76
Bedden OFZ (excl. BW)		600	691	726	777	842	879	848	762		110
Bedden PPC**	530		194	700	700	692	680	620	620	117	320
Eerste opnames	638	1.107	1.319	1.385	1.417	1.401	1.298	1.461	1.222	192	93
Begeleiding BW (dagen)	23.061	34.425	58.976	80.730	110.954	137.014	167.747	290.325	9.362	1259 ^V	492 ^V
Begeleiding OFZ excl. BW (dagen)		280	2.854	10.276	13.679	15.435	22.490	43.614	383.938		1.528 ^V
Behandeling (dagen)	181.235	220.165	270.096	324.053	324.679	383.649	382.419	382.242	364.299	201	135
Subtotaal OFZ (dagen)	204.296	254.870	331.926	415.059	449.312	536.098	572.656	716.181	757.599	371	228
<i>Extramurale fz***</i>											
Begeleiding (uren)	14.701	34.665	55.508	72.222	80.653	121.687	157.072	198.314	215.994	1.469	389
Behandeling (contacten)	74.049	148.188	206.553	224.945	234.036	263.735	300.973	303.653	310.965	420	151
Behandeling (dagdelen)							368	13			
Behandeling (uren)	2.557	1.323	7.733	16.225	7.189	10.527	20.791	27.103	28.490	1.114	368
Casemanagement (cliënten)			44	50	63	199	234	209	142		323
Contact buiten instelling (toeslag)	12.087	11.772	19.995	25.325	23.930	28.783	29.480	31.519	32.557	269	163
Dagactiviteit (uren)	8.456	69.971	65.197	71.081	108.574	192.390	266.527	422.962	444.239	5.254	681
Dagbesteding (dagdelen)	38		390	837	367	5.475	7.232	6.266	6.956	18.305	1.784
Methadonverstrekking			14.337	22.498	28.492	30.682	34.927	41.560	41.111		287
Thuiszorg en preventie (uren)	2.938	7.915	9.989	6.896	6.746	7.143	4.484	4.105	2.559	87	26

Bronnen

FPC: DForZo (MITS); PPC: 2006 (Van Gemmert & Valstar, 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008) en jaarverslagen Justitie; overig: 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt)

Legenda

*Klinische fz (beveiligingsniveau 1 t/m 4) en fz met verblijf (beveiligingsniveau n.v.t.); **In 2006: bijzondere zorgafdeling in gevangeniswezen; vanaf 2009 ppc; *** Ambulante behandeling en begeleiding (beveiligingsniveau n.v.t.); ^V Index 2014

Tabel B.11 Intra- en extramuraal productiekosten per eenheid in € en indices (2006 t/m 2015)

	Realisatie productiekosten									Index	
	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	(2006=100)	(2009=100)
<i>Intramurale fz*</i>											
Bedden BW		€ 775	€ 1.691	€ 2.415	€ 2.857	€ 4.323	€ 5.203	€ 8.607			509 ^V
Bedden FPC	€ 259.067		€ 330.667	€ 334.954	€ 330.666	€ 334.076	€ 314.063	€ 302.986	€ 287.478	111	87
Bedden OFZ (excl. BW)		€ 15.141	€ 17.904	€ 19.723	€ 21.501	€ 24.409	€ 26.034	€ 26.431	€ 24.097		135
Bedden PPC**	€ 35.014		€ 23.200	€ 93.800	€ 92.100	€ 100.800	€ 98.700	€ 101.200	€ 93.200	266	402
Eerste opnames	€ 739	€ 1.279	€ 1.487	€ 1.655	€ 1.896	€ 2.185	€ 2.070	€ 2.220	€ 1.866	253	125
Begeleiding BW (dagen)	€ 2.043	€ 2.495	€ 4.728	€ 7.046	€ 9.625	€ 12.088	€ 14.985	€ 26.168	€ 1.646	81	35
Begeleiding OFZ excl. BW (dagen)		€ 69	€ 590	€ 2.146	€ 3.117	€ 3.794	€ 5.287	€ 8.506	€ 51.657		1442 ^V
Behandeling (dagen)	€ 52.107	€ 50.530	€ 65.497	€ 88.626	€ 88.735	€ 116.374	€ 121.421	€ 122.023	€ 120.701	232	184
Subtotaal intramuraal ofz	€ 54.889	€ 70.289	€ 91.898	€ 121.612	€ 127.731	€ 163.173	€ 175.001	€ 193.955	€ 199.966	364	218
Subtotaal intramuraal fz	€ 348.971		€ 445.765	€ 550.365	€ 550.497	€ 598.049	€ 587.764	€ 598.141	€ 580.645	166	130
<i>Extramurale fz</i>											
Begeleiding (uren)	€ 979	€ 2.510	€ 4.161	€ 5.328	€ 6.021	€ 9.237	€ 10.768	€ 14.270	€ 15.596	1.593	375
Behandeling (contacten)	€ 11.168	€ 19.702	€ 28.756	€ 32.262	€ 34.232	€ 38.911	€ 40.869	€ 42.273	€ 42.928	384	149
Behandeling (dagdelen)							€ 164	€ 8			
Behandeling (uren)	€ 246	€ 132	€ 786	€ 1.680	€ 762	€ 1.069	€ 1.770	€ 2.843	€ 3.183	1.294	405
Casemanagement (cliënten)			€ 76	€ 88	€ 113	€ 367	€ 444	€ 407	€ 281		372
Contact buiten instelling (toeslag)	€ 2.944	€ 741	€ 1.372	€ 2.017	€ 1.959	€ 2.388	€ 2.490	€ 2.672	€ 2.862	97	209
Dagactiviteit (uren)	€ 69	€ 644	€ 635	€ 712	€ 1.103	€ 2.020	€ 2.837	€ 4.686	€ 4.913	7.085	774
Dagbesteding (dagdelen)	€ 1		€ 18	€ 44	€ 19	€ 255	€ 355	€ 328	€ 355	26.699	2.011
Methadonverstrekking			€ 97	€ 157	€ 202	€ 224	€ 262	€ 320	€ 322		331
Thuiszorg en preventie (uren)	€ 363	€ 715	€ 861	€ 621	€ 646	€ 701	€ 486	€ 494	€ 321	88	37
Subtotaal extramuraal ofz/fz	€ 15.771		€ 36.761	€ 42.909	€ 45.058	€ 55.171	€ 60.445	€ 68.300	€ 70.763	449	192
Overig/ onbekend****	€ 225				€ 33	€ 23	€ 657	€ 778	€ 25		
Totaal fz	€ 364.967		€ 482.526	€ 593.274	€ 595.589	€ 653.243	€ 648.866	€ 667.218	€ 651.432	178	135
Aandeel intramuraal/ totaal	96%		92%	93%	92%	92%	91%	90%	89%		

Bronnen

FPC: DForZo (nacalculatie); PPC: 2006 (Van Gemmert & Valstar, 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008) en jaarverslagen Justitie; overig: 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt)

Legenda

*Klinische fz (beveiligingsniveau 1 t/m 4) en fz met verblijf (beveiligingsniveau n.v.t.); **In 2006: bijzondere zorgafdeling in gevangeniswezen; vanaf 2009 ppc; *** Ambulante behandeling en begeleiding (beveiligingsniveau n.v.t.); **** Overig: verdieplingsdiagnostiek, zakgeld en onbekend; ^V Index 2014

Bijlage 10 Tabellen bij hoofdstuk 6

Tabel B.12 Productiekosten instellingen met fz in 2006 in mln. (2006 t/m 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
FPC	€ 259			€ 326	€ 324	€ 319	€ 323	€ 302	€ 292	€ 275
OFZ	€ 73*	€ 84	€ 91	€ 123	€ 155	€ 161	€ 200	€ 214	€ 226	€ 227
PPC	€ 35			€ 23	€ 94	€ 92	€ 101	€ 99	€ 101	€ 93
Géén fz in 2006			€ 4	€ 10	€ 20	€ 23	€ 30	€ 34	€ 48	€ 56
<i>Totaal</i>	€ 367	€ 230	€ 95	€ 483	€ 593	€ 596	€ 653	€ 649	€ 667	€ 651
<i>wv. Geïnterviewd</i>	€ 186	€ 140	€ 56	€ 268	€ 291	€ 296	€ 316	€ 311	€ 317	€ 324
<i>Geïnterviewd (in %)</i>	51%			56%	49%	50%	48%	48%	47%	50%

Bronnen

FPC: DForZo (nacalculatie); OFZ: 2006 (Jongebreur & Goedvolk 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt); PPC: 2006 (Van Gemmert & Valstar 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk 2008 en jaarverslag Justitie), daarna jaarverslagen Justitie

Toelichting

* Inclusief € 1,2 mln voor twee instellingen voor wie door Significant het definitieve resultaat later is vastgesteld dan het moment waarop de totaalschatting is gemaakt (Jongebreur & Goedvolk, 2008, p. 33)

Tabel B.13 Schuldigverklaringen en opgelegde sancties meerderjarigen door rechter in eerste aanleg en onherroepelijk (2000 t/m 2015)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Schuldigverklaring met straf*	98.200	97.090	101.205	117.450	115.190	113.805	113.255	106.895
Opgelegde sancties*	135.705	140.075	149.535	172.615	170.005	168.165	167.085	157.610
Opgelegde sancties**	141.305	144.965	151.850	175.255	172.040	169.885	169.815	160.335
Gevangenisstraf *	30.635	30.400	33.735	37.420	33.820	29.340	25.780	24.155
Gevangenisstraf**	27.285	29.890	33.735	37.085	33.510	29.090	25.620	24.030
Tbs met dwang*	220	260	270	295	310	245	250	240
Tbs met dwang**	222	277	278	303	323	255	251	253
Voorwaardelijke sanctie*	25.755	28.170	30.105	33.860	34.495	35.905	37.465	35.620
Voorwaardelijke sanctie***	31.038	37.551	32.188	35.836	36.298	37.986	41.176	40.295
Bijzondere voorwaarden*	12.799	13.177	14.839	17.941	21.028	24.986	27.344	27.244
Strafbeschikking OM								
Aandeel voorw. sancties*	19%	20%	20%	20%	20%	21%	22%	23%
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Schuldigverklaring met straf*	105.385	106.280	90.995	87.035	82.405	84.150	81.345	83.695
Opgelegde sancties*	154.905	152.905	128.595	121.700	117.580	119.530	115.225	117.665
Opgelegde sancties**	158.125	156.090	130.955	123.930	119.580	121.130	116.575	118.935
Gevangenisstraf *	23.830	22.585	21.380	22.570	23.775	25.030	24.530	24.535
Gevangenisstraf**	23.680	22.455	21.260	22.500	23.700	25.010	24.595	24.385
Tbs met dwang*	195	165	160	145	150	155	175	145
Tbs met dwang**	201	165	160	150	151	158	174	146
Voorwaardelijke sanctie*	36.140	35.720	32.380	31.645	32.120	33.370	34.015	35.670
Voorwaardelijke sanctie***	41.531	40.864	37.035	36.010	36.180	36.482	37.117	38.544
Bijzondere voorwaarden*	28.555	26.892	21.721	19.163	19.093	18.110	17.509	15.610
Strafbeschikking OM		5.650	12.695	29.335	41.320	37.775	35.180	28.470
Aandeel voorw. sancties*	23%	23%	25%	26%	27%	28%	30%	30%

Bronnen

Onherroepelijk opgelegd:* WODC (OBJD); voorwaardelijke sancties 1e aanleg:*** CBS/ WODC (Criminaliteit en rechtshandhaving 2016, tabel 6.5) ; overige 1e aanleg:** CBS (StatLine, Misdrijven; opgelegde straffen en maatregelen 1994-2016); strafbeschikkingen OM (CBS, Statline Misdrijven; beslissingen door het OM, 1994-2016)

Legenda

Schuldigverklaring met straf en afdoeningswijze betreft uitspraak rechter (in eerste aanleg en onherroepelijk); gevangenisstraf= geheel of gedeeltelijk onvoorwaardelijke vrijheidsstraf; voorwaardelijke sanctie= geheel of gedeeltelijk voorwaardelijke geldboete, leerstraf, werkstraf of vrijheidsstraf; strafbeschikking betreft beslissing OvJ. * Onherroepelijke uitspraak rechter; ** Uitspraak rechter in eerste aanleg; *** Uitspraak rechter in eerste aanleg, inclusief minderjarigen

Tabel B.14 Ontwikkeling (potentiële) fz-populatie naar doelgroep in aantallen sancties, personen en kosten (2006 t/m 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Algemeen										
Opgelegde sancties	167.085	157.610	154.905	152.905	128.595	121.700	117.580	119.530	115.225	117.665
Productiekosten fz (in € 1.000)	€ 364.967			€ 482.526	€ 593.274	€ 595.589	€ 653.243	€ 648.866	€ 667.218	€ 651.432
Per opgelegde sanctie	€ 2.184			€ 3.156	€ 4.614	€ 4.894	€ 5.556	€ 5.428	€ 5.791	€ 5.536
Programma-uitgaven fz (in € 1.000)*	€ 279.594	€ 403.169	€ 532.803	€ 577.162	€ 672.255	€ 675.146	€ 706.947	€ 723.733	€ 791.280	€ 756.591
Per opgelegde sanctie	€ 2.558	€ 3.440	€ 3.775	€ 3.775	€ 5.228	€ 5.548	€ 6.012	€ 6.055	€ 6.867	€ 6.430
Gedetineerden										
Instroom gedetineerden	44.799	43.831	41.599	40.312	39.293	39.866	38.666	39.653	41.400	38.446
Uitstroom gedetineerden	46.322	44.108	41.845	39.979	39.720	40.589	39.617	40.619	43.462	38.881
Productiekosten ged (in € 1.000)	€ 37.860			€ 31.817	€ 115.070	€ 104.840	€ 126.666	€ 127.173	€ 122.448	€ 120.438
Per ingestroomde gedetineerde	€ 845			€ 789	€ 2.928	€ 2.630	€ 3.276	€ 3.207	€ 2.958	€ 3.133
Per uitgestroomde gedetineerde	€ 817			€ 796	€ 2.897	€ 2.583	€ 3.197	€ 3.131	€ 2.817	€ 3.098
Ter beschikking gestelden										
Ter beschikking gestelden in FPC	1.814	1.912	2.045	2.136	2.115	2.053	1.913	1.856	1.749	1.655
Productiekosten tbs (in € 1.000)	€ 259.067			€ 330.667	€ 334.954	€ 330.666	€ 334.076	€ 314.063	€ 302.986	€ 287.478
Per ter beschikking gestelde	€ 142.816			€ 154.807	€ 158.371	€ 161.065	€ 174.635	€ 169.215	€ 173.234	€ 173.703
Overige forensische patiënten										
Instroom toezichtopdrachten 3RO	14.538	15.107	16.050	16.817	15.781	14.951	15.662	17.028	17.781	17.863
Clënten onder reclasseringtoezicht	13.755	14.276	15.098	15.671	14.849	14.163	14.904	16.117	16.661	16.624
Toezichtopdrachten reclassering met fz							4.556	6.768	8.966	9.391
Productiekosten intramurale fz (in €)	€ 54.889			€ 91.898	€ 121.612	€ 127.731	€ 163.173	€ 175.001	€ 193.955	€ 199.966
Per onder reclasseringtoezicht gestelde	€ 3.990			€ 5.864	€ 8.190	€ 9.019	€ 10.948	€ 10.858	€ 11.641	€ 12.029
Per toezichtopdracht	€ 3.776			€ 5.465	€ 7.706	€ 8.543	€ 10.418	€ 10.277	€ 10.908	€ 11.194
Per toezichtopdracht met fz							€ 35.815	€ 25.857	€ 21.632	€ 21.293
Productiekosten extramurale fz (in €)	€ 15.771			€ 36.761	€ 42.909	€ 45.058	€ 55.171	€ 60.445	€ 68.300	€ 70.763
Per onder reclasseringtoezicht gestelde	€ 1.147			€ 2.346	€ 2.890	€ 3.181	€ 3.702	€ 3.750	€ 4.099	€ 4.257
Per toezichtopdracht	€ 1.085			€ 2.186	€ 2.719	€ 3.014	€ 3.523	€ 3.550	€ 3.841	€ 3.961
Per toezichtopdracht met fz							€ 12.110	€ 8.931	€ 7.618	€ 7.535
Productiekosten ofp (in € 1.000)	€ 68.039			€ 94.733	€ 120.042	€ 143.251	€ 160.083	€ 192.501	€ 207.629	€ 241.785
Per onder reclasseringtoezicht gestelde	€ 4.947			€ 6.275	€ 7.660	€ 9.647	€ 11.303	€ 12.916	€ 12.883	€ 14.512
Per toezichtopdracht	€ 4.680			€ 5.902	€ 7.138	€ 9.077	€ 10.707	€ 12.291	€ 12.193	€ 13.598
Per toezichtopdracht met fz							€ 42.252	€ 30.678	€ 26.967	€ 25.931

Bronnen

Opgelegde sancties: WODC (OBID); instroom en uitstroom gedetineerden, ter beschikking gestelden in fpc's: DJI (Criminaliteit en rechtshandhaving 2016, <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2017/41/criminaliteit-en-rechtshandhaving-2016>, tabellen 7.1, 7.3 en 7.4; reclasseringtoezicht: 3RO (IRIS); productiekosten en programma-uitgaven: tabellen B.9, B.11 en 5.4. * In 2006 betreffen programma-uitgaven (enkel) tbs

Tabel B.15 Instroom toezichtopdrachten reclassering, naar toezichtvariant en instroomjaar (2006 t/m 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PIJ/ tbs	268	237	396	504	486	419	362	587	706	753
PP en/of ET	1.394	1.090	1.184	1.164	1.151	998	1.012	1.007	916	931
Schorsing preventieve hechtenis	2.307	2.803	2.908	3.140	3.552	4.038	4.020	3.971	4.113	3.946
Strafbeschikking met gedragsmtrgl	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
Voorwaardelijke invrijheidsstelling	0	0	14	269	490	575	648	738	780	742
Voorwaardelijk sepot	360	455	739	783	651	689	1.067	1.775	1.519	1.397
Voorwaardelijke veroordeling	9.799	9.606	9.384	9.535	8.954	7.772	8.204	8.545	9.051	8.927
Voorwaardelijke gratieverlening	5	1	4	4	3	0	0	0	0	0
Overig	405	915	1.421	1.418	494	461	349	405	696	1.148
<i>Totaal toezichtopdrachten</i>	<i>14.538</i>	<i>15.107</i>	<i>16.050</i>	<i>16.817</i>	<i>15.781</i>	<i>14.951</i>	<i>15.662</i>	<i>17.028</i>	<i>17.781</i>	<i>17.863</i>

Bron

3RO (IRIS)

Legenda

PIJ: plaatsing in justitiële jeugdinrichting; PP: penitentiair programma; ET: elektronisch toezicht; gedragsmtrgl: gedragsmaatregel

Tabel B.16 Prijsindex personele en materiële kosten fz, gewogen gemiddelde (in drie varianten) en cumulatieve effect (2006 t/m 2015)

Jaar	Personele kosten	Materiële kosten	Gewogen gemiddelde index		
			DBBC*	ZZP**	Extramuraal***
2006	0,84%	2,47%	1,08%	1,25%	1,17%
2007	2,42%	1,51%	2,28%	2,19%	2,24%
2008	4,07%	2,68%	3,86%	3,72%	3,79%
2009	3,42%	0,87%	3,04%	2,78%	2,91%
2010	1,75%	-0,31%	1,44%	1,24%	1,34%
2011	3,11%	1,98%	2,94%	2,83%	2,88%
2012	2,95%	2,41%	2,87%	2,82%	2,84%
2013	2,64%	2,88%	2,68%	2,70%	2,69%
2014	1,94%	1,04%	1,81%	1,72%	1,76%
2015	0,08%	0,32%	0,12%	0,14%	0,13%
<i>Gemiddelde jaarlijkse stijging</i>	<i>2,32%</i>	<i>1,59%</i>	<i>2,21%</i>	<i>2,14%</i>	<i>2,17%</i>
<i>Cumulatieve stijging (2006=100)</i>	<i>125</i>	<i>114</i>	<i>123</i>	<i>122</i>	<i>123</i>
<i>Cumulatieve stijging (2009=100)</i>	<i>113</i>	<i>109</i>	<i>112</i>	<i>112</i>	<i>112</i>

Bronnen

Nza (<https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/veelgestelde-vragen/prijsindexcijfers>, geraadpleegd augustus 2018), bewerkt

Legenda

* Weging volgens DBBC/OVP: 85% loon- en 15% materiële kosten (Nza BR/FZ-0009)

** Weging volgens ZZP/EP in 2015: 75% loon- en 25% materiële kosten (Nza, BR/FZ-0021)

*** Weging volgens Extramuraal in productieformats 2010 t/m 2014: 80% loon- en 20% materiële kosten (DForZo)

Tabel B.17 Gewogen gemiddelde reële tarieven per eenheid (indices 2006=100 en 2009=100)

	Gewogen gemiddelde reële tarieven (n=2006)									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Intramurale fz*</i>										
Bedden BW										
Bedden FPC	100			94	93	93	97	93	94	96
Bedden OFZ (excl. BW)										
Bedden PPC**	100			165	183	174	188	182	201	185
Eerste opnames	100		94	89	93	101	115	114	107	107
Begeleiding (dagen)	100		78	89	103	101	100	100	95	124
Behandeling (dagen)	100		75	77	86	83	90	91	90	94
Subtotaal OFZ (dag)***	100		97	94	98	93	96	94	82	80
<i>Extramurale fz****</i>										
Begeleiding (uren)	100		102	103	100	98	97	85	88	88
Behandeling (contacten)	100		83	84	86	85	83	75	75	74
Behandeling (dagdelen)										
Behandeling (uren)	100		98	97	97	96	90	73	89	94
Casemanagement (cliënten)										
Contact buiten instelling (toeslag)	100		24	26	29	29	29	29	28	29
Dagactiviteit (uren)	100		106	109	110	108	109	108	110	110
Dagbesteding (dagdelen)	100			118	135	130	113	116	122	119
Methadonverstrekking										
Thuiszorg en preventie (uren)	100		69	64	66	68	68	73	79	83
	Gewogen gemiddelde reële tarieven (n=2009)									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<i>Intramurale fz*</i>										
Bedden BW			103	100	101	99	99	100	100	
Bedden FPC	106			100	99	99	103	98	100	102
Bedden OFZ (excl. BW)			100	100	103	102	104	104	107	109
Bedden PPC**	60			100	110	105	113	110	122	112
Eerste opnames	112		106	100	104	114	129	128	120	120
Begeleiding (dagen)	113		89	100	116	114	113	112	108	140
Behandeling (dagen)	130		98	100	111	108	116	119	117	122
Subtotaal OFZ (dag)***	106		103	100	104	98	102	100	87	85
<i>Extramurale fz****</i>										
Begeleiding (uren)	97		100	100	97	95	94	83	85	86
Behandeling (contacten)	119		98	100	102	101	99	88	89	88
Behandeling (dagdelen)										
Behandeling (uren)	104		101	100	100	100	93	76	92	98
Casemanagement (cliënten)				100	101	100	100	100	101	103
Contact buiten instelling (toeslag)	389		95	100	114	114	113	112	110	114
Dagactiviteit (uren)	92		97	100	101	100	100	99	101	101
Dagbesteding (dagdelen)	85			100	115	110	96	98	103	100
Methadonverstrekking				100	101	100	100	100	101	103
Thuiszorg en preventie (uren)	157		108	100	103	106	106	114	124	130

Bronnen

FPC: DForZo (nacalculatie en MITS); PPC: 2006 (Van Gemmert & Valstar, 2008; Van Gemmert & Henneken-Hordijk, 2008) en jaarverslagen Justitie; overig: 2006 (Jongebreur & Goedvolk, 2008), daarna DForZo (REPAD, bewerkt)

Legenda

*Klinische fz (beveiligingsniveau 1 t/m 4) en fz met verblijf (beveiligingsniveau n.v.t.); **In 2006: gemiddelde dagprijs gevangeniswezen; vanaf 2009 dagprijs PPC; ***Quotient productiekosten intramurale ofz en som aantal (behandel- en begeleidings-)dagen;

****Ambulante behandeling en begeleiding (beveiligingsniveau n.v.t.)

Tabel B.18 Absolute en relatieve kosten fz, ggz en ghz in € en indices (2006 t/m 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	(2006=100)	Index (2009=100)
Programma-uitgaven fz* (in mld.)	€ 0,28	€ 0,40	€ 0,53	€ 0,58	€ 0,67	€ 0,68	€ 0,71	€ 0,72	€ 0,79	€ 0,76	271	131
Productiekosten fz (in mld.)	€ 0,36			€ 0,48	€ 0,59	€ 0,60	€ 0,65	€ 0,65	€ 0,67	€ 0,65	178	135
Productiekosten fz excl. PPC (in mld.)	€ 0,33			€ 0,46	€ 0,50	€ 0,50	€ 0,55	€ 0,55	€ 0,57	€ 0,56	169	122
Ggz (in mld.)	€ 4,7	€ 5,1	€ 5,5	€ 5,9	€ 6,1	€ 6,3	€ 6,6	€ 6,6	€ 6,7	€ 6,6	140	112
Ggz - fz** (in mld.)	€ 4,5			€ 5,6	€ 5,7	€ 5,9	€ 6,2	€ 6,2	€ 6,3	€ 6,2	138	111
Ghz (in mld.)	€ 6,4	€ 6,8	€ 7,4	€ 8,1	€ 8,4	€ 8,6	€ 9,5	€ 9,6	€ 9,8	€ 9,4	147	116
Ghz - fz*** (in mld.)	€ 6,3			€ 7,9	€ 8,2	€ 8,4	€ 9,3	€ 9,4	€ 9,6	€ 9,2	146	116
Zorguitgaven per hfd bevolking	€ 4,304	€ 4,558	€ 4,859	€ 5,092	€ 5,274	€ 5,372	€ 5,547	€ 5,540	€ 5,600	€ 5,578	130	110
Programma-uitgaven fz per sanctie		€ 2,558	€ 3,440	€ 3,775	€ 5,228	€ 5,548	€ 6,012	€ 6,055	€ 6,867	€ 6,430		170
Productiekosten fz per sanctie		€ 2,184		€ 3,156	€ 4,614	€ 4,894	€ 5,556	€ 5,428	€ 5,791	€ 5,536	253	175

Bronnen

Ggz en ghz: CBS Statline (Gezondheid en zorg , <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81628ned/table?ts=1535028863412>, geraadpleegd 21 september 2018); fz: tabellen 5.4 en B.14

Legenda

* Programma-uitgaven: bijdrage aan DJI ten behoeve van fz (in 2006 enkel tbs); ** Uitgaven ggz minus 2/3 fz-productiekosten; *** Uitgaven gehandicaptenzorg minus 1/3 fz-productiekosten

Over de auteur

Petra Steinmann (1963) is geboren en getogen in Venlo en studeerde na haar gymnasium B Bestuurskunde aan de Universiteit Twente. Na haar afstuderen (1988) verrichtte ze als wetenschappelijk medewerker bij het Sociaal en Cultureel Planbureau onderzoek naar de effecten van de decentralisatie van het welzijnsbeleid, in opdracht van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. In 1991 volgde een overstap naar het ministerie van Justitie, waar ze aanvankelijk als adviseur beleidsanalyse bij de centrale directie financieel-economische zaken werkte aan de overgang van een input- naar outputbegroting en aan doelmatigheidsonderzoeken. Vanaf 1995 ontwikkelde ze als senior medewerker statistische informatie en beleidsanalyse bij het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, in samenwerking met anderen, een nieuwe prognosesystematiek voor de intra- en extramurale sanctiecapaciteit. Deze aanpak is naderhand verbreed met de civiel- en bestuursrechtelijke onderdelen van de Justitiebegroting en wordt sindsdien aangeduid als het Prognosemodel Justitiële Ketens. Van 1999 tot 2010 was Petra Steinmann werkzaam als senior-beleidsmedewerker bij de (met verschillende benamingen aangeduide) beleidsdirectie Sanctiebeleid van het ministerie van Justitie, waar zij zich de eerste jaren bezighield met ramingen van effecten van voorgenomen beleids- en wetswijzigingen – in aanvulling op de beleidsneutrale (ongewijzigd beleid) ramingen van de prognoses sanctiecapaciteit. Later volgden portefeuilles zoals het versterken van de adviesfunctie van de reclassering, het informeren van burgemeesters over de terugkeer van gedetineerden die een ernstig geweld- of levensdelict hebben gepleegd (BIJ) en deelprojectleiderschap binnen het programma Vernieuwing forensische zorg. Vanaf 2010 is zij werkzaam bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, aanvankelijk als senior adviseur en vanaf eind 2018 als coördinator advies.

ISBN 978-90-365-4796-3