

# De kosten ontleed

Eindrapportage kostenonderzoek  
forensische geneeskunde

---



Opdrachtgever: GGD GHOR Nederland  
Ons kenmerk: A20GGD-114  
Samenstellers: Marcel Benard  
Jacco van Gastel  
Mark Pol  
Datum: Juni 2021



## Inhoud

<b>1. Opdracht en aanpak</b>	<b>1</b>
1.1. Aanleiding	1
1.2. Opdracht	1
1.3. Onderzoeksaanpak en leeswijzer	2
<b>2. Deel 1: Bouwstenen voor kosten forensische geneeskunde</b>	<b>3</b>
2.1. Het huidige budget voor Forensische geneeskunde	3
2.2. Prijs per verrichting: toetsing van het kostprijsmodel	6
2.3. Systeemkosten	9
2.4. Analyse bekostigingsmodellen	16
<b>3. Deel 2: Analyse</b>	<b>21</b>
3.1. Doorrekening kosten nieuwe werkwijze forensische geneeskunde	21
3.2. Vergelijking huidige kosten – doorrekening	23
<b>4. Deel 3: Advies</b>	<b>27</b>
4.1. Advies bekostigingsstructuur	27
4.2. Verdeling	29
<b>Bijlage 1: Onderzoeksaanpak</b>	<b>31</b>
<b>Bijlage 2: Validatie kostprijsmodel</b>	<b>33</b>
<b>Bijlage 3: Verrichting FME en Lijkschouw</b>	<b>37</b>



## 1. Opdracht en aanpak

### 1.1. Aanleiding

De forensische geneeskunde is een unieke medische discipline die ten dienste staat van gemeente, politie en justitie.

Hoewel de kwaliteit en continuïteit een aantal jaren fors onder druk heeft gestaan, zien de GGD'en kansen voor toekomstbestendige organisatie, financiering en uitvoering van de forensische geneeskunde. De GGD'en hebben gezamenlijk een toekomstvisie voor de Forensische Geneeskunde vastgesteld, getiteld 'Een toekomstbestendige forensische geneeskunde in Nederland'.

Een belangrijk aspect van deze toekomstvisie is de invulling van een toekomstbestendige en kostendekkende financiering. De huidige bekostiging van de forensische geneeskunde komt van politie (Medische Arrestantenzorg (MAZ) en forensisch medische expertise (FME)), justitie (deskundigen) en gemeenten (lijkschouw). Daarnaast zijn er incidentele bijdragen van het Rijk gericht op opleidings- en kwaliteitsprojecten en beperkte afname van verrichtingen door andere partijen.

In de nieuwe werkwijze, op basis van de toekomstvisie, verandert een aantal zaken ingrijpend: GGD'en bundelen de uitvoering op het niveau van de tien politieregio's, de nieuwe wet op de lijkbezorging geeft forensisch artsen nieuwe bevoegdheden en onderzoeksmogelijkheden, MAZ wordt ontvlochten en er wordt meer aandacht besteed aan opleiden en het werken op basis van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. Al deze zaken dragen bij aan een toekomstbestendige forensische geneeskunde én hebben consequenties voor de wijze van financieren en bekostigen van forensische geneeskunde. Om die reden heeft GGD GHOR besloten een kostenonderzoek te laten uitvoeren.

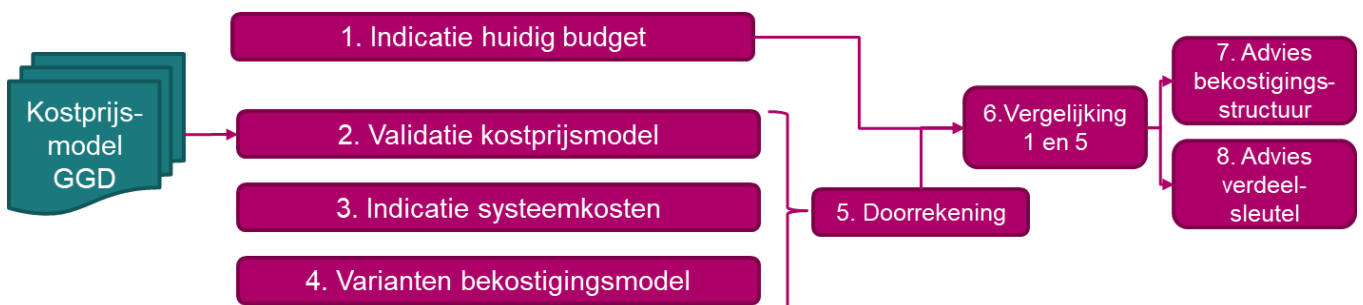
### 1.2. Opdracht

De opdracht van GGD GHOR Nederland aan Lysias Advies luidt de volgende vragen te beantwoorden:

1. Een indicatie van het huidige budget voor de dienstverlening Forensische Geneeskunde door GGD'en, waar mogelijk per deeltaak (FME, MAZ en lijkschouw).
2. Een validatie/toetsing van het door GGD'en ontwikkelde kostprijsmodel voor de toekomstige organisatie van forensisch medische expertise en lijkschouw en de daaruit volgende geschatte landelijke kosten.
3. Een indicatie van een aantal systeemkosten voor de instandhouding van een professionele forensisch geneeskunde, te weten:
  - 3.1. de kosten voor professionele richtlijnontwikkeling, op basis van 1 à 2 vergelijkbare voorbeelden uit de sociale geneeskunde, en het opzetten en onderhouden van een kennisinfrastructuur van de Forensische Geneeskunde.
  - 3.2. de kosten voor de doorontwikkeling van de informatievoorziening.
  - 3.3. de kosten voor de taken op landelijk niveau voor de samenwerkingsovereenkomst.

4. Een analyse van mogelijke bekostigingsmodellen voor Forensisch medische expertise en Lijkschouw, waarbij voor- en nadelen van deze modellen ook in kaart worden gebracht.
5. Een inzichtelijke doorrekening van de kosten van Forensisch medische expertise en Lijkschouw, uitgaande van de meest wenselijke bekostigingsmodellen (waarover nog afstemming plaatsvindt met de opdrachtgever). Daarbij rekening houdend met de ontwikkelingen (in lijn met de visie op toekomstige Forensische Geneeskunde en de voorgenomen wijziging van de Wet op de Lijkbezorging) die nu plaatsvinden en de uitkomst van resultaat 3.
6. Een vergelijking van de kosten volgend uit resultaat 1 (huidig budget) en resultaat 5 (doorrekening van modellen), met daarbij een verklaring voor eventuele kostenverschillen.
7. Een advies aan GGD GHOR Nederland/de GGD'en en opdrachtgevers van GGD'en (Politie/OM/JenV/gemeenten/BZK) over de meest wenselijke bekostigingsstructuur voor Forensisch medische expertise en lijkschouw. Waarin voor partners helder belegd is wie voor welk aandeel in de forensische geneeskunde, eindverantwoordelijk opdrachtgever en financier is.
8. Een advies aan GGD GHOR Nederland/de GGD'en voor een interne verdeelsleutel (die rekening houdt met zaken als grootte van de GGD, overheadkosten, BTW-vraagstukken e.d.) wanneer er (op onderdelen) zou worden gekozen voor een landelijke financiering (via bijvoorbeeld GGD GHOR Nederland) voor de uitvoer van Forensisch medische expertise en Lijkschouw, en voor eventuele kosten van landelijke beheerstaken die daaruit voortvloeien.

In onderstaande figuur is de samenhang tussen de verschillende vragen grafisch weergegeven:



### 1.3. Onderzoeksaanpak en leeswijzer

In het onderzoek hebben we onderscheid gemaakt in drie blokken:

1. Bouwstenen: de beantwoording van de onderzoeksvragen 1 t/m 4 leveren de voornaamste bouwstenen op voor het onderzoek. U treft de beantwoording aan in hoofdstuk 2 / deel 1.
2. Analyse: de beantwoording van de onderzoeksvragen 5 en 6 vormen het analytische deel van het onderzoek, waarin we de vertaalslag maken van de bestaande naar de nieuwe situatie. U treft de beantwoording van deze vragen aan in hoofdstuk 3.
3. Advies: de beantwoording van de vragen 7 en 8 vormen het advies. U treft de beantwoording van deze vragen aan in hoofdstuk 4



## 2. Deel 1: Bouwstenen voor kosten forensische geneeskunde

### 2.1. Het huidige budget voor Forensische geneeskunde

#### Onderzoeksvraag 1:

*Een indicatie van het huidige budget voor de dienstverlening Forensische Geneeskunde door GGD'en, waar mogelijk per deeltaak (FME, MAZ en lijkschouw)*

Om deze vraag te beantwoorden hebben wij de gegevens over de huidige exploitatie van alle GGD'en en de FARR (die de forensische geneeskunde in de GGD-regio's Rotterdam en Zuid-Holland-Zuid uitvoert) opgevraagd. We hebben daarbij gekeken naar de realisatie 2019 en 2020 (voorlopige cijfers).

We hebben van vrijwel alle regio's volledige informatie ontvangen, maar missen voor vier GGD-regio's cijfers over de Medische Arrestantenzorg: de GGD Haaglanden en Hollands Midden hebben de kosten exclusief de MAZ opgegeven en in de regio's Utrecht en Gelderland-Zuid wordt de MAZ niet door de GGD uitgevoerd. Om toch een betrouwbare indicatie van het totale landelijke budget te krijgen, hebben we de gemiddelde kosten per inwoner voor MAZ van de bekende 21 regio's geëxtrapolerd naar alle 25 GGD-regio's. Daarnaast wordt de FME in de regio Haaglanden niet door GGD uitgevoerd. In de regio Utrecht doet de GGD een gedeelte van de FME taken (alles met overledenen), de overige taken FME taken worden door een derde partij uitgevoerd. Voor beide regio's hebben we ook een extrapolatie gedaan op basis van de gemiddelde kosten voor FME van de 23 andere regio's. Bij de extrapolatie hebben we de inkomsten gelijk gesteld aan de extrapolatie van de kosten. Vanwege de transparantie presenteren we beide cijfers in onderstaande tabel.

	2019		2020	
	Verzamelde gegevens	Incl. extrapolatie MAZ naar 25 regio's	Verzamelde gegevens	Incl. extrapolatie MAZ naar 25 regio's
Totaal kosten (= budget)	20.945.000	22.712.000	21.912.000	24.037.000
Totaal opbrengsten	20.322.000	22.089.000	21.542.000	23.667.000
Exploitatieresultaat (nadelig)	623.000	623.000	370.000	370.000

In de onderzochte jaren is het totaal van kosten (inclusief extrapolatie) voor de dienstverlening Forensische geneeskunde voor 2019 € 22,7 miljoen en voor 2020 € 24,0 miljoen. De opbrengsten voor de dienstverlening liggen lager, zodat er voor de GGD'en per saldo een negatief exploitatieresultaat is. Dit exploitatieresultaat wordt door de gemeenten die deelnemen in de gemeenschappelijke regelingen gedragen. Wij beschouwen het bestaande kostenniveau als het huidige budget, aangezien het nadelige exploitatieresultaat ook door een van de financierende partijen (de gemeenten) wordt gedragen.



Uitgesplitst naar de verschillende financiers voor forensische geneeskunde is het beeld als volgt:

	2019	2020
Gemeenten (vaste bijdrage)	3.175.000	3.551.000
Gemeenten (verrichting)	4.939.000	5.339.000
Politie (vaste bijdrage)	2.113.000	2.139.000
Politie (verrichting)	11.209.000	11.487.000
Overige inkomsten <sup>1</sup>	652.000	1.151.000
Resultaat (gemeenten)	623.000	370.000
<b>Totaal</b>	<b>22.712.000</b>	<b>24.037.000</b>

Om te bepalen hoe het budget (indicatief) is verdeeld over de verschillende taken, hebben wij een specificatie uitgevraagd van de opbrengst per soort verrichting. Deze hebben wij geanalyseerd. Op basis van deze analyse is het mogelijk om het totale budget op te splitsen naar de deeltaken Forensisch Medisch Expertise, lijkschouw en Medische Arrestanten Zorg.

De verschillende regio's kennen behoorlijk uiteenlopende kostenniveaus. In onderstaande tabel hebben wij uiteengezet op het niveau van de verschillende politieregio's welke kosten worden gemaakt voor de verschillende taken.

Kosten naar deeltaak 2020 (totaal per politieregio)						
Politieregio	FME	Lijkschouw	Overig	Subtotaal	MAZ	Totaal
Amsterdam <sup>2</sup>	1.431.000	425.000	15.000	1.871.000	1.132.000	<b>3.002.000</b>
Den Haag	749.000	774.000	37.000	1.561.000	822.000	<b>2.383.000</b>
Limburg	444.000	781.000	79.000	1.304.000	349.000	<b>1.652.000</b>
Midden Nederland	687.000	1.048.000	10.000	1.745.000	735.000	<b>2.480.000</b>
Noord-Holland	858.000	917.000	31.000	1.806.000	820.000	<b>2.626.000</b>
Noord Nederland	667.000	865.000	109.000	1.642.000	734.000	<b>2.376.000</b>

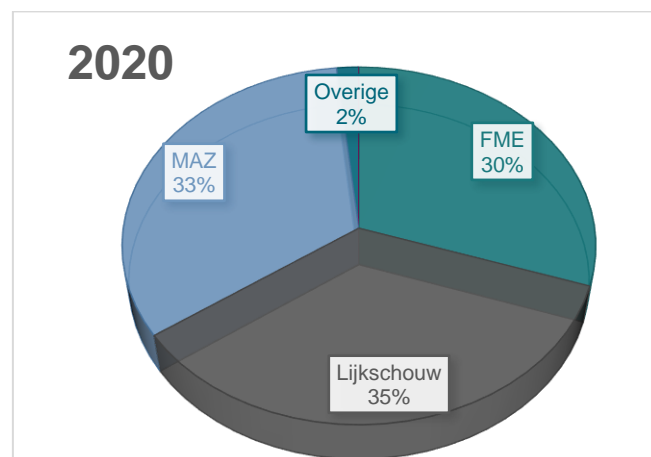
<sup>1</sup> Bijvoorbeeld dienstverlening aan begrafenisondernemers.

<sup>2</sup> De GGD-regio Zaanstreek-Waterland werkt nu nog samen met de regio Amsterdam, maar gaat in de nieuwe structuur deel uitmaken van de (politie)regio Noord-Holland. Voor de berekening van de regio's Amsterdam en Noord-Holland is de GGD-regio op basis van het aantal inwoners uit de exploitatie gehaald en bij Noord-Holland opgeteld.

### Kosten naar deeltaak 2020 (totaal per politieregio)

Politieregio	FME	Lijkschouw	Overig	Subtotaal	MAZ	Totaal
Oost Brabant <sup>3</sup>	309.000	365.000	17.000	692.000	524.000	<b>1.216.000</b>
Oost Nederland	986.000	1.905.000	68.000	2.960.000	1.476.000	<b>4.436.000</b>
West Brabant-Zeeland	461.000	666.000	19.000	1.146.000	468.000	<b>1.614.000</b>
Rotterdam	649.000	708.000	14.000	1.371.000	881.000	<b>2.252.000</b>
<b>Totaal</b>	<b>7.241.000</b>	<b>8.454.000</b>	<b>399.000</b>	<b>16.098.000</b>	<b>7.941.000</b>	<b>24.037.000</b>

Hiermee kan worden vastgesteld dat het totale budget voor forensische geneeskunde, exclusief MAZ € 15,7 miljoen bedraagt. De verdeling van kosten over de verschillende categorieën is volgt weer te geven:



Vertaald naar een bedrag per 100.000 inwoners is het beeld als volgt:

### Kosten per 100.000 inwoners naar deeltaak 2020 (totaal per politieregio)<sup>4</sup>

Politieregio	FME	Lijkschouw	Overig	Subtotaal	MAZ	Totaal
Amsterdam	135.247 <sup>5</sup>	40.168	1.418	176.832	106.988	<b>283.725</b>

<sup>3</sup> Voor de berekening van de regio's Oost-Brabant en West-Brabant-Zeeland is de GGD-regio Hart voor Brabant op basis van inwoneraantallen van de gemeenten verdeeld.

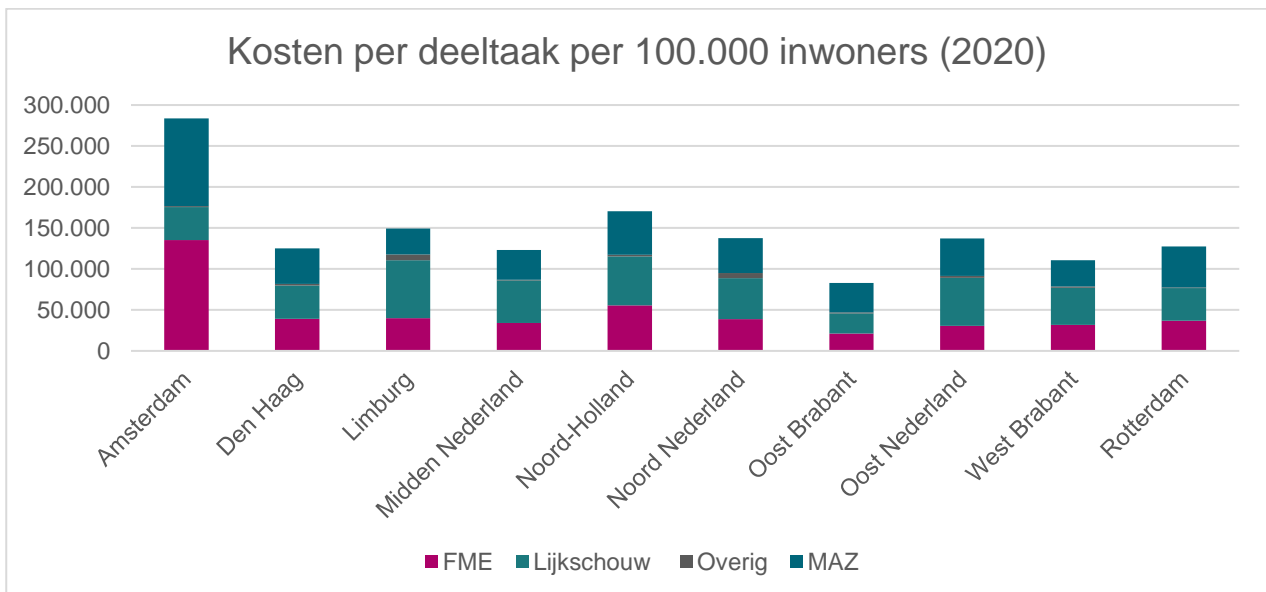
<sup>4</sup> Op deze tabel zijn de opmerkingen uit de voetnoten 1, 2 en 3 van overeenkomstige toepassing.

<sup>5</sup> De kosten voor de regio Amsterdam zijn opvallend hoog. Hierbij dient te worden vermeld dat Amsterdam een aanvullend product verleent, te weten coördinatie zedenzaken, en een aantal voorzieningen met een bredere reikwijdte in stand houdt (leerstoel, informatiesysteem).





Den Haag	39.318	40.631	1.942	81.944	43.150	<b>125.094</b>
Limburg	40.060	70.466	7.128	117.654	31.489	<b>149.053</b>
Midden Nederland	34.117	52.044	497	86.658	36.500	<b>123.158</b>
Noord-Holland	55.703	59.533	2.013	117.248	53.236	<b>170.484</b>
Noord Nederland	38.693	50.179	6.323	95.253	42.580	<b>137.833</b>
Oost Brabant	21.043	24.857	1.158	47.126	35.685	<b>82.811</b>
Oost Nederland	30.468	58.865	2.101	91.465	45.609	<b>137.074</b>
West Brabant-Zeeland	31.588	45.634	1.302	78.523	32.067	<b>110.591</b>
Rotterdam	36.689	40.024	791	77.505	49.804	<b>127.309</b>
<b>Nederland</b>	<b>41.899</b>	<b>48.917</b>	<b>2.309</b>	<b>93.148</b>	<b>45.949</b>	<b>139.086</b>



## 2.2. Prijs per verrichting: toetsing van het kostprijsmodel

### Onderzoeksvraag 2:

*Een validatie/toetsing van het door GGD'en ontwikkelde kostprijsmodel voor de toekomstige organisatie van Forensisch medische expertise en lijkschouw en de daaruit volgende geschatte landelijke kosten.*



GGD GHOR Nederland heeft, samen met een werkgroep met vertegenwoordigers uit het veld, een kostprijsmodel ontwikkeld om te bepalen welke kosten gemoeid zijn met de uitvoering van de verrichtingen voor FME en lijkschouw.

Lysias is gevraagd dit kostprijsmodel te valideren. Onze validatie bestaat uit twee onderdelen:

1. Een beoordeling van de uitgangspunten die aan het kostprijsmodel ten grondslag liggen;
2. Een toetsing of de uitgangspunten op een juiste wijze in het kostprijsmodel zijn vertaald en of het kostprijsmodel technisch klopt.

We beschrijven in deze paragraaf eerst de uitgangspunten die zijn gehanteerd bij het kostprijsmodel en geven vervolgens onze bevindingen per uitgangspunt.

#### **Opzet van het kostprijsmodel**

In de notitie landelijke uitgangspunten kostprijsberekening FME en lijkschouw zijn variabelen beschreven die in het landelijke kostprijsmodel worden gebruikt. Hierbij is tevens uitgewerkt hoe invulling wordt gegeven aan de variabelen en hoe ze in het landelijke kostprijsmodel worden gebruikt.

In het kostprijsmodel wordt gebruik gemaakt van de volgende variabelen:

- Benodigde tijd per verrichting
- Reistijd
- Reiskosten
- Salariskosten arts
- Productieve uren van de artsen
- Opslag piketvergoeding
- Opslag inhuur
- Opslag overwerk
- Overheadkosten
- Overige materiele kosten

In het model wordt vervolgens een uurtarief bepaald op basis van de productieve uren en een genormeerd salaris. Op basis van het uurtarief (waarbij rekening is gehouden met inhuur), de genormeerde tijd per verrichting, de genormeerde reistijd en reiskosten wordt de kostprijs per soort verrichting bepaald. In de prijs per verrichting wordt ook nog een opslag meegenomen voor de piketvergoeding, overhead en overige kosten. In het model is rekening gehouden met een verschil in reistijd en reiskosten voor stedelijke en niet-stedelijke gebieden. De optelsom van alle verrichtingen leidt tot de totale kosten van Lijkschouw en FME.

## Kostprijsmodel of bekostigingsmodel?

Het kostprijsmodel verschilt van het bekostigingsmodel.

In het kostprijsmodel (paragraaf 2.2) wordt in beeld gebracht welke kosten gemoeid zijn met de uitvoering van de door de GGD'en uit te voeren activiteiten.

In het bekostigingsmodel (zie paragraaf 2.4) wordt in beeld gebracht hoe de kosten worden gefinancierd.



### **Onze beoordeling van het kostprijsmodel**

Wij hebben allereerst de technische werking van het kostprijsmodel beoordeeld. Dat leidt tot de volgende opmerkingen:

- De uitgangspunten zijn correct in het model verwerkt en de formules werken goed; tijdens de controle zijn we op een aantal onjuiste berekeningen gestuit, deze zijn aangepast.
- De uitkomsten van het kostprijsmodel sluiten aan bij de financiële gegevens die GGD'en ons aangeleverd hebben ten behoeve van de kostenonderzoek. De totale overheadkosten en materiële kosten die in het kostprijsmodel berekend zijn, kloppen met de huidige door de GGD'en opgegeven kosten. Wij gaan er hierbij vanuit dat de overheadkosten vast zijn en beperkt wijzigen door het wegvallen van de MAZ.
- Het aantal verrichtingen is gebaseerd op de uitvraag die door Lysias is gedaan. Samen met de werkgroep aanbod en bekostiging zijn de door de GGD'en ingezette verrichtingen vertaald naar een aanneme over het aantal verrichtingen in het hele land. We wijzen erop dat het van belang is dat het model zo is ingericht dat veranderingen in aantallen verrichtingen in de toekomst ook kunnen worden verwerkt.
- Het kostprijsmodel zit complex in elkaar. Als het door GGD'en gebruikt gaat worden om de berekening voor hun eigen regio te maken, dan adviseren wij de opzet van het model aan te passen en het model te voorzien van beveiligingen, zodat formules niet overschreven kunnen worden. Er kan met name een vereenvoudiging van de invoer van variabelen worden toegepast. Wij adviseren een beschrijving van het kostprijsmodel te maken en een stappenplan uit te werken hoe het gebruikt moet worden.
- Er zijn op basis van uitvraag en afstemming met de GGD'en aannames gedaan voor gemiddelde tijd per soort verrichting en reistijd. Wij achten het van belang om de normen in het begin goed te evalueren om te borgen dat ze aansluiten bij de praktijk.
- We maakten bij een eerdere versie van het kostprijsmodel een aantal gedetailleerde opmerkingen. Deze opmerkingen zijn op een goede manier in het huidige kostprijsmodel verwerkt. Vanwege de transparantie in het onderzoek hebben wij in bijlage 2 onze opmerkingen bij de uitgangspunten en de bevindingen van de toets van het kostprijsmodel uitgebreid toegelicht.

Daarnaast hebben we enkele opmerkingen over het kostprijsmodel in relatie tot het bekostigingsmodel. Het kostprijsmodel berekent de variabele kosten die samenhangen met het aantal verrichtingen dat wordt uitgevoerd. Zoals uit ons advies over de bekostiging (zie paragraaf 2.4) blijkt, is er ook een aantal kosten die niet direct samenhangen met het aantal verrichtingen. We gaan in de volgende punten in op de consequenties hiervan voor het gehanteerde kostprijsmodel:

- Het kostprijsmodel berekent de formatie die noodzakelijk is voor het uitvoeren van de verrichtingen voor FME en lijkschouw. Voor een goede uitvoering van de taken is echter een belangrijk gegeven dat de GGD'en verplicht zijn om 24/7 beschikbaarheid van gekwalificeerde forensisch artsen te garanderen. Om aan deze kwaliteitseis te voldoen is meer formatie nodig dan puur voor de uitvoeren van de verrichtingen. Voor de exacte hoogte van deze formatie is een voorstel uitgewerkt, rekening houdend met de situatie per regio. Wij beoordelen dit voorstel

als realistisch: het is gebaseerd op verrichtingen en de tijdsblokken waarin ze worden uitgevoerd. Op dit vraagstuk gaan we in paragraaf 2.4 en 3.1 nader in.

- In het kostprijsmodel is een opslag van 10% berekend over alle kosten. De noodzaak voor de risico-opslag is ons inziens afhankelijk van het gekozen bekostigingsmodel. Als de risico's klein zijn, is er geen grondslag voor een dergelijke (forse) opslag. Wij gaan hierop in hoofdstuk 4 verder in. Deze post moet in relatie met de gekozen bekostigingsmethodiek gezien worden. Als er duurzame afspraken zijn gemaakt over de vaste kosten (waaronder beschikbaarheid, waarop wij in paragraaf 2.4 nader ingaan) kan de risico-opslag vervallen of kan de omvang van de opslag fors naar beneden.

Wij hanteren in deze rapportage voor de presentatie van kosten steeds het onderscheid tussen kosten voor verrichtingen (uitkomst kostprijsmodel), vaste systeemkosten en kosten voor beschikbaarheid. We adviseren dit onderscheid ook te blijven hanteren bij de presentatie van de kosten voor forensische geneeskunde. Concluderend kunnen we stellen dat het kostprijsmodel een valide onderbouwing biedt voor de kosten per verrichting.

## 2.3. Systeemkosten

### Onderzoeksvraag 3:

*Een indicatie van een aantal systeemkosten voor de instandhouding van een professionele forensisch geneeskunde, te weten:*

- *de kosten voor professionele richtlijnontwikkeling, op basis van 1 a 2 vergelijkbare voorbeelden uit de sociale geneeskunde, en het opzetten en onderhouden van een kennisinfrastructuur van de Forensische Geneeskunde.*
- *de kosten voor de doorontwikkeling van de informatievoorziening.*
- *de kosten voor de taken op landelijk niveau voor de samenwerkingsovereenkomst*

We beantwoorden deze vraag per onderdeel en resumeren dan de financiële consequenties.

### **Opzetten en onderhouden kennisinfrastructuur**

Vorig jaar is door de projectgroep *Kwaliteitseisen en Deskundigheidsbevordering FMEK* een schets opgesteld van een landelijke Kennisinfrastructuur voor forensische geneeskunde. Deze schets vormt het kader voor het kostenonderzoek.

De landelijke kennisinfrastructuur wordt in de schets omschreven als een samenwerkingsverband op landelijk niveau van GGD'en, expertisecentra, wetenschappelijke beroepsverenigingen, opleidingsinstituten en wetenschappelijke onderwijs- / onderzoeksinstellingen, waarin kennisontwikkeling en kennisoverdracht op het gebied van forensische geneeskunde centraal staan. Binnen/met de kennisinfrastructuur wordt gestreefd naar het in samenhang ontwikkelen van kennis, delen van kennis, toepassen van kennis, stimuleren van onderzoek en innovatie. De kennisinfrastructuur is gericht op de verbinding tussen wetenschap, beleid en praktijk van de forensische geneeskunde.

In de schets wordt een eerste duiding gegeven van de betrokken partijen en wordt voorgesteld te gaan werken met een door partijen gezamenlijk omarmde kennis- en wetenschapsagenda. Binnen de



Kennisinfrastructuur kunnen vervolgens op basis van deze agenda onder meer de volgende activiteiten worden geïnitieerd, gecoördineerd, afgestemd en geëvalueerd:

- Stimuleren en uitwisseling/delen van kennis, ervaring en resultaten van praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek.
- Verbindingen leggen tussen opleiding en wetenschappelijk onderzoek binnen de forensische geneeskunde.
- Stimuleren en ondersteunen van evidence based richtlijnontwikkeling.
- Borgen en onderhouden/evalueren van de kwaliteits-/deskundigheidseisen van forensisch artsen en forensisch verpleegkundigen.
- Het signaleren, bevorderen en zo nodig ontwikkelen van goede bij- en nascholing forensische geneeskunde.
- Professionalisering van opleiders.
- Gezamenlijke inspanning rondom randvoorwaarden, waaronder zoeken naar (structurele) vormen van financiering van opleiding, innovatie, onderzoek en richtlijnontwikkeling.
- Contacten leggen en onderhouden met het ministerie van VWS, het ministerie van J&V het ministerie van BZK, ZonMw, IGJ, Kwaliteitsinstituut, SOGEON, etc.

De schets kan rekenen op een positieve beoordeling van relevante partners, maar moet nog concreet worden ingevuld en uitgewerkt. Onder die invulling en uitwerking horen: het inventariseren van de wijze waarop partners betrokken willen zijn, het bepalen van een structuur en rolverdeling en het formaliseren van de samenwerking.

Wij taxeren op basis van onze expertise dat deze 'kwartiermakersfase' ongeveer een jaar in beslag zal nemen. In deze fase zal de ondersteuning vooral bestaan uit het aantrekken van een kwartiermaker en advies voor het uitwerken van passende governancestructuur. Ook zal budget beschikbaar moeten zijn voor communicatie (bv. inrichten van een website).

De behoefte aan ondersteuning van de Kennisinfrastructuur kan strikt genomen pas definitief worden bepaald op het moment dat deze kwartiermakersfase is afgerond. Het is echter duidelijk dat er een zekere capaciteit moet worden vrijgemaakt voor het onderhouden van de kennisinfrastructuur, bijvoorbeeld in de persoon van een coördinator, een inhoudelijk beleidsmedewerker, secretariële ondersteuning en communicatie.

Op basis van het voorgaande is duidelijk dat eerst een kwartiermakersfase nodig is, waarin de kennisinfrastructuur en de werkwijze van richtlijnontwikkeling worden uitgewerkt en vastgesteld en waarin de uitvoering wordt voorbereid. Wij gaan ervan uit dat dit in 2022 zal plaatsvinden. Op basis van een inschatting van de hiermee gemoeide inspanning, adviseren wij hiervoor een budget te reserveren van € 250.000. De herziening van de verouderde richtlijn Lijkschouw is urgent, zo begrijpen wij uit de gesprekken met professionals; we adviseren daarom om hiermee al in de loop van 2022 te starten – als eerste voorbeeld van het werken in de nieuwe structuur – en daarvoor een budget van € 100.000 te reserveren.



Vanaf 2023 zal de Kennisinfrastructuur kunnen starten en zal ook de structuur voor richtlijnontwikkeling zijn ingericht. Wij schatten in dat voor de ondersteuning van beide elementen een capaciteit van 4 à 5 fte benodigd is (€ 400.000 - € 500.000). We baseren ons daarbij qua referentie op de omvang van het ondersteunende bureau van het LCR, dat een vergelijkbare rol heeft (waarbij we hebben gecompenseerd voor het feit dat in die formatie de uitwerking van richtlijnen is opgenomen). Daarnaast is een werkbudget voor communicatie, vakliteratuur en ICT van € 200.000 nodig.

Een bijzonder aspect van de kennisinfrastructuur, tenslotte, betreft de instandhouding van leerstoelen forensische geneeskunde. Er zijn nu twee leerstoelen (IJsselland en Amsterdam). Amsterdam betaalt de kosten van leerstoel zelf. De kosten van IJsselland worden nu door alle GGD'en betaald (exclusief Amsterdam). De totale huidige kosten van deze beide leerstoelen bedragen € 0,3 miljoen. GGD IJsselland heeft in overleg met Universiteit Maastricht bepaald dat de huidige leerstoel ondersteund moet worden door onderzoekmedewerkers. De totale kosten voor de leerstoelen stijgen daarmee met een ton en worden € 0,4 miljoen. Omdat kennisontwikkeling voor alle regio's van belang is, is het logisch om deze kosten mee te nemen in de totale kosten, zodat ze onderdeel uitmaken van de totale financiering.

### **Richtlijnontwikkeling**

De visie die de GGD'en hebben geformuleerd op de toekomst van forensische geneeskunde is het vertrekpunt voor het kostenonderzoek. In die visie is over richtlijnontwikkeling het volgende opgenomen:

*Binnen de landelijke kennisinfrastructuur richten de partners een sluitend systeem in voor het ontwikkelen, onderhouden en implementeren van richtlijnen voor de Forensische Geneeskunde. Uitgangspunt daarbij is dat in het proces van vaststelling van richtlijnen de belangrijke ketenpartners betrokken en geconsulteerd zijn, waaronder de GGD'en.*

Richtlijnen vormen het uitgangspunt bij medisch handelen en slaan een brug tussen wetenschap en praktijk. Een hoogwaardige richtlijn is gebaseerd op het best beschikbare wetenschappelijke bewijs en is op een systematische en transparante wijze ontwikkeld.

Om een beeld te krijgen van de kosten die gemoeid zijn met richtlijnontwikkeling hebben we in het onderzoek twee referenties uit de sociale geneeskunde bekeken: reizigersgeneeskunde en jeugdgezondheidszorg. We schetsen hieronder kort de belangrijkste elementen van deze referenties.

### **Reizigersgeneeskunde**

*Reizigersgeneeskunde richt zich op het voorkómen van ziekten bij reizigers, door het adviseren van preventieve maatregelen zoals vaccinaties, malariatabletten, hygiënemaatregelen en overige adviezen om soms gevaarlijke infectieziekten te voorkomen. De gezondheidsrisico's voor reizigers en de beschikbare preventieve middelen zijn aan verandering onderhevig. Het is daarom belangrijk dat de professionals die reizigers adviseren goed op de hoogte zijn van de actuele risico's op de bestemming en de middelen- en maatregelen die nodig zijn om die risico's te beperken. Om de*



*kwaliteit van de reizigersadvisering te borgen heeft het LCR opleidingseisen opgesteld en een register geopend voor reizigersgeneeskundig (huis)artsen en reizigersverpleegkundigen.*

*Het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) is een onafhankelijke stichting die als doel heeft de kwaliteit van de reizigersadvisering in Nederland te verbeteren. Het LCR ontvangt geen subsidie en ontvangt geen geld van de farmaceutische industrie. Het LCR wordt gefinancierd door opbrengsten uit abonnementsgelden van haar gebruikers.*

*De LCR-richtlijnen worden opgesteld in verschillende werkgroepen: zo is er een Kleine werkgroep (medisch inhoudelijk), een Malaria werkgroep, een Werkgroep verpleegkundigen reizigersadvisering en een Kwaliteitsconsilium voor artsen en verpleegkundigen. In de werkgroepen participeren experts op het gebied van reizigersgeneeskunde uit heel Nederland, die al dan niet eveneens zitting hebben in de Brede Werkgroep Reizigersadvisering. Voor hun bijdrage in de werkgroepen ontvangen zij een vacatievergoeding.*

*De richtlijnen die door de verschillende werkgroepen zijn opgesteld worden in de Brede Werkgroep Reizigersadvisering (BWR) vastgesteld. Deze Brede Werkgroep Reizigersadvisering vormt een vertegenwoordiging van de professionals (reizigersgeneeskundig (huis)artsen en reizigersverpleegkundigen in Nederland. De LCR-richtlijnen worden uitsluitend gepubliceerd nadat ze door de Brede Werkgroep zijn goedgekeurd. Op deze manier wordt geborgd dat de richtlijnen breed gedragen worden door de beroepsgroep. Vanwege het brede professionele draagvlak beschouwt de Inspectie voor de Gezondheidszorg de LCR-protocollen als de geldende landelijke reizigersadviezen. Ze voldoen aan de criteria van de Kwaliteitswet Zorginstellingen en zijn medebepalend voor het leveren van verantwoorde zorg op het gebied van de reizigersadvisering.*

*Het bureau LCR is volgens de statuten gevestigd ten kantore van een vooraanstaande organisatie met deskundigheid op het gebied van het doel van de stichting. Met deze organisatie zal een nadere exploitatieovereenkomst worden gesloten. Na de oprichting van de stichting is het bureau LCR middels een uitbestedingsovereenkomst met de Gemeente Amsterdam in 2001 officieel ondergebracht bij de afdeling Algemene Infectieziekten van de GGD Amsterdam.*

*De bezetting van het Bureau LCR is in 2020 als volgt: directeur 0,67 fte, arts(en) 1,0 fte, verpleegkundige(n) 1,4 fte, bureaucoördinator 0,4 fte en secretariaeel medewerker(s) 1,6 fte.*

### **Jeugdgezondheidszorg**

*Alle kinderen en jongeren in Nederland hebben van 0 – 19 jaar recht op jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het doel van de JGZ is hun gezondheid bevorderen met aandacht voor de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling. Er zijn ongeveer 6.000 professionals actief binnen de jeugdgezondheidszorg.*

*De JGZ houdt de kwaliteit van haar vakmanschap hoog met wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen. ZonMw stimuleert sinds 2007 programmatisch de ontwikkeling en herziening van richtlijnen. Dit heeft geleid tot een verdere professionalisering en uniformering van de*

*Jeugdgezondheidszorg. Er zijn inmiddels 33 richtlijnen geautoriseerd. Het betreft richtlijnen als borstvoeding (multidisciplinair), opsporen oogafwijkingen, lengtegroei en psychosociale problemen. Richtlijnen voor de JGZ worden inhoudelijk vastgesteld door de betrokken beroepsverenigingen AJN, V&VN en NVDA en randvoorwaardelijk door Actiz en GGD GHOR Nederland. Deze zijn allen vertegenwoordigd in de zogenaamde Richtlijn Advies- en Autorisatie Commissie (RAC). Het Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheidszorg (NCJ) zorgt ervoor dat de gehele richtlijnencyclus in samenhang plaatsvindt, met een faciliterende en proactieve rol naar alle betrokken partijen. Het NCJ heeft tijdens de ontwikkelfase contact met de projectleider en zorgt dat conceptrichtlijnmodules aan de vaste RAC-leden worden voorgelegd ter beoordeling van de inhoudelijke en randvoorwaardelijke toepasbaarheid.*

*Voor de periode 2019-2024 heeft ZonMW een programma Richtlijnen JGZ gefinancierd. Voor de totale looptijd van dit programma is een bedrag gereserveerd van € 6 miljoen.*

Er zijn evidente verschillen, maar ook opvallende overeenkomsten tussen de referenties onderling en van de referenties met de forensische geneeskunde. We hebben in het kader van dit onderzoek de inzichten uit de referenties besproken in een groepsinterview met vertegenwoordigers van het FMG, de vakgroep Forensische Geneeskunde en leden van de werkgroep aanbod en bekostiging. Uit dit gesprek zijn enkele conclusies te trekken:

- Richtlijnontwikkeling in de forensische geneeskunde moet een impuls krijgen in de richting van wetenschappelijk onderbouwing.
- Hiervoor is nodig dat betrokken professionals er dedicated tijd in kunnen investeren.
- Ontwikkeling van richtlijnen vraagt om betrokkenheid van ketenpartners in de strafrechtketen en vergt daarmee relatief veel afstemming.
- Er moet voldoende aandacht zijn voor implementatie van richtlijnen om ook echt betekenisvol te zijn.

Voor forensische geneeskunde moet de structuur waarin richtlijnen worden ontwikkeld, getoetst en geïmplementeerd nog concreet worden ingevuld en opgezet. Ook voor dit onderdeel is er dus behoefte aan een kwartiermakersfase, waarin de manier waarop richtlijnontwikkeling binnen FG plaatsvindt wordt uitgewerkt en het commitment van alle betrokken partijen wordt geborgd.

Als onderdeel van de kwartiermakersfase kan gestart worden met het herzien van de richtlijn voor Lijkschouw. Wij hebben in het gesprek met de betrokken professionals uit vakgroep en FMG geconstateerd dat deze richtlijn naar hun oordeel verouderd is en urgent aan herziening toe is.

Na deze kwartiermakersfase zal behoefte zijn aan twee soorten van investering: enerzijds de procescoördinatie en penvoering van de richtlijnen en de begeleiding van de implementatie, anderzijds de tijdsinvestering door forensische artsen. Daarbij is van belang dat richtlijnontwikkeling te bezien is als een cyclisch proces van opstellen, implementeren, evalueren en herzien. Het gaat daarbij om richtlijnen over de volle breedte van de forensische geneeskunde, dus inclusief medische arrestantenzorg.



De vraag hoeveel richtlijnen jaarlijks moeten worden herzien, is afhankelijk van het ambitieniveau van de partners. Het FMG bestuur en de vakgroep hebben in samenspraak besloten om enkele van de bestaande richtlijnen forensische geneeskunde bij revisie om te zetten in een handreiking omdat er nauwelijks sprake is van een wetenschappelijke onderbouwing. Van de huidige 13 richtlijnen zullen er in de toekomst 6 omgezet worden in een richtlijn, deze vallen voor inhoud, revisie en beheer onder verantwoordelijkheid van de vakgroep. Van de overgebleven 7 richtlijnen kan een indeling worden gemaakt in lijkschouw en aanverwanten, zedenonderzoek, letselonderzoek en aanverwanten en medische arrestantenzorg. Het FMG bestuur is voorstander van een beperkt aantal “grote” richtlijnen met onderliggende hoofdstukken of subtitels die afzonderlijk gereviseerd moeten kunnen worden. Voor de medische arrestantenzorg is er bij de vakgroep grote behoefte aan uitbreiding van het aantal onderwerpen waarbij de NHG standaard als uitgangspunt geldt, maar de richtlijn specifiek geschreven wordt voor de bijzondere context van medische zorg bij arrestanten. Dit zouden relatief kleine richtlijnen kunnen zijn die ook samenhang hebben met het binnenkort te verschijnen leerboek forensische geneeskunde. Dit leidt – samenvattend – tot het volgende beeld van de te ontwikkelen / onderhouden richtlijnen:

- 1 grote richtlijn lijkschouw met naar verwachting 6 tot 8 onderliggende (en afzonderlijk te reviseren) subrichtlijnen;
- 1 grote richtlijn letselonderzoek met naar verwachting 3 tot 5 onderliggende (en afzonderlijk te reviseren) subrichtlijnen
- 1 middelgrote richtlijn zedenonderzoek met naar verwachting 2 tot 4 onderliggende (en afzonderlijk te reviseren) subrichtlijnen
- 15 tot 20 kleinere richtlijnen medische arrestantenzorg, mogelijk te categoriseren in 4-6 grotere overstijgende/algemene richtlijnen.

Op basis van deze inschatting door het FMG en de vakgroep FG betreft het 19 afzonderlijk te reviseren subrichtlijnen. Die hoeven niet elk jaar te worden gereviseerd. We stellen voor om te werken met een tempo van drie richtlijnen per jaar, zodat in ongeveer zes jaar tijd alle relevante richtlijnen aan bod kunnen komen.

Wij adviseren per richtlijn een bedrag van € 100.000 te reserveren voor de ontwikkeling (of het grondig reviseren) van een richtlijn en de implementatie daarvan. Dit is inclusief het opstellen, vacatiegeld voor betrokken professionals, praktijktoetsing en het implementeren van de richtlijn.

### ***Doorontwikkeling informatievoorziening***

Een goed systeem van informatievoorziening is een cruciaal onderdeel van de bedrijfsvoering voor forensische geneeskunde. Het stelt de GGD'en in staat om adequate managementinformatie te genereren en om zich te verantwoorden over de uitgevoerde verrichtingen aan de financiers.

Op dit moment wordt door vrijwel alle GGD'en gebruik gemaakt van het systeem Formatus voor de registratie van de verrichtingen. Dit is een applicatie die door GGD Amsterdam is ontwikkeld. De huidige, zichtbare kosten bedragen € 200.000 en hiervan wordt € 75.000 doorberekend aan de aangesloten deelnemers.



De applicatie moet doorontwikkeld worden, rekening houdend met actuele beveiligingseisen op het gebied van opslaan en delen van (patiënt)gegevens. Daarnaast moet de helpdesk (24/7) goed ingeregeld worden.

Lysias is gevraagd om een inschatting te maken van de financiële impact van deze doorontwikkeling. We hebben daarom kennis genomen van het plan dat GGD Amsterdam heeft opgesteld voor de doorontwikkeling. Dit plan is nog op hoofdlijnen en definitieve keuzes moeten nog gemaakt worden. Het plan kan nog niet goed financieel vertaald worden. We hebben daarom als referentie gekeken naar de kosten voor het landelijke pakket ITBC. Dit is een pakket dat qua complexiteit zwaarder is dan het beoogde systeem voor forensische geneeskunde, maar het geeft een goed beeld van de (omvang van) de kostencategorieën die aan de orde zijn.

Op basis van deze informatie komen we tot de volgende raming van kosten:

- Afschrijvingskosten ontwikkeling (€ 1 miljoen ontwikkelkosten, 5 jaar afschrijving): € 200.000
- Doorontwikkelkosten: € 100.000
- Applicatiebeheer: € 100.000
- Hosting: € 100.000
- Helpdesk 24/7: € 150.000

In totaal bedraagt onze raming van de jaarlijkse kosten € 650.000. De huidige kosten zijn € 200.000 en de meerkosten ten opzichte van de bestaande situatie bedragen daarmee € 450.000.

#### ***Taken op landelijk niveau voor de samenwerkingsovereenkomst***

Voor de inzet van forensisch medische expertise sluiten de GGD'en een dienstverleningsovereenkomst (DVO) af met de politie. Met de uitvoering van deze overeenkomst hangt ook een aantal taken samen die een centrale capaciteit vereisen. Het gaat om de uitvoering van de volgende taken:

- beleidsontwikkeling m.b.t. FME
- bewaken samenhang vakgebied FME i.r.t. de forensische geneeskunde (waaronder het stelsel van opleiding, wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling van professionele standaarden etc.)
- kwaliteitsbevordering FME
- escalatiepartner (coördineren, gespreksbegeleiding in geval van regionale issues tussen Politie en regio GGD'en mbt uitvoering FME)
- coördinatie mbt regio overstijgende vraagstukken
- coördinatie met het oog op uniformiteit, kwaliteit en continuïteit van de dienstverlening
- ondersteuning bij reguliere overleggen
- bepalen en monitoren Kostprijs en bepalen en reguleren bekostigingsmodel

Op dit moment wordt capaciteit ingezet vanuit GGD GHOR Nederland om deze taken in de huidige ontwikkelfase in te richten. Deze inzet is tot oktober 2022 gefinancierd. Voor de structurele inzet hebben we – na overleg met een aantal betrokkenen – de volgende raming gemaakt:

- Inzet van ca. 0,3 fte op strategisch niveau



- Inzet van ca. 1,0 fte op beleidsniveau
- Inzet van ca. 0,3 fte op administratief niveau

We ramen deze jaarlijkse kosten vanaf 2023 voor € 170.000. Daarnaast is voor inhuur- en advieskosten een budget van € 80.000 gewenst. Bij elkaar gaat het om € 250.000.

### ***Inschatting van kosten***

Resumerend kunnen we het volgende stellen over de kosten die gemoed zijn met het opzetten en onderhouden van de kennisinfrastructuur en de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen:

	2022	2023 en verder (jaarlijks)
Kennisinfrastructuur	€ 350.000	€ 600.000 - € 700.000
Richtlijnontwikkeling		€ 300.000
Leerstoelen	€ 400.000 <i>(waarvan € 300.000 in bestaande financiering is gedekt)</i>	€ 400.000 <i>(waarvan € 300.000 in bestaande financiering is gedekt)</i>
Informatievoorziening	€ 1.000.000 <i>(wordt afgeschreven in exploitatie)</i>	€ 650.000 <i>(waarvan € 200.000 in bestaande financiering is gedekt)</i>
Taken DVO	<i>Al gedekt in bestaande financiering</i>	€ 250.000

## **2.4. Analyse bekostigingsmodellen**

### Onderzoeksvraag 4:

*Een analyse van mogelijke bekostigingsmodellen voor Forensisch medische expertise en Lijkschouw, waarbij voor- en nadelen van deze modellen ook in kaart worden gebracht.*

Om te komen tot een toekomstbestendige en kostendekkende bekostiging van de Forensische Geneeskunde is in het visiedocument van GGD GHOR Nederland een aantal uitgangspunten vastgelegd voor de uitvoering van de onderdelen Forensisch medische expertise (FME) en Lijkschouw:

- De toekomstbestendige bekostiging doet recht aan adequate financiering van de 7 x 24 urenbeschikbaarheid van forensisch artsen en forensisch verpleegkundigen.
- De toekomstbestendige bekostiging doet tevens recht aan kostendekkende financiering van de verrichtingen.
- De toekomstbestendige bekostiging biedt ruimte voor ontwikkeling van het vakgebied, waaronder wetenschappelijk onderzoek, richtlijnontwikkeling, scholing en innovatie.

Daarnaast is afgesproken dat in de nieuwe kostenstructuur helder belegd is wie voor welk aandeel in de forensische geneeskunde, eindverantwoordelijk opdrachtgever en financier is: de gemeente, de politie of het OM.



Er zijn drie varianten voor het bekostigingsmodel te identificeren:

1. **Integraal tarief per verrichting.** Op voor beide partijen inzichtelijke wijze is via het kostprijsmodel een integraal tarief tot stand gekomen. Er wordt periodiek afgerekend met dit tarief per verrichting op basis van wat opdrachtgevers hebben gevraagd.
2. **Algehele systeembekostiging.** Er wordt landelijk een totaalbedrag per jaar afgesproken voor wat er nodig is per regio aan mensen en middelen om alle mogelijke verrichtingen dat jaar te doen. Dit wordt door de opdrachtgever in een keer of in termijnen voldaan.
3. **Hybride financiering.** Dit is een combinatie van beide. Hierbij wordt een deel van de kosten landelijk als vast bedrag voldaan. Daarnaast wordt er een tarief per verrichting in rekening gebracht.

### ***Forensisch medische expertise (FME)***

FME is onderdeel van Forensische Opsporing, dat door de politie wordt gedaan. De GGD voert deze taak uit en levert dus FME diensten aan de politie voor de forensische opsporing. Dit kan ook in opdracht van het OM gebeuren. Daarmee is feitelijk sprake van een opdrachtgever-opdrachtnemer relatie, waarbij de GGD als uitvoerder gehouden is aan wettelijke (kwaliteits)eisen. Het is zaak de wensen en eisen vast te leggen in kwaliteitsafspraken en dienstverleningsovereenkomsten tussen de politie/OM en GGD'en.

Op dit moment zien we verschillende vormen van bekostiging vanuit de politie aan de GGD'en. In een aantal regio's vindt bekostiging plaats op basis van verrichting en in andere regio's op basis van een lumpsum bedrag (waarbij de verrichtingen wel worden geregistreerd).

### ***Lijkschouw***

Lijkschouw is conform de Wet op de Lijkbezorging een gemeentelijke taak. Ook de financiering van deze taak loopt via de gemeente. De lijkschouwer wordt door het college van B&W benoemd. In de praktijk wordt lijkschouw bijna altijd uitgevoerd door de GGD.

### ***Bekostiging op basis van verrichtingen***

In dit model wordt alleen betaald voor wat wordt uitgevoerd. Daarbij is het uiteraard van belang om te bepalen wat er in de verrichtingen wordt verrekend: directe kosten zoals uurtarief, materiaalkosten en reiskosten, maar ook uitwerktijd zouden moeten worden meegenomen. Daarnaast is er een aantal indirecte kosten, die gemaakt moeten worden om een 24/7 organisatie in te richten. Denk daarbij aan kosten voor piket, niet-productieve uren, overhead, scholing en richtlijnontwikkeling.

Dit leidt tot een aantal voordelen:

- Dit is de meest eenvoudige en transparante vorm van bekostiging. Het aantal verrichtingen wordt inzichtelijk en met vooraf afgesproken tarieven is er ook helderheid en duidelijkheid voor beide partijen.
- Langs deze weg van bekostiging ontstaat er duidelijkheid in de opdrachtgever-opdrachtnemer relatie. Het is niet alleen wie betaalt, bepaalt maar in dit geval juist ook andersom: wie bepaalt, betaalt. Als voor de FME de politie (al dan niet in opdracht van het OM) een verrichting vraagt,



dan is vooraf helder wat daarvoor de kosten zijn. Discussie achteraf, zoals die nu af en toe ervaren wordt, wordt daarmee meer vermeden.

Tegelijkertijd zien we een aantal belangrijke nadelen van dit model:

- De toerekening van indirecte kosten is ingewikkeld en lastig vooraf in te schatten. Immers het model dat gekozen wordt om 24/7 beschikbaarheid te garanderen verschilt per (politie)regio.
- Overlap tussen de twee onderdelen FME en Lijkschouw is in de bekostiging niet te organiseren omdat de vaste lasten worden doorberekend in de verrichtingen. Dit maakt het model ingewikkeld.
- Dit model leidt tot hoge administratieve lasten, aan zowel opdrachtgever als -nemer kant. Iedere verrichting moet duidelijk worden vastgelegd, omdat deze administratie de basis van verrekening vormt.
- Daarnaast is het onoverkomelijk om tot (grote) verschillen tussen GGD regio's te komen. Het vaste deel (indirect) van de kosten drukt immers zwaar op het tarief per verrichting. Daarmee is een regio met weinig verrichtingen duurder *per* verrichting, terwijl de directe kosten van een verrichting misschien helemaal niet zo hoog zijn.

### **Systemebekostiging**

In dit model gaat er een lumpsum bedrag vanuit de politie en de gemeente naar de GGD en daarvoor moeten alle verrichtingen waar om wordt gevraagd, worden verricht. Dit vraagt dus om een goede inschatting en duidelijke afspraken vooraf over het aantal verrichtingen en de kosten die door de GGD zullen worden gemaakt. Ook dit model kent een aantal voor- en nadelen. De voordelen zijn:

- Er zijn beduidend minder administratieve lasten. Op basis van de ervaringen en verrichtingen in een jaar worden de afspraken voor het jaar erop gemaakt. Dit vraagt wel om administratie op hoofdlijnen, maar verrichtingen hoeven niet tot in detail te worden vastgelegd.
- Het verrekenen van indirecte (vaste) kosten is aan de andere kant een stuk eenvoudiger. Er hoeft geen ingewikkelde verdeling per verrichting te worden gemaakt en het bedrag kan in een keer vooraf in de afspraken worden meegenomen en verrekend. Ook de kosten die gerelateerd zijn aan opleiding en richtlijnontwikkeling kunnen vooraf makkelijker inzichtelijk gemaakt worden en hoeven niet ingewikkeld worden verdeeld en verrekend per verrichting.

De nadelen van het model zijn echter:

- Systemebekostiging is duidelijk minder transparant en navolgbaar dan wanneer bekostiging op basis van verrichtingen geschiedt.
- In het geval van FME hoeft de politie niet bij iedere verrichting een (financiële) afweging te maken en kan direct gebruik maken van de GGD. Vanuit het oogpunt van opdrachtgeverschap kan dit leiden tot een scheve verhouding: iedere extra verrichting die gevraagd wordt leidt tot een kostenpost aan de kant van de GGD. Er zitten dus tegengestelde (financiële) belangen aan beide zijden en dit kan gedurende het jaar leiden tot discussie. Dit is een nadeel van dit systeem.
- Ook is de controle achteraf lastiger, het is immers niet op verrichtingenniveau duidelijk of de kosten voor die verrichting ook zijn gemaakt. Dit vraagt een groot vertrouwen tussen de opdrachtgever en opdrachtnemer.



### **Hybride systeem van bekostiging**

Op basis van het voorgaande kan gesteld worden dat er bij beide modellen duidelijke voor- en nadelen zijn. Waar het model op basis van verrichtingen leidt tot meer transparantie heeft dat een aantal nadelen in zich rond administratie en toedeling van kosten. Bij een systeembekostiging is het tegenovergestelde het geval. Het ligt daarom voor de hand om te kijken naar een bekostigingsmodel dat het beste van beide modellen combineert. In een hybride model kunnen de vaste kosten lumpsum worden bekostigd en de variabele kosten op basis van verrichtingen. Soms vragen politie eenheden in de praktijk verschillende invullingen van verrichtingen. Hiermee kan in een hybride model goed rekening gehouden worden.

Van een aantal verrichtingen is het aan de voorkant onmogelijk om in te schatten hoeveel tijd en capaciteit nodig is om ze uit te voeren, omdat ze per verrichting enorm kunnen verschillen. Bijvoorbeeld (uitgebreide) letselonderzoeken, schouwverslagen en wanneer een forensisch arts als expert wordt opgeroepen is het tijdsbeslag vooraf eigenlijk niet aan te geven en zou een gemiddelde dus ook niet goed werkbaar zijn. Hiervoor kan worden afgesproken dat op tegen een vast tarief op uurbasis achteraf wordt afgerekend.

Een voorstel om onderscheid te maken tussen vaste en variabele kosten zou er als volgt uit kunnen zien:

<b>Type kosten</b>	<b>Onderdelen</b>
<i>Vast (systeem)</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 24/7 beschikbaarheid (kosten voor de benodigde formatie en opslag overhead, voor zover niet gedekt uit verrichtingen)</li><li>2. Kosten voor leerstoelen en richtlijnontwikkeling</li><li>3. Kosten voor informatievoorziening</li><li>4. Kosten voor landelijke taken samenwerkingsovereenkomst</li></ol>
<i>Variabel (per verrichting)</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Materiaalkosten</li><li>6. Reiskosten</li><li>7. Uurtarief (inclusief overheadtoerekening voor HRM, ICT, huisvesting, administratie, communicatie)</li></ol>

De vaste kosten kunnen aan de voorkant lumpsum worden afgesproken en per verrichting wordt een tarief afgesproken. Op deze manier wordt er recht gedaan aan de verhouding tussen opdrachtgever en opdrachtnemer, zijn er geen (extra) tegenstrijdige belangen en is op verrichtingenniveau voldoende sprake van transparantie.

Een onderdeel van het model dat extra aandacht verdient is de 24/7 beschikbaarheid. Omdat de verrichtingen elkaar niet allemaal opvolgen in tijd en ook niet alleen tijdens kantooruren plaatsvinden is er sprake van vaste kosten voor de beschikbaarheid. Het is niet mogelijk om de totale kosten enkel



te dekken op basis van de tarieven voor verrichtingen. Er blijft dus een gat over dat gedekt moet worden om de 24/7 beschikbaarheid te kunnen garanderen.

In het hybride bekostigingsmodel valt *het verschil* tussen wat nodig is voor de beschikbaarheid en dat wat wordt bekostigd door de verrichtingen onder de vaste kosten die financiers moeten betalen. Dit zijn eigenlijk de ongedekte uren, omdat verrichtingen elkaar niet in de tijd opvolgen. Omdat opdrachtgevers 24/7 beschikbaarheid vragen, zal daarvoor moeten worden betaald. We gaan in paragraaf 4.1 in op de praktische implicaties hiervan voor de financieringswijze.

## 3. Deel 2: Analyse

### 3.1. Doorrekening kosten nieuwe werkwijze forensische geneeskunde

#### Onderzoeksvraag 5:

*Een inzichtelijke doorrekening van de kosten van Forensisch medische expertise en Lijkschouw, uitgaande van de meest wenselijke bekostigingsmodellen. Daarbij rekening houdend met de ontwikkelingen (in lijn met de visie op toekomstige Forensische Geneeskunde en de voorgenomen wijziging van de Wet op de Lijkbezorging die nu plaatsvinden) en de uitkomst van resultaat 3.*

In paragraaf 2.1 is in beeld gebracht wat de huidige kosten voor de gemeenten en politie zijn voor lijkschouw en FME.

In deze paragraaf beantwoorden wij de vraag wat in het nieuwe werkwijze de kosten zullen zijn voor FME en lijkschouw.

#### **Kostprijs verrichtingen**

Vertrekpunt van onze doorrekening is het kostprijsmodel van de GGD'en. Hierin is berekend wat de kosten zijn voor het uitvoeren van de verrichtingen. Het aantal verrichtingen waarmee is gerekend is opgenomen in bijlage 3. Op basis dit aantal verrichtingen is volgens het kostprijsmodel 63,7 fte benodigd voor het uitvoeren van de verrichtingen. De kosten hiervan bedragen € 19,5 miljoen. Hierin is een risicoreservering van € 1,8 miljoen opgenomen, die naar ons oordeel kan vervallen wanneer voor de kosten voor 24/7 beschikbaarheid een duurzame bekostiging wordt afgesproken (zoals in paragraaf 2.4 benoemd). Bovendien zijn in het bedrag voor verrichtingen de huidige kosten van de informatievoorziening opgenomen (€ 0,2 miljoen). Deze kosten worden overgeheveld naar de vaste kosten. **De kostprijs op basis van verrichtingen is dan € 17,5 miljoen.**<sup>6</sup>

#### **Kosten van postmortaal toxicologisch en radiologisch onderzoek.**

In een voorgenomen wetswijziging worden de bevoegdheden van de lijkschouwer voor postmortaal toxicologisch en radiologisch onderzoek uitgebreid. In een eerder stadium hebben de GGD'en de kosten voor het postmortale onderzoek in beeld gebracht. Uitgaande van dat onderzoek **bedragen de structurele kosten jaarlijks € 3 miljoen**. Dit bedrag is gebaseerd op de verwachting dat 3.300 toxicologische onderzoeken en 600 radiologische onderzoeken worden uitgevoerd. Hiervan is de grootste kostencomponent de laboratoriumonderzoeken (€ 2,2 miljoen). Daarnaast is € 0,5 miljoen extra inzet van artsen nodig en is er nog sprake van € 0,3 miljoen overige kosten. Wij hebben kennis genomen van de uitkomsten van de eerdere verkenning en kwalificeren de gehanteerde methode als valide. Wij verwachten dat de laboratoriumkosten onderdeel worden van de prijs per verrichting. Het uitvoeren van deze (nieuwe) verrichtingen vraagt inzet van de artsen, waarmee mogelijk de leegloop gedeeltelijk kan worden opgevuld. Wel moet in de verkenning worden uitgegaan van aannames en de nog beperkte ervaringen met postmortaal toxicologisch en radiologisch onderzoek, waardoor het

<sup>6</sup> In deze prijs zijn de verrichtingen opgenomen zoals die in de landelijke productenlijst zijn benoemd. Naast deze producten is er een mogelijkheid dat regionaal aanvullende producten worden geleverd. Zo heeft de regio Amsterdam afspraken gemaakt over de coördinatie van zedenzaken. Deze aanvullende producten zijn niet in de prijs opgenomen en dienen apart te worden afgerekend.





verstandig is het daadwerkelijk uitgevoerde aantal onderzoeken na een periode van twee jaar te evalueren.

De kosten zullen – wanneer de wet daadwerkelijk wordt gewijzigd – in het kostprijsmodel toegevoegd moeten worden, zodat ze onderdeel uitmaken van de kosten per verrichting. Wij nemen deze kosten vooruitlopend op de wetswijziging al wel op in onze doorrekening.

### ***Forensisch Medische Expertise voor Kinderen (FMEK)***

In het najaar van 2018 is het landelijke FMEK-project van GGD GHOR Nederland, in opdracht van het Ministerie van VWS van start gegaan. Dit project heeft tot doel de regionale beschikbaarheid van forensisch medische expertise voor kinderen (FMEK) bij de verdenking van huiselijk geweld en kindermishandeling te versterken.

FMEK richt zich op het duiden van letselaspecten bij kinderen (kwetsbare groepen) waarbij een vermoeden bestaat van kindermishandeling of seksueel misbruik en richt zich op de vraag of het letsel een medische oorzaak kan hebben, veroorzaakt kan zijn door een ongeluk (accidenteel letsel) of door een ander toegebracht kan zijn (toegebracht letsel). FMEK kan worden ingezet voor het duiden van fysiek letsel, voor het vastleggen van letsel en voor het rapporteren over letselduiding.

Op dit moment is de exacte invulling van FMEK in activiteiten en verantwoordelijkheidsverdeling (onder meer met politie en Veilig Thuis) nog in ontwikkeling. Over de bekostiging van de activiteiten moeten ook nog afspraken worden gemaakt. Deze activiteiten maken dan ook nog geen deel uit van het kostprijsmodel. Wel achten wij de werkwijze en principes die in het kostprijsmodel zijn gehanteerd bruikbaar als uitgangspunt voor de berekening van de kostprijs en voor de bekostiging.

### ***Systeemkosten***

Wanneer de wetswijziging met aanpassing van bevoegdheden voor de lijkschouwer is doorgevoerd, bedragen **de kosten voor verrichtingen € 20,5 miljoen**. Bovenop deze kosten voor verrichtingen komen nog de volgende vaste kosten:

- Kosten richtlijnontwikkeling. In paragraaf 2.3 zijn de kosten van de richtlijnontwikkeling toegelicht. De structurele kosten ad **€ 1 miljoen** zijn berekend op basis van drie richtlijnen per jaar. Ten opzichte van de huidige kosten zijn dit nieuwe kosten.
- Kosten voor de leerstoelen (zie paragraaf 2.3): **€ 0,4 miljoen**.
- Het kostprijsmodel berekent de kosten voor het uitvoeren van de verrichtingen. De benodigde capaciteit voor de beschikbaarheid die bovenop de kosten van de verrichtingen komt ontbreekt nog. Dit zijn eigenlijk de ongedekte uren, omdat verrichtingen elkaar niet in de tijd opvolgen. Omdat opdrachtgevers 24/7 beschikbaarheid vragen, zal daarvoor moeten worden betaald. Deze uren zijn nog niet in het kostprijsmodel opgenomen. De benodigde formatie voor de beschikbaarheid is bepaald op basis van een schatting van de benodigde parate en piketdiensten. Hierbij is onderscheid gemaakt in drukke regio's (veel verrichtingen) en minder drukke regio's. Met input vanuit de regio's is vanuit de werkgroep aanbod en bekostiging op basis van deze modellen berekend dat totaal 81,1 fte nodig is om de beschikbaarheid (én verrichtingen) te kunnen garanderen in alle regio's. Van de 81,1 fte wordt 63,7 fte gedekt uit de inkomsten van de

verrichtingen. Aanvullend moet nog 17,4 fte gefinancierd worden. De kosten hiervan (personeelskosten en toe te rekenen overhead) bedragen **€ 2,8 miljoen**.

- Kosten doorontwikkeling informatievoorziening: **€ 0,65 miljoen** (zie paragraaf 2.3)
- Kosten coördinatie landelijke taken structureel: **€ 0,25 miljoen** (zie paragraaf 2.3)
- Kosten van opleidingen. De salariskosten van de artsen in opleiding en de kosten van de begeleiding zijn meegenomen in de kosten van de formatie (verrichting en beschikbaarheid). De overige kosten van de opleiding worden betaald door de SBOH (daar zijn de AOIS in dienst). Deze kosten worden nu op basis van een subsidieregeling gefinancierd door VWS. De omvang van deze kosten valt buiten de scope van dit onderzoek.

In totaal bedragen de aanvullende systeemkosten € 5,1 miljoen. De totale kosten lijkschouw en FME worden in de nieuwe situatie **€ 25,6 miljoen**.

### ***Eenmalige kosten***

Het bovenstaande betreft de structurele kosten. In deze kosten is nog geen rekening gehouden met incidentele kosten. Wij ramen deze kosten als volgt:

- Inrichten regionale samenwerking: wij ramen een bedrag van € 300.000 per regionaal samenwerkingsverband voor de inrichting van de nieuwe regionale werkwijze. Het gaat dan om inzet van een projectleider, overige projectkosten en implementatiekosten landelijke werkwijze.
- De nieuwe werkwijze leidt mogelijk ook tot frictiekosten: bestaande uitvoerende organisaties (naast de GGD'en gaat het ook om enkele private organisaties) dragen taken over aan de nieuwe bovenregionale uitvoeringsorganisaties en dat kan leiden tot wegvallen van (dekking voor werkzaamheden) bij bestaande uitvoerders. Deze kosten zijn afhankelijk van uitvoeringskeuzes en overleg op regionaal niveau en daarom nu niet zonder aanvullend onderzoek te ramen. Wij adviseren de GGD'en om hierover (proces)afspraken te maken met de (rijks)partners, waarbij het uitgangspunt is dat de kosten die het gevolg zijn van het rijksbeleid door het Rijk worden vergoed en niet ten laste komen van de gemeenten (als financier van de GGD).
- Opleidingskosten postmortaal toxicologisch en radiologisch onderzoek € 175.000 (zie notitie postmortaal toxicologisch en radiologisch onderzoek)
- Opstartkosten richtlijnontwikkeling: € 350.000 (zie tabel richtlijnontwikkeling)
- Het voorgaande betreft ramingen die met de nodige onzekerheid zijn omgeven. Wij adviseren daarom een post onvoorzien op te nemen van 10%.

## **3.2. Vergelijking huidige kosten – doorrekening**

### Onderzoeksvraag 6:

*Een vergelijking van de kosten volgend uit resultaat 1 (huidig budget) en resultaat 5 (doorrekening van modellen), met daarbij een verklaring voor eventuele kostenverschillen.*

De huidige kosten zijn bepaald op basis van de uitvraag die voor die onderzoek is gedaan (zie beantwoording vraag 1), inclusief een beperkte extrapolatie bij MAZ en FME.



Het totaal van de huidige kosten bedraagt € 24 miljoen. Hiervan wordt € 7,9 miljoen gedekt uit inkomsten MAZ. Exclusief de MAZ inkomsten resteert voor FME, Lijkschouw en overige inkomsten € 16,1 miljoen, hiervan is € 0,4 miljoen overige inkomsten. Voor FME (€ 7,2 miljoen) en lijkschouw (€ 8,5 miljoen) bedragen de kosten € 15,7 miljoen.

De kosten voor de nieuwe situatie zijn gebaseerd op een uniforme werkwijze en standaardkosten (bijvoorbeeld overhead). Daarnaast is voor het bepalen van beschikbaarheid uitgegaan van een regionale samenwerking tussen de GGD'en op de schaal van de politieregio.

Op basis van het kostprijsmodel, de kosten van de beschikbaarheid, richtlijnontwikkeling, landelijke coördinatie, informatievoorziening en postmortaal toxicologisch en radiologisch onderzoek bedragen kosten voor FME en lijkschouw € 25,6 miljoen. Het verschil van € 9,9 miljoen wordt verklaard door:

### **Verandering werkwijze**

- Een belangrijke doelstelling in de toekomstvisie op forensische geneeskunde is de beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde forensisch artsen. Dat is een belangrijke voorwaarde om de beoogde kwaliteitsslag te kunnen maken. Om deze beschikbaarheid te borgen is een marktconforme beloning, rekening houdend met de zwaarte van de functie vereist. In het kostprijsmodel is daarom rekening gehouden met een kostenstijging als gevolg van een functieherwaardering, waarvoor momenteel een extern advies in voorbereiding is. Hierdoor zijn de salariskosten € 1.100.000 hoger dan in de huidige situatie.
- In het kostprijsmodel is rekening gehouden met de hogere piketvergoeding die volgens de geldende arbeidsvoorwaarden mogelijk is ten opzichte van de normale maximale piketvergoeding. Dit is nodig voor een betrouwbaar inregelen van de 24/7 beschikbaarheid. Dit leidt tot € 300.000 hogere kosten.
- Door minder gelijktijdige beschikbaarheidsdiensten nemen de reiskosten toe doordat de reisafstand gemiddeld groter is. Hierdoor zijn de kosten € 100.000 hoger.
- De kosten van de wijziging van de wet op de lijkbezorging zijn nieuw. Als de voorgenomen wetwijziging wordt doorgevoerd zullen de kosten naar verwachting stijgen met € 3.000.000 (zie paragraaf 3.1).
- De kosten van de ondersteuning van de kennisinfrastructuur en de richtlijnontwikkeling zijn nieuw en zaten niet structureel in de huidige kosten, uitgezonderd de kosten van de twee leerstoelen. De kosten van de ondersteuning kennisinfrastructuur en richtlijnontwikkeling verklaren een stijging van de kosten ten opzichte van de huidige kosten van € 1.000.000.
- De kosten van leerstoelen zijn door noodzakelijke uitbreiding van onderzoekmedewerkers € 100.000 hoger dan de huidige kosten
- De kosten van de landelijke coördinatie zijn niet geborgd in de huidige kosten. Hierdoor zijn de kosten € 250.000 hoger.
- De noodzakelijke investeringen in de informatievoorziening zorgen voor een stijging van € 450.000.
- De vergelijking tussen de kosten van de huidige werkwijze met 25 regio's en de nieuwe uniforme werkwijze op het niveau van de 10 regio's is niet exact te maken. Het effect van de wijziging bestaat namelijk uit een aantal verschillende consequenties die op elkaar inwerken: door de



regionalisering neemt het aantal artsen dat dienst heeft af, maar hierdoor nemen de gemiddelde reistijd en reiskosten toe. Een groter werkgebied vraagt (afhankelijk van de exacte wijze waarop de GGD'en de samenwerking gaan organiseren) minder capaciteit van roosteraars en mogelijk van ondersteuning en management; daar staat echter tegenover dat er door het wegvallen van de MAZ meer 'niet-declarabele' uren zijn in de parate dienst. Hoe al deze bewegingen op elkaar inwerken is niet exact per onderdeel te becijferen. Wij benaderen deze verklarende variabele als dat deel van het verschil dat door de overige variabelen niet wordt verklaard. Per saldo is het financiële effect een verhoging van de kosten met € 200.000.

### **Effecten wegvallen MAZ**

Medische arrestantenzorg is in het door het kabinet overgenomen advies van de commissie-Hoes benoemd als taak waarop het overheidsprerogatief – anders dan voor FME en lijkschouw – niet van toepassing is. Dat betekent dat schaalvoordelen die samenhangen met een gezamenlijke uitvoering van FME, lijkschouw en MAZ vervallen. Op basis van onze analyse kunnen we vaststellen dat dit effect als volgt is:

- Het rooster wordt alleen ingevuld ten behoeve van FME en Lijkschouw. De beschikbaarheid komt alleen voor rekening van deze deeltaken, terwijl de beschikbaarheid voorheen ook werd gefinancierd door de MAZ. Het effect hiervan is circa € 1.000.000
- Hetzelfde geldt voor de piketvergoeding. Het wegvallen van MAZ zorgt voor hogere kosten FME en lijkschouw van circa € 300.000
- De overheadkosten en de overige materiele kosten zijn over het algemeen vaste kosten. De kosten dalen beperkt door het wegvallen van de MAZ. Het effect hiervan is een stijging van € 2.100.000
- In de huidige situatie worden (beperkt) verpleegkundige ingezet. Dit zal vooral voor de MAZ zijn. In het kostprijsmodel alleen gerekend met inzet voor artsen. Omdat de verpleegkundige inzet vooral voor de MAZ zal zijn, leidt dit niet tot een afwijking.

De ontvlechting van de MAZ leidt dus tot een verhoging van de kosten voor de andere onderdelen van forensische geneeskunde. De GGD zou deze kosten in principe moeten doorrekenen aan de financiers van lijkschouw en FME: gemeenten en politie. Er is echter een goede reden dat het Rijk de gevolgen van de ontvlechting MAZ compenseert. De kostenstijging is immers een direct gevolg van het besluit van het kabinet aangaande het overheidsprerogatief. Dan past het in de interbestuurlijke verhoudingen dat het kabinet de gevolgen van dit besluit compenseert. Wij bevelen aan deze compensatie deel te laten uitmaken van een tijdelijke vergoeding van het Rijk aan GGD'en, zoals we die in paragraaf 4.2 adviseren.



### Samenvattend

Samengevat is de verklaring van het verschil tussen de huidige kosten en de toekomstige kosten:

Verklaring verschil huidige en toekomstige kosten FME en lijkschouw		(Bedragen x € 1.000)
<b>Huidige kosten FME en lijkschouw</b>		<b>€ 15.700</b>
<b>Verschillen door nieuwe werkwijze</b>		<b>€ 6.500</b>
Herwaardering functies	€ 1.100	
Wijziging tarief piketvergoeding	€ 300	
Hogere reiskostenvergoeding	€ 100	
Kosten postmortaal toxicologisch en radiologisch onderzoek (onder voorbehoud van wetswijziging)	€ 3.000	
Kennisinfrastructuur en richtlijnontwikkeling	€ 1.000	
Hogere kosten leerstoel	€ 100	
Landelijk coördinatie	€ 250	
Informatievoorziening	€ 450	
Overige mutaties als gevolg van normering en overige effecten	€ 200	
<b>Verschillen door ontvlechting MAZ</b>		<b>€ 3.400</b>
Wegvallen dekking beschikbaarheid	€ 1.000	
Wegvallen dekking piket	€ 300	
Wegvallen dekking overhead- en materiële kosten	€ 2.100	
<b>Toekomstige kosten FME en lijkschouw</b>		<b>€ 25.600</b>

## 4. Deel 3: Advies

### 4.1. Advies bekostigingsstructuur

#### Onderzoeksvraag 7:

*Een advies aan GGD GHOR Nederland/de GGD'en en opdrachtgevers van GGD'en (Politie/OM/JenV/gemeenten/BZK) over de meest wenselijke bekostigingsstructuur voor Forensisch medische expertise en lijkschouw. Waarin voor partners helder belegd is wie voor welk aandeel in de forensische geneeskunde, eindverantwoordelijk opdrachtgever en financier is.*

Na de ontvlechting van de MAZ blijven er twee onderdelen van Forensische Geneeskunde over: FME en Lijkschouw. Beide onderdelen kennen andere opdrachtgevers en daarmee ook andere financieringsstromen:

- In opdracht van politie en justitie wordt Forensische Medisch onderzoek uitgevoerd. Deze dienst valt volledig onder het overheidsprerogatief. Hier vallen producten onder als “Afname van lichaamsmateriaal”, “Zedenonderzoek”, “Overlijdensonderzoek lijkschouw” en “Letselonderzoek”.
- Voor FMEK geldt dat vaak Veilig Thuis de opdrachtgever is en het ministerie de financier. Soms worden FME producten ook door anderen gevraagd (bijvoorbeeld door de Koninklijke Marechaussee en de reclassering).
- De forensisch arts wordt als lijkschouwer, in opdracht van de gemeente, ingeroepen wanneer een behandelend arts een niet-natuurlijke doodsoorzaak vermoedt en bij euthanasie.
- Aan de Forensisch Arts wordt in speciale gevallen een “medical statement” gevraagd door begrafenisondernemers, wanneer een overledene over de Nederlandse landsgrens wordt vervoerd of een “uitstelverklaring begraven” wanneer het langer duurt dan de wettelijke termijn dat een overleden ter aarde besteld moet zijn.

In de nieuwe situatie is het van belang om in kaart te brengen hoe de financieringsstromen voor Forensische Geneeskunde gaan lopen. Uitgaande van een hybride model van financiering, maken we onderscheid tussen het variabele en het vaste deel van de bekostiging.

We beschrijven hierna achtereenvolgens ons advies voor de bekostiging van de variabele kosten en vervolgens voor de bekostiging van de vaste kosten. Bij de vaste kosten beschrijven we eerst een eindbeeld dat we voor de lange termijn houdbaar vinden, om vervolgens een advies te geven over een overgangsfase.

#### **Variabele kosten**

We hebben in paragraaf 2.4 voorgesteld de variabele kosten per verrichting in rekening te brengen bij de betreffende financier. Het gaat om het grootste deel van de kosten, ca. € 17,5 miljoen (€ 20,5 miljoen na de uitbreiding van bevoegdheden van de gemeentelijk lijkschouwer). Voor dit onderdeel is de financiering eenduidig en eenvoudig vorm te geven. De verschillende verrichtingen kennen een tarief. Als een opdrachtgever de GGD vraagt om een verrichting uit te voeren dan wordt dat tarief in rekening gebracht. Daarmee is de scheiding tussen verschillende financiers ook eenvoudig te maken; er wordt betaald voor wat wordt gevraagd.



### **Vaste kosten: eindbeeld voor verdeling van kosten**

Eerder hebben we inzichtelijk gemaakt voor welke vaste lasten systeembekostiging een logische financieringsmethode is. Het gaat daarbij om: de aanvullende capaciteit die nodig is voor de 24/7 beschikbaarheid, de kosten van de leerstoelen en kennisinfrastructuur, de landelijke coördinatie en de informatievoorziening met een omvang van € 5,1 miljoen. Voor de vaste lasten moet een verdeelsleutel gemaakt worden voor de twee opdrachtgevers die gezamenlijk 98,4% van de omzet van forensische geneeskunde bekostigen, de politie en de gemeenten. Omdat deze kosten worden gemaakt voor beide opdrachtgevers, stellen wij voor om de kosten naar rato over de opdrachtgevers te verdelen, op basis van de financiële bijdrage aan verrichtingen.

Als we de gegevens nemen voor 2020, dan zien we dat voor FME de kosten rond 7,2 miljoen lagen en voor lijkschouw rond de 8,4 miljoen. Dat betekent dat de voor de vaste lasten de gemeenten voor ongeveer 53,8% van de kosten aan de lat staan en politie/justitie voor de overige 46,2%.

### ***Omgaan met het verschil tussen inzet op basis van verrichtingen en 24/7 beschikbaarheid***

*In paragraaf 2.4 hebben we aangegeven dat de personeelskosten voor de 24/7 beschikbaarheid die niet door het tarief per verrichting worden gedekt, tot de vaste kosten behoren. Conform het uitgangspunt hiervoor worden deze kosten (op basis van het huidige model € 2,8 miljoen) dus toegerekend aan de politie en de gemeenten.*

*Nu zal het aantal verrichtingen in een jaar nooit volledig overeenkomen met het vooraf geschatte aantal verrichtingen. Dit betekent dat er ófwel te weinig dekking is voor de formatie (bij minder verrichtingen), óf dat financiers dubbel betalen. Dit heeft als praktische implicatie dat een vorm van nacalculatie moet plaatsvinden om dat verschil te bepalen. Tegelijkertijd is de totale omvang van het bedrag waarop wordt afgeweken van dien aard dat het ons verstandig lijkt om daar een drempel voor te bepalen. Immers in totaal gaat het hier om een bedrag van ongeveer (landelijk) 2,8 miljoen en dat komt dus neer op ongeveer 10% van het totaal. De kosten die gemaakt moeten worden om (administratief) elk jaar over te gaan tot een nacalculatie staan wat ons betreft niet in verhouding tot dat bedrag als er als het aantal verrichtingen niet meer dan 10% (positief of negatief) afwijkt. Jaarlijks wordt het aantal verrichtingen ingeschat op basis van het jaar ervoor en eens in de 5 jaar worden de totale kosten voor 24/7 beschikbaarheid in een regio herijkt.*

*Op deze manier zijn de kosten voor de 24/7 beschikbaarheid van de GGD'en altijd gedekt. Afhankelijk van het aantal verrichtingen in een jaar wordt het vaste deel vastgesteld.*

### **Tijdelijke overgangsregeling**

We kunnen de hiervoor geschetste uitgangspunten vertalen naar een concreet financieel beeld. Op basis van het kostprijsmodel is de verdeling van kosten voor verrichtingen over de belangrijkste financiers (gemeenten en politie) als volgt:

	Kostprijs verrichtingen	Vaste kosten	Subtotaal nieuw	Huidige kosten (2020)
Politie (FME)	7.500.000	2.353.000	<b>9.853.000</b>	7.241.000
Gemeenten (lijkschouw)	10.000.000	2.747.000	<b>12.747.000</b>	8.454.000

Voor zowel politie als gemeenten leidt doorvoering van de door het kabinet ingenomen standpunten en de doorwerking van de visie op een toekomstvaste, robuuste forensische geneeskunde tot een stijging van de kosten. Wij adviseren de GGD'en om met de betrokken ministeries, politie en VNG in gesprek te gaan over deze kostenstijging. Wij beschouwen het binnen de geldende interbestuurlijke verhoudingen als passend dat de betrokken ministeries de gemeenten en de politie compenseren voor de kostenstijging die het gevolg is van kabinetsbesluiten.

De vorm waarin deze compensatie kan plaatsvinden is allereerst aan de betrokken financiers. Het ligt voor de hand dat deze compensatie voor gemeenten vorm krijgt via een extra storting in het gemeentefonds. Daarbij dient echter te worden aangetekend dat GGD'en daarmee in de positie komen ieder afzonderlijk met de betrokken gemeenten in gesprek te moeten gaan over het doorzetten van deze compensatie naar de GGD'en. Dat leidt op korte termijn tot onduidelijkheid over de beschikbaarheid van financiering. Bovendien moet na doorvoering van de wijziging in de Wet op de Lijkbezorging (waarin de bevoegdheden voor de lijkschouwer worden uitgebreid) mogelijk een dergelijke procedure opnieuw worden doorlopen. Dit is afhankelijk van nog te maken keuzes in wie voor de kosten voor postmortaal toxicologisch en radiologisch onderzoek de verantwoordelijke opdrachtgever en financier is. Op dit moment vindt dit onderzoek plaats in opdracht van politie/OM. Bij uitbreiding van de bevoegdheden van de gemeentelijk lijkschouwer zoals geadviseerd door Professor Sijmons<sup>7</sup> kan de lijkschouwer dergelijk onderzoek ook zonder opdracht van politie/OM uitvoeren." Wij adviseren daarom een tijdelijke overgangssituatie in de financiering te creëren, waarin het Rijk de compensatie voor de nieuwe werkwijze gedurende enkele jaren via een rechtstreekse vergoeding aan GGD GHOR Nederland toekent. Zie voor de wijze waarop paragraaf 4.2.

## 4.2. Verdeling

### Onderzoeksvraag 8:

*Een advies aan GGD GHOR Nederland/de GGD'en voor een interne verdeelsleutel (die rekening houdt met zaken als grootte van de GGD, overheadkosten, BTW-vraagstukken e.d.) wanneer er (op onderdelen) zou worden gekozen voor een landelijke financiering (via bijvoorbeeld GGD GHOR Nederland) voor de uitvoer van Forensisch medische expertise.*

In eerdere delen van dit rapport zijn we uitvoerig ingegaan op de verschillen tussen regio's die kunnen leiden in tot verschillen in kostenstructuren, waaronder de bekostiging van de 24/7 beschikbaarheid (toegelicht in het antwoord op vraag 7). De grootte van de regio heeft bijvoorbeeld impact op de reisafstand en -tijd. In beantwoording van vraag 4 hebben we aangegeven dat het verstandig zou zijn

<sup>7</sup> Rapport uitbreiden bevoegdheden lijkschouw, Prof.mr.dr.dr. J.G. Sijmons en Mr. V.L Derckx, Universiteit Utrecht, 18 november 2019



om met een hybride bekostigingsmodel te werken en in vraag 7 hebben we daar nader invulling aangegeven.

Een logisch principe is om het geld van de opdrachtgever zo direct mogelijk naar de uitvoering te brengen. Dat betekent dat voor variabele kosten via de tarieven wordt verrekend en dat dat daarmee automatisch decentraal wordt gedaan. Ook de bekostiging voor de 24/7 beschikbaarheid loopt via de regio (zie het antwoord op vraag 7). Het ligt daarom niet voor de hand om de totale financiering landelijk te laten verlopen en vervolgens te verdelen over de regio's.

Voor een aantal vaste vergoedingen (professionalisering, richtlijnontwikkeling, leerstoel(en) en opleiding) zal de komende jaren extra geld beschikbaar moeten komen. Deze middelen kunnen het best op een centraal niveau worden uitgegeven, bijvoorbeeld door de GGD GHOR Nederland. Conform ons advies in paragraaf 4.1 worden deze kosten verdeeld over politie en gemeenten. Hoewel er daarnaast ook nog andere opdrachtgevers zijn (bijvoorbeeld de begrafenisondernemers), het hun aandeel in het aantal gevraagde verrichtingen zeer klein en zouden deze kosten ook over de twee grote financiers moeten worden verdeeld.

Om de middelen te kunnen uitgeven aan de vaste kosten (professionalisering, richtlijnontwikkeling, leerstoelen en opleiding) moet een organisatie worden gevonden die dat op centraal niveau kan doen. Het ligt voor de hand om GGD GHOR Nederland hier een rol in te geven. Vanwege het verschil in financieringswijzen stellen we voor dat voor beide financiers in het eindbeeld een verschillende financieringswijze wordt gehanteerd:

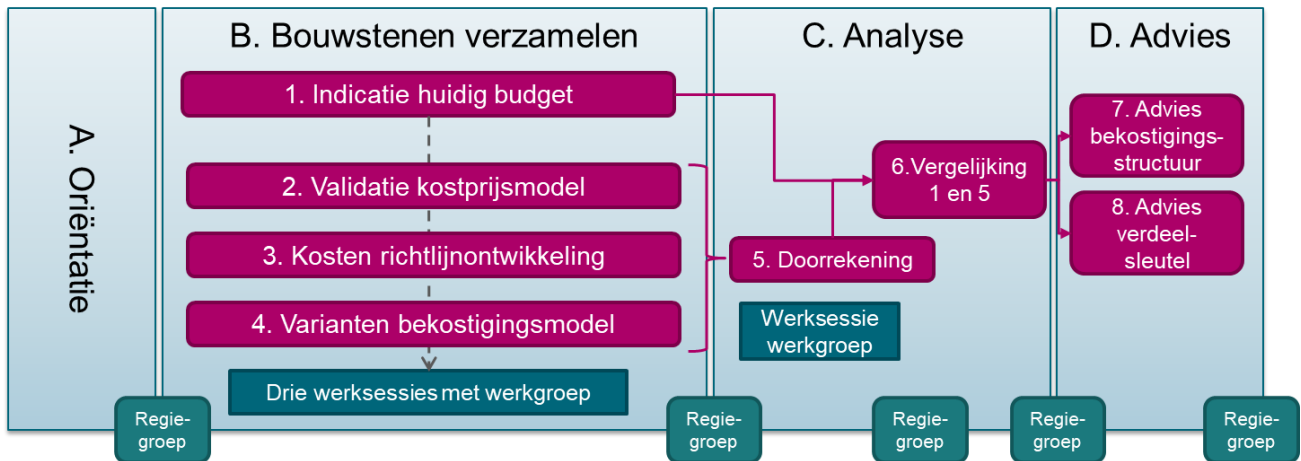
1. FME (Politie en OM): De financiering van de vaste lasten zoals hierboven beschreven loopt rechtstreeks vanuit de politie en OM naar de GGD GHOR Nederland. Deze relatie is immers het meest direct. Omdat het hier om verantwoordelijkheid van het systeem gaat, kunnen we ons ook voorstellen dat financiering vanuit het ministerie plaats vindt.
2. Lijkschouw (Gemeenten). Normaal gesproken zouden deze extra middelen via de GGD'en bekostigd worden en vervolgens op basis van inwoneraantal en via de verenigingsbijdrage aan GGD GHOR worden verrekend. De GGD'en ontvangen hiervoor middelen van de gemeenten, die op hun beurt via het gemeentefonds extra middelen ontvangen van het Rijk. Dit lijkt ons in dit geval wat omslachtig. Het is logisch om BZK als systeemverantwoordelijke een rechtstreekse subsidie te laten beschikken aan GGD GHOR Nederland, die daarmee de vaste lasten voor richtlijnontwikkeling en leerstoelen kunnen bekostigen.

De extra middelen die beschikbaar komen de komende periode worden daarmee rechtstreeks vanuit de opdrachtgevers aan GGD GHOR Nederland beschikt. We realiseren ons dat een directe financiering vanuit het ministerie aan de koepelorganisatie van de GGD'en niet door alle partijen gewenst zal zijn. Net als bij de kosten die voortvloeien uit de ontvlechting van de MAZ achten wij het verstandig om deze financieringsrelatie voor wat betreft lijkschouw daarom alleen tijdelijk te laten bestaan. Zodra de nieuwe wet op de lijkbezorging is vastgesteld en de middelen die daarmee samenhangen via het gemeentefonds en gemeenten bij de GGD'en terecht komt kan deze directe financieringsrelatie worden beëindigd.



## Bijlage 1: Onderzoeksaanpak

Het onderzoek kende een doorlooptijd van januari tot juni 2021. Daarin is de volgende fasering gehanteerd:



Het onderzoek is opgevoerd in opdracht van GGD GHOR Nederland en is begeleid door een begeleidingsgroep, bestaande uit:

- Nicolette Rigter, voorzitter
- Joost Bernsen
- Chantal Laurent
- Natasja van Montfoort (tot 1 april) / Michel Limpens
- Simone Versteeg

Als klankbord voor de onderzoekers heeft een werkgroep gefungeerd, bestaande uit de leden van de Werkgroep Aanbod en Bekostiging, aangevuld met deskundigen bij het betreffende onderwerp: bij het gesprek over de kennisinfrastructuur en richtlijnontwikkeling zijn de projectleider voor de visie op de kennisinfrastructuur, bestuursleden van het Forensisch Medisch Genootschap en leden van de vakgroep Forensische Geneeskunde aanwezig geweest; bij het gesprek over het bekostigingsmodel zijn enkele controllers aanwezig geweest.

De tussenresultaten en het eindresultaat van het onderzoek zijn ter vaststelling aangeboden aan de Regiegroep Forensische Geneeskunde, bestaande uit vertegenwoordigers op directieniveau uit de tien samenwerkingsregio's.

In het kader van het onderzoek voerden we naast gesprekken met leden van de werkgroep de volgende gesprekken:

- Ministerie J&V:
  - Elz Coolman
  - Geertjan Weneker
  - Martin Slot, projectleider



- 
- Ministerie BZK: Jan-Kees Vos
  - Politie: Mark Rozendal
  - Taco Mesdag (voorzitter vakgroep FG)
  - Debora Wattel en Ronald Duzijn (FMEK)
  - Jelle Doosje, directeur LCR
  - Trudy Dunnink en Igor Ivakic, NCJ



## Bijlage 2: Validatie kostprijsmodel

We maakten bij een eerdere versie van het kostprijsmodel een aantal gedetailleerde opmerkingen. Deze opmerkingen zijn op een goede manier in het huidige kostprijsmodel verwerkt. Vanwege de transparantie in het onderzoek bevat deze bijlage de uitwerking van de door ons in het kader van de validatie van het kostprijsmodel gemaakte opmerkingen.

### ***Beschikbaarheid / aandeel ander werk***

Op basis van 3 modellen is bepaald hoeveel fte's er nodig zijn voor de beschikbaarheid. Het is goed rekening te houden met het feit dat er een verschil is tussen de uren die ingezet worden voor het doen van verrichtingen en uren die wel gezien worden als werkuren, maar waarin geen verrichtingen kunnen worden gedaan. De geschetste aandachtspunten zijn reëel, maar zijn meer een managerial probleem en een vraagstuk voor de kwaliteit van de dienstverlening. Er wordt voorgesteld om deze uren via de systeembekostiging te financieren. Daarom is deze formatie niet opgenomen in het kostprijsmodel. Het wegvallen van de MAZ heeft een behoorlijke impact op de kosten van fme en lijkschouw, doordat er betaalde verrichtingen wegvallen en er (deels) wachturen voor in de plaats komen.

In een apart voorstel is per politieregio een voorstel gemaakt van de benodigde aanvullende formatie om de 24-uursbeschikbaarheid te kunnen garanderen. Deze berekening moet nog worden vastgesteld. Op basis van de beschikbare data over verrichtingen en de tijdsblokken waarin deze worden uitgevoerd lijkt de inschatting realistisch.

### ***Productieve uren***

De handreiking overheadstarieven 2021 gaat uit van 1.410 productieve uren. In onze uitvraag voor het kostenonderzoek hebben we niet gevraagd naar de productieve uren waarmee de GGD'en nu rekenen. Uit onze ervaring weten we dat GGD'en vaak rekenen met 1.300-1.400 productieve uren. Het uitgangspunt van 1316 lijkt ons realistisch omdat artsen continu bijgeschoold worden en er ruimte moet zijn voor intervisie. Er zijn nog geen uren voor richtlijnontwikkeling verwerkt in het kostprijsmodel. Dat is correct want de richtlijnontwikkeling wordt apart gefinancierd.

### ***Inschaling***

In het kostprijsmodel moet uitgegaan worden van de realistische inschaling. Wij hebben niet inhoudelijk beoordeeld of de genoemde schaal (14 trede 9) reëel is; dat vraagt een functiewaardering. Wel hebben we vastgesteld dat dit bedrag is bepaald op basis van een verdeling van artsen in verschillende schalen<sup>8</sup>. Deze verdeling is gebruikt om een gewogen gemiddelde te bepalen. De aannames zijn getoetst in de regio's. De aannames zijn rekenkundig goed verwerkt. Bij het bepalen van inschaling is door de werkgroep rekening gehouden met een ophoging van de inschaling als gevolg van de noodzakelijke kwaliteitsslag. De genormeerde inschaling in het kostprijsmodel is hoger dan de huidige gemiddelde salarissen van de artsen.

### ***Opleiding***

---

<sup>8</sup> Overigens wordt er nog gesproken over de Car-uwo. Deze bestaat niet meer. Ivm de WNRA is de car-uwo vervangen door de cao gemeenten en cao SGO (voor gemeenschappelijke regelingen). Dit heeft geen invloed op de inschaling of het kostprijsmodel.



Artsen in opleiding zijn in dienst van SBOH. De GGD betaalt een vergoeding voor de artsen die tijdens de studie bij de GGD werken. De GGD ontvangt een vergoeding voor de praktijkbegeleiding van betreffend arts in opleiding AIO. De AIO kan, zeker in de beginfase van de opleiding niet zelfstandig verrichtingen doen. Bovendien krijgt de arts ook uren om studie te volgen. De productiviteit van deze artsen wijkt dus af productiviteit van een opgeleide arts. In het kostprijs model is geen rekening gehouden met een afwijkende productiviteit van de AIOS. Bij het bepalen van de inschaling van de artsen (gewogen gemiddelde) is rekening gehouden met het salaris van de AIOS. Wij adviseren om bij het vaststellen van het benodigde aantal fte die nodig is voor de 24\*7 beschikbaarheid rekening te houden de beperkte inzetbaarheid van de AIOS voor de uitvoering van de verrichtingen.

### ***ORT/overwerk***

In de kostprijsberekening moeten de aanvullende beloning zoals piketvergoeding en ORT/overwerkvergoeding worden verrekend. De data die is verzameld voor het kostenonderzoek geeft inzicht in de momenten waarop verrichtingen zijn uitgevoerd. Deze ervaringscijfers zijn gebruikt voor het bepalen van de omvang van ORT/overwerkvergoeding. De kosten zijn op basis van een gemiddeld bedrag voor overwerk verwerkt in het tarief van de arts. Dit betekent dat altijd de kostprijs verrichting op eenzelfde uurtarief is berekend, ongeacht het moment waarop de verrichting wordt uitgevoerd. De ORT/overwerk kosten zijn – als dit uitgangspunt akkoord is – technisch goed verwerkt in het kostprijsmodel

### ***Piketvergoeding***

Het voorstel om de piketvergoeding te baseren op schaal 14 lijkt af te wijken van de cao die van toepassing is. In de cao staat dat de piketvergoeding is gebaseerd op schaal 7. Echter in artikel 3.13 lid 4 staat dat er van afgeweken kan worden voor een arts die in dienst is bij de GGD of iemand die werkt in de crisisdienst. De benodigde piketvergoeding kan definitief bepaald worden als de GGD'en per politieregio bepaald hebben hoe het rooster er uit gaat zien. Door de verhoging van de vergoeding komt de piketvergoeding hoger uit dan de door de GGD'en opgegeven piketkosten voor 2019 en 2020.

### ***Reiskosten***

Er is onderscheid gemaakt in reistijd en reiskosten (bedrag per kilometer) voor stedelijke en niet stedelijke gebieden. Dit is een terecht onderscheid. De normen zijn bepaald op basis van een gemiddelde reisafstand binnen de politieregio. De hardheid van deze norm kan getoetst worden op basis van een analyse per politieregio van de gemiddelde reistijd in relatie met het beschikbaarheidsrooster dat iedere regio nog moet bepalen.

### ***Inhuur***

Er bestaat behoefte aan een flexibele schil en er wordt rekening gehouden met inhuur omdat er nog niet voldoende FG-artsen zijn. In het kostprijsmodel is rekening worden gehouden met hogere kosten van inhuur. Er is vanuit gegaan dat 20% van de benodigde capaciteit ingevuld wordt middels inhuur. De kosten van inhuur liggen 25% dan de salariskosten van de artsen. Bij inhuur zijn er 2 varianten mogelijk: via een (uitzend)bureau of via rechtstreekse inhuur (zzp-constructie). Tussen beide kan een fors verschil zitten (opslag van uitzendbureau). Naar ons oordeel moet nog getoetst worden of het



percentage van 25% voldoende is omdat over de inhuur BTW betaald moet worden. Op basis van onze financiële uitvraag kunnen wij niet beoordelen of de inschatting juist is.

### **Overhead**

In de kostprijs moet rekening worden gehouden met de dekking van overheadkosten. Er zijn veel definities van overheadkosten en er zijn vele manieren waarop organisaties hun overheadkosten bepalen en verdelen. Voor dit onderdeel is het erg lastig om een landelijk gemiddelde voor te bepalen.

De GGD'en zijn gehouden aan de zogenaamde BBV-richtlijnen. Hierin is vastgelegd hoe GGD'en de begroting en jaarrekening moeten inrichten. De BBV schrijft voor dat de overhead apart in de jaarstukken opgenomen moet zijn en niet meer over programma's mag worden verdeeld. Dit geldt niet voor de onderdelen waar een kostendekkend tarief gehanteerd moet worden. Daarnaast hebben GGD'en te maken met de Wet Markt en Overheid. Hierin is bepaald dat marktproducten niet gesubsidieerd mogen worden en er dus reële kostenprijzen berekend moeten worden.

Op grond van beide richtlijnen rekenen GGD'en overhead toe aan de forensische taak.

In de notitie uitgangspunten is gekozen om de handreiking overheadstarieven te volgen. De uitgangspunten in deze notitie komen overeen met de richtlijnen van de BBV. In de handreiking 2021 is het bedrag verhoogd van € 23.000 naar € 23.300.

In overhead zijn de volgende onderdelen opgenomen:

Huisvesting	6.400
Kantoorautomatisering	5600
Personeelsadministratie	700
Reiskosten	1300
opleiding	1500
facilitair	5600
HR-advies en bedrijfszorg	500
Documentaire informatievoorziening	1400
index	300
Totaal	23.300

In dit bedrag is geen rekening gehouden met stafdiensten en overige ondersteuning. Zogenaamde "dedicated functies" moeten per situatie bekeken worden. Het gaat hier om staf/beleidsstaken die geen onderdeel zijn van PIOFACH. In het kostprijsmodel is rekening gehouden voorwaarde scheppende ondersteuning dien nodig is om te zorgen dat de artsen hun werk kunnen doen. Het gaat hierbij om administratieve ondersteuning en roostercapaciteit. Daarnaast wordt boven op het bedrag van € 23.300 nog rekening gehouden met een opslag van 9% voor de PIOFACH-taken. Dit percentage gaat over fte's. Op de directe formatie wordt dus nog 9% fte als overheadopslag berekend. Dit is inmiddels in het kostprijsmodel verwerkt.

In het kostprijs model wordt rekening gehouden met 25% overhead. De praktijk laat zien dat GGD'en een overheadpercentage kent van 25% a 35%. De aanname voor de overhead lijkt realistisch.

### **Materiele kosten**

Er zijn materiële kosten meegenomen in het kostprijs model. Wij hebben geadviseerd om deze apart van de overhead in het kostprijsmodel te verwerken. Dit advies is overgenomen. Het gaat hier om



direct aanwijsbare kosten, die niet onder de overhead vallen, denk bijvoorbeeld aan de kosten voor de software (Formatus). De materiële kosten zijn gebaseerd op de praktijk van GGD Flevoland.

#### ***Taakdifferentiatie en inzet van de forensisch verpleegkundige***

Uit de ontvangen informatie in het kader van het kostenonderzoek blijkt dat alleen in Amsterdam en Rotterdam (heel beperkt in 2020) wordt gewerkt met inzet van een verpleegkundige. Voor veel regio's zal de differentiatie naar deze functie (nog) niet haalbaar zijn. Wij onderschrijven daarom het voorstel om in het kostprijsmodel uit te gaan van de inzet van de forensisch arts.

#### ***Egalisatie / risico opslag***

In het kostprijsmodel is een opslag van 10% berekend over alle kosten. Dit komt neer op een fors bedrag (1,8 miljoen). De noodzaak voor de risicopslag is ons inziens afhankelijk van het gekozen bekostigingsmodel. Als de risico's klein zijn, is er geen grondslag voor een dergelijke (forse) opslag.

#### ***Tijd per verrichting en aantal verrichtingen***

In het model is de tijdsinzet genormeerd. De gewogen gemiddelde tijdsinzet is door werkgroep aanbod en bekostiging berekend. De bepaling van de normtijd was geen onderdeel van de uitvraag die Lysias heeft gedaan.



## Bijlage 3: Verrichting FME en Lijkschouw

In onderstaand overzicht is het aantal verrichtingen opgenomen dat in het kostprijsmodel is gehanteerd.

<b>Aantal verrichtingen FME en lijkschouw</b>	
Bloed en urineafname bij lijkschouw	1.774
Bloedafname in kader van WWW	14.204
Bemonstering drugsgebruik / infectieziekte Artikel 151	168
DNA afname en bemonstering infectieziekten	366
Zedenonderzoek	753
Letselverslag zonder benoeming	4.848
Letselverslag met deskundigenbenoeming in kader van strafrecht	56
Opvragen medische informatie	335
Telefonisch overleg / contact FME	963
MAZ, niet WGBO Insluitingsadvies	1.298
MAZ, niet WGBO beoordeling psychiatrie bij strafrecht	599
	424
<b>Gemeentelijke lijkschouw</b>	0
<u>Opdrachtgever Gemeenten</u>	0
	0
Lijkschouw	11.632
Melding dood minderjarige	809
Uitvoering NO DOK procedure (Academische centra)	66
Collegiaal overleg overlijden	0
Euthanasie	6.679
Late zwangerschapsafbreking	17
Telefonisch overleg / contact lijkschouw	3.695
<b>Totaal</b>	<b>48.686</b>