



Nederlandse
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
Directie Regulering

Telefoonnummer
088-7708770

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
0173025/0238758

Onderwerp
Advisering invoering DSM-5

Datum
16 februari 2016

Geachte mevrouw de minister,

Eind 2014 heeft Zorginstituut Nederland de DSM-5 beoordeeld op de gevolgen voor de afbakening van de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz¹. In diezelfde periode is de NZa gevraagd om een impactanalyse uit te voeren naar de gevolgen van een alternatief voor DSM-IV voor de registratie en declaratie in de dbc-systematiek. In het rapport van de impactanalyse² werd de voorkeur uitgesproken voor DSM-5 boven de ICD, als alternatief voor DSM-IV. Destijds werd de invoering van DSM-5 in de bekostiging per 1 januari 2016 haalbaar geacht, indien er gebruik zou worden gemaakt van een conversietabel voor de vertaling van DSM-5 diagnoses naar DSM-IV diagnoses. Bij de haalbaarheid werden wel kanttekeningen gezet, maar deze zouden niet leiden tot onoverkomelijke nadelen.

Het Zorginstituut heeft medio januari 2016 een herziening van het advies DSM-5³ uitgebracht. Voortschrijdend inzicht van stakeholders en de op handen zijnde grote wijzigingen in de productstructuur ggz (het zgn. Engelse model) hebben ertoe geleid dat het draagvlak voor de invoering van DSM-5 als grondslag voor de bekostiging verminderd is. De NZa wil u daarom voorzien van een geactualiseerd advies omtrent haalbaarheid van de invoering van DSM-5 per 2017 als basis voor de bekostiging.

De NZa heeft samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland opnieuw gekeken naar verschillende opties die denkbaar zijn voor een invoering van DSM-5 in de dbc-systematiek. De scenario's variëren van 'niets doen', tot 'werken met een conversietabel om de DSM-5 diagnoses te vertalen naar een DSM-IV diagnose', tot 'de hele dbc-systematiek ombouwen naar een DSM-5 productstructuur'.

¹ De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, 16 december 2014.

² Impactanalyse alternatief voor DSM-IV in de basis-GGZ, gespecialiseerde GGZ en de FZ, maart 2015

³ Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoomissen, 12 januari 2016

Mogelijke combinaties keuze DSM		Bekostiging	
		DSM-IV	DSM-5
Aanspraak	DSM-IV	Optie 0	
	DSM-5	Optie 1, Optie 2	Optie 3

Kenmerk
0173025/0238758

Pagina
2 van 4

Indien u besluit om de verzekerde aanspraken ggz niet in DSM-5 af te bakenen, hoeft de bekostiging niet te worden aangepast (optie 0). De manier van werken en de dbc-systematiek blijft stabiel, wat de voorkeur heeft van sommige zorgaanbieders. Daartegenover staat dat het werken met een verouderd systeem steeds meer gaat knellen. Een deel van de zorgaanbieders classificeert al wel in DSM-5, maar heeft voor de bekostiging nog DSM-IV nodig. De afgeleide data is in DSM-IV, wat ook een belemmering vormt voor wetenschappelijk onderzoek.

Indien DSM-5 wordt gebruikt voor de afbakening van de verzekerde aanspraken ggz heeft de NZa drie opties verkend. Bij optie 1 en optie 2 wordt er gewerkt met een conversietabel. Bij beide opties blijft de bekostiging volgens DSM-IV behouden. In optie 1 wordt de dbc-systematiek niet geraakt door DSM-5, terwijl dit bij optie 2 wel het geval is.

Toelichting opties

Bij optie 1 gebeurt de classificatie in DSM-5, maar blijft de bekostiging volgens DSM-IV behouden. De DSM-5 diagnose wordt met behulp van een conversietabel vertaald naar een DSM-IV diagnose. Het typeren van de diagnose, validatie en afleiding binnen de dbc-systematiek gebeurt op basis van DSM-IV. Een voorwaarde om deze optie te hanteren is dat er overeenstemming moet zijn over de inhoud van de conversietabel en de wijze waarop aanspraak wordt geded. Daarnaast moeten de gebruikers van de productstructuur per 2017 zijn opgeleid om te kunnen classificeren in DSM-5.

Bij optie 2 zal niet alleen de classificatie maar ook het typeren van de diagnose in de dbc-systematiek in DSM-5 plaatsvinden. De DSM-5 diagnose wordt met behulp van een conversietabel vertaald naar een DSM-IV diagnose met bijbehorende diagnose hoofdgroep. De registratie, validatie en afleiding binnen de dbc-systematiek gebeurt op basis van DSM-IV.

Door voor het typeren van de diagnoses DSM-5 te hanteren zal bij optie 2 het assenstelsel van DSM-IV niet meer worden gebruikt. Hierdoor zal de GAF-score niet meer worden vastgelegd en kan de afleiding van de zorgvraagzwaarte dan niet meer op de huidige manier plaatsvinden. Bij optie 2 sluit de bekostiging niet aan op de typering van de diagnose. Dit betekent dat de zorgverzekeraars hun controleproces en inkoopproces anders moeten inrichten. Deze optie heeft ook een grotere impact op de ICT.

In optie 3 wordt het hele traject van classificatie tot en met de bekostiging uitgevoerd in DSM-5. Dit heeft tot gevolg dat de dbc-systematiek grondig moet worden aangepast. Het betreft niet alleen een aanpassing van de diagnoses. Door het verdwijnen van het assenstelsel verandert de gehele wijze van registratie, validatie en afleiding van dbc's. Ook de koppeling van de prestaties (tijdranges) met bijbehorende

tarieven aan de diagnose hoofdgroepen zal opnieuw onderzocht en berekend moeten worden. Het gaat hier om een grote wijziging in de huidige productstructuur vooruitlopende op de doorontwikkeling van de volledig nieuwe productstructuur (Engelse model), beoogd voor 2019.

Kenmerk
0173025/0238758

Pagina
3 van 4

Na verkenning van bovenstaande opties is in de expertgroep Invoering DSM-5⁴ geconstateerd dat optie 2 en 3 niet haalbaar zijn per 1 januari 2017. Om het draagvlak voor de invoering van DSM-5 onder de branchepartijen te inventariseren heeft een schriftelijke consultatie plaatsgevonden. In deze consultatie is gevraagd om een voorkeur voor optie 0 of optie 1 aan te geven.

Resultaten consultatie

Partijen	Voorkeur opties			
	0	1	2	3
GGZ NL			✓	
NVVP		✓		
VGN		✓		
NFU	✓			
LVVP	✓			
DForZo		✓		
ZN		✓		
ZIN		✓		

NFU en LVVP prefereren het om DSM-IV te handhaven (optie 0), zolang de nieuwe productstructuur er nog niet is. Als argument wordt ook aangevoerd dat het gebruik van DSM-5 per 2017 niet haalbaar is, gezien de benodigde scholing om volledig te kunnen classificeren in DSM-5. De wijziging brengt ook administratieve lasten met zich mee. ZN, DForZo, NVvP en VGN pleiten wel voor invoering van DSM-5 volgens optie 1. De belangrijkste argumenten van ZN zijn dat de bekostiging gelijk blijft, de zorgvraagzwaarte mogelijk blijft, de historische data aansluitbaar blijven en het (ontwikkel)ruimte geeft voor de toekomstige productstructuur. De NVVP vindt het van belang dat professionals kunnen classificeren in DSM-5 zonder extra administratieve lasten, omdat de conversie in de software wordt ingebouwd. Vanuit zorginhoudelijk oogpunt ziet DForZo het belang om DSM-5 ook in de fz in te voeren. GGZ Nederland prefereert optie 2 boven optie 1, omdat er dan nog maar met één classificatiesysteem wordt gewerkt. Het nog registreren van as 3 tot en met as 5 in DSM-IV zorgt voor onnodige administratieve lasten.

De stakeholders verschillen dus van mening of DSM-5 ingevoerd moet worden per 2017. Als DSM-5 gebruikt wordt voor de afbakening van de verzekerde aanspraak, is men het wel eens dat dit zo min mogelijk gevolgen moet hebben voor de bekostiging.

⁴ Deelnemende partijen waren GGZ NL, ZN, ZIN, VGZ, LVVP, NVvP, NZa en VWS.

Conclusies/Advies NZaKenmerk
0173025/0238758Pagina
4 van 4

In maart 2015 was de NZa van mening dat de invoering van DSM-5 in de bekostiging mogelijk was als er gebruik werd gemaakt van een conversietabel voor de vertaling van DSM-5 diagnoses naar DSM-IV diagnoses. Na het verkennen van de verschillende opties voor invoering van DSM-5 en de argumenten van partijen gehoord hebbende zijn we nog steeds van mening dat DSM-5 aan de hand van een conversietabel aan de huidige DBC-systematiek moet worden toegevoegd. Van de twee opties waarin gebruik wordt gemaakt van een conversietabel stelt de NZa voor om optie 1 per 2017 toe te passen. Deze optie is goed uitvoerbaar.

De impact van het doorvoeren van optie 1 op de zorgvraagzwaarte, de foutgevoeligheid, de vergelijkbaarheid van data (trendbreuk), de inspanningen (hoeveelheid werk voor de bouw en de administratie) en de patiënt is acceptabel.

Een voorwaarde voor de acceptatie van optie 1 onder de stakeholders is dat er overeenstemming moet zijn over de inhoud van de conversietabel en de wijze waarop de verzekerde aanspraak ggz wordt geduid. De NZa is van mening dat de tabel uiterlijk 1 mei 2016 een definitieve vorm moet hebben gekregen om zo een tijdige uitlevering naar het veld mogelijk te maken.

Indien u besluit om per 1 januari 2017 DSM-5 te gebruiken voor de afbakening van de verzekerde aanspraken ggz wil de NZa voorstellen om optie 1 te implementeren in de uitwerking naar de bekostiging. Bij deze optie wordt een DSM-5 diagnose vertaald naar een DSM-IV diagnose, waarbij de huidige dbc-systematiek intact blijft. Deze variant komt tegemoet aan de behoefte om de meest actuele DSM te kunnen hanteren, zonder partijen met een te grote wijziging in de productstructuur te belasten.

Wij vernemen graag wat, alles wegende, uw besluit is over het gebruik van DSM-5 voor de afbakening van de verzekerde aanspraken ggz.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlagen: Toelichting opties invoering DSM-5
Reacties consultatie invoering DSM-5

Aan
Ministerie van VWS

Van
NZa, directie Regulerings

Telefoonnummer
088-7708770

Onderwerp
Toelichting opties invoering DSM-5

Datum
16 februari 2016

Eind 2014 heeft het Zorginstituut Nederland de DSM-5 beoordeeld op de gevolgen voor de afbakening van de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz¹. De voorkeur van het Zorginstituut gaat uit naar de DSM-5 boven de ICD om de aanspraken ggz te duiden, omdat de DSM-5 meer gedetailleerd is dan de ICD. Op basis van het advies van het Zorginstituut is u gevraagd een besluit nemen over het gebruik van DSM-5 voor de afbakening van de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz.

Omdat dit ook doorwerkt in de bekostiging van de ggz (en fz) is de NZa in 2014 gevraagd om een impactanalyse uit te voeren om te kijken naar de gevolgen van een alternatief voor DSM-IV voor de registratie en declaratie in de dbc-systematiek. In het rapport van de impactanalyse² werd de voorkeur uitgesproken voor DSM-5 boven de ICD, als alternatief voor DSM-IV. Destijds werd de invoering van DSM-5 in de bekostiging per 1 januari 2016 haalbaar geacht, indien er gebruik zou worden gemaakt van een conversietabel voor de vertaling van DSM-5 diagnoses naar DSM-IV diagnoses. Bij de haalbaarheid werden wel kanttekeningen gezet, maar deze zouden niet leiden tot onoverkomelijke nadelen.

24 maart 2015 heeft u laten weten nog niet het advies van het Zorginstituut over te nemen om de DSM-5 te gebruiken voor de afbakening van de verzekerde aanspraken ggz. De DSM-IV bleef in 2016 daarmee leidend voor het verzekerd pakket. U heeft daarop besloten dat ook in de bekostigungsstructuur ggz voor 2016 geen wijzigingen worden doorgevoerd als gevolg van de komst van de DSM-5.

Het onderwerp is in 2016 weer terug op de agenda. Het Zorginstituut is medio januari 2016 met een herziening van het advies DSM-5³ gekomen. De NZa wil u voorzien van een geactualiseerd advies over de invoering van DSM-5, voor wat betreft de impact op de bekostiging. Op basis hiervan wordt u gevraagd een besluit nemen over het gebruik van DSM-5 voor de afbakening van de verzekerde aanspraken ggz en de bekostiging van de ggz en fz vanaf 1 januari 2017.

Voortschrijdend inzicht van stakeholders en de op handen zijnde wijzigingen in de productstructuur (het zgn. Engelse model) hebben ertoe geleid dat het draagvlak voor de invoering van DSM-5 als grondslag voor de bekostiging verminderd is.

De NZa heeft samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland gekeken naar verschillende opties die denkbaar zijn voor een invoering van DSM-5 in de dbc-systematiek. De scenario's variëren van 'niets doen', tot 'werken met een conversietabel om de DSM-5 diagnoses te vertalen naar een DSM-IV diagnose', tot 'de hele dbc-systematiek ombouwen naar een DSM-5 productstructuur'.

¹ De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, 16 december 2014.

² Impactanalyse alternatief voor DSM-IV in de basis-GGZ, gespecialiseerde GGZ en de FZ, maart 2015

³ Herziening rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering, onderdeel Andere gespecificeerde stoornissen, 12 januari 2016

Indien de verzekerde aanspraken niet in DSM-5 worden afgebakend, hoeft de bekostiging niet te worden aangepast. Het werken met een conversietabel vraagt om een nauwkeurige verwerking van diagnoses met een aanspraakbeperking in de dbc-systematiek. Het wijzigen van de productstructuur is een optie die tot veel weerstand leidt en gezien de hoeveelheid werk voor veldpartijen niet meer realiseerbaar is voor 2017.

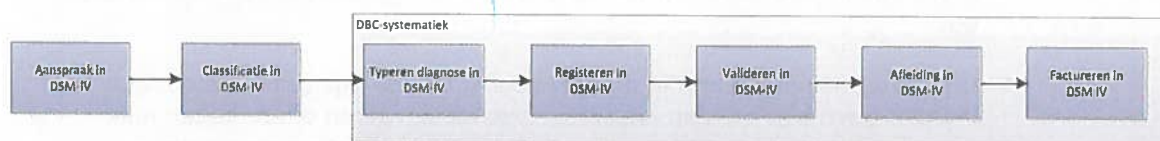
Kenmerk

Pagina
2 van 5

De opties die voor het al dan niet invoeren van DSM-5 binnen de dbc-systematiek aan veldpartijen zijn voorgelegd worden hieronder toegelicht.

DSM-IV voor de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz

Optie 0



Indien u besluit om de verzekerde aanspraak ggz aanspraak in DSM-IV te houden, zal de bekostiging ook in DSM-IV blijven. Er verandert niets in de huidige registratie en productstructuur.

Een voordeel is dat de manier van werken en de dbc-systematiek stabiel blijft.

Deze optie kent de volgende nadelen:

1. Het werken met een verouderd systeem gaat steeds meer knellen, de kennis veroudert.
2. De scholing van studenten (DSM-5) sluit niet aan op de praktijk (DSM-IV).
3. Het vormt een belemmering voor wetenschappelijk onderzoek.

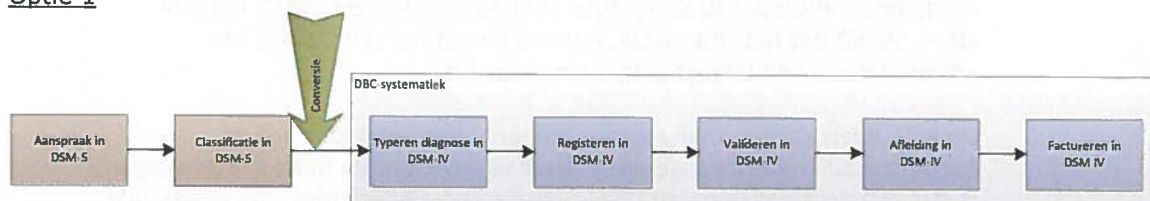
DSM-5 voor de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz

Conversietabel

In 2014 en 2015 is er door de NZa in samenwerking met een inhoudsdeskundige op het gebied van de DSM-5, gewerkt aan een conversietabel. Deze tabel vertaalt DSM-5 diagnoses naar de bestaande DSM-IV diagnoses zoals deze zijn verwerkt in de dbc-systematiek. De conversietabel van de NZa is in concept klaar en dient samen met het Zorginstituut te worden nagelopen op compleetheid en op de juiste verwerking van de aanspraak.

Bij optie 1 en optie 2 wordt gebruik gemaakt van de conversietabel.

Optie 1



Bij optie 1 gebeurt de classificatie in DSM-5, maar blijft de bekostiging volgens DSM-IV behouden. De DSM-5 diagnose wordt met behulp van een conversietabel vertaald naar een DSM-IV diagnose. Het typeren van de diagnose, validatie en afleiding binnen de DBC-systematiek gebeurt op basis van DSM-IV. Een voorwaarde om deze optie te hanteren is dat er overeenstemming moet zijn over de inhoud van de conversietabel en de wijze waarop aanspraak wordt geduid. Daarnaast moeten de

gebruikers van de productstructuur per 2017 zijn opgeleid om te kunnen classificeren in DSM-5. Kenmerk

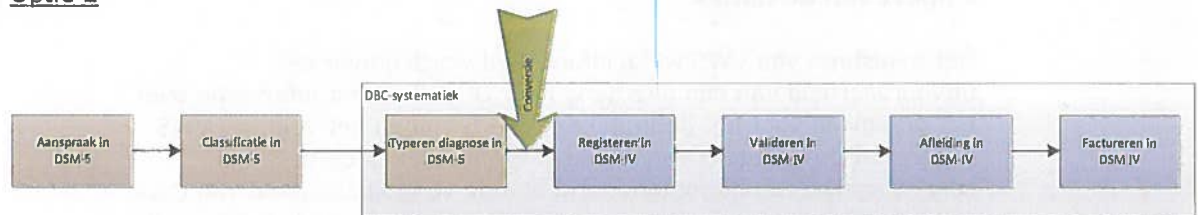
Een voordeel van het gebruik van deze optie is dat het tegemoet komt aan de behoefte van de zorgaanbieders om te kunnen classificeren in DSM-5 en de behoefte van o.a. de zorgverzekeraars om de productstructuur (in DSM-IV) stabiel te houden.

Pagina
3 van 5

Aan deze optie zijn de volgende nadelen verbonden:

1. De bekostiging is nog in DSM-IV en sluit daarmee niet aan op de aanspraak en de classificatie, die in DSM-5 zijn geduid.
2. Diagnoses die wel in DSM-5, maar niet in DSM-IV zitten moeten een waarde krijgen voor de zorgvraagzwaarte.

Optie 2



Bij optie 2 zal niet alleen de classificatie maar ook het typeren van de diagnose in de dbc-systematiek in DSM-5 plaatsvinden. De DSM-5 diagnose wordt met behulp van een conversietabel vertaald naar een DSM-IV diagnose met bijbehorende diagnose hoofdgroep. De registratie, validatie en afleiding binnen de dbc-systematiek gebeurt op basis van DSM-IV.

Voor deze optie zijn dezelfde randvoorwaarden, voor- en nadelen als optie 1 van toepassing. Daar komen nog de volgende nadelen bij:

1. Het assenstelsel van DSM-IV zal niet meer worden gehanteerd (waaronder het vastleggen van de GAF-score).
2. De zorgvraagzwaarte moet op een andere manier wordt afgeleid met als gevolg een trendbreuk in de data.
3. Doordat de zorgverzekeraars alleen de diagnose hoofdgroep te zien krijgen, kunnen zij alleen via een omgekeerde conversie erachter komen welke DSM-5 diagnose daarbij hoort. Hiervoor moet het controleproces en het inkoopproces anders ingericht te worden.
4. De andere manier van typeren van de diagnose kost de ICT-leveranciers de nodige inspanning.

Optie 3



Zowel de classificatie als de bekostiging wordt uitgevoerd in DSM-5. Dit is een grote wijziging. Iedere gebruiker van de nieuwe productstructuur moet worden opgeleid om te kunnen classificeren in DSM-5. Ook moet rekening gehouden worden met het feit dat ICT-leveranciers voor het doorvoeren van grote wijzigingen negen maanden nodig hebben.

Een voordeel van deze optie is dat de bekostiging aansluit op de aanspraak.

Deze optie kent de volgende nadelen:

1. Het aanpassen van de systematiek kost veel tijd.
2. Het gaat hier om een grote wijziging in de huidige productstructuur vooruitlopende op de doorontwikkeling van de

- volledig nieuwe productstructuur (Engelse model), beoogd voor 2019.
3. De gewijzigde productstructuur resulteert in een trendbreuk in de data.
 4. De zorgvraagzwaarte moet op een andere manier worden afgeleid.
 5. De diagnoses die wel in DSM-5, maar niet in DSM-IV zitten moeten een waarde krijgen voor de zorgvraagzwaarte.
 6. Naast de DSM-5 bekostiging moet ook de DSM-IV bekostiging behouden blijven voor lopende dbc's. Dit levert tijdelijk een dubbele administratie op.

Kenmerk

Pagina
4 van 5

Impact van de opties

Het ministerie van VWS wil geïnformeerd worden over de uitvoerbaarheid van een overgang naar DSM-5. Naast informatie over het draagvlak voor het gebruik van DSM-5 binnen het veld, wil VWS weten wat de impact is van de verschillende opties op de zorgvraagzwaarte, de foutgevoeligheid, de vergelijkbaarheid van data (trendbreuk), de inspanningen (hoeveelheid werk voor de bouw en de administratie) en de patiënt. Hieronder wordt dit toegelicht.

Zorgvraagzwaarte

De zorgvraagzwaarte-indicator wordt gebaseerd op geregistreerde gegevens in de dbc. Op basis van de aard van de diagnose (primaire diagnose), de aanwezigheid van nevendiagnosen, de aanwezigheid van psychosociale factoren en de hoogte van de begin GAF-score wordt de zorgvraagzwaarte berekend.

DSM-5 diagnoses die niet gekoppeld kunnen worden aan een DSM-IV diagnose moeten nog een zorgvraagzwaarte waarde krijgen. Dit is ieder geval het geval bij optie 1 en optie 2. Bij optie 3 zou het zelfs kunnen zijn dat alle DSM-5 diagnoses van een zorgvraagzwaarte waarde moeten worden voorzien.

Bij optie 2 en 3 vervalt het assen-stelsel van DSM-IV en daarmee de GAF-score. De zorgvraagzwaarte kan dan niet meer worden afgeleid op de wijze zoals dat nu gebeurt.

Foutgevoeligheid

Indien de conversietabel goed gecontroleerd is, hoeft dat bij het gebruik niet tot fouten te leiden. De andere typering van diagnoses en het afschaffen van het assenstelsel in optie 2 brengt een nieuwe werkwijze met zich mee en is daardoor een stuk foutgevoeliger. De grote wijzigingen bij optie 3 en de interpretatie- en implementatieverschillen van de nieuwe productstructuur door de verschillende ICT-leveranciers maken deze optie meer foutgevoelig.

Vergelijkbaarheid data

Bij optie 0 en 1 verandert de vastgelegde diagnose niet. Deze blijft in DSM-IV. Bij optie 2 wordt een andere diagnose vastgelegd dan er uiteindelijk voor de bekostiging wordt afgeleid. Bij een materiële controle levert dat problemen op. De afgeleide data is in DSM-IV en levert geen trendbreuk op met de data van voorgaande jaren. Optie 3 brengt een nieuwe productstructuur en dus wel een trendbreuk met zich mee.

Hoeveelheid werk (bouw)

Bij optie 1 dient de conversietabel in de software te worden opgenomen. Na het invoeren van een DSM-5 diagnose verschijnt de DSM-IV diagnose die hieraan gekoppeld is. Beide diagnoses kunnen voor controle doeleinden worden opgeslagen. Volgens ICT-leveranciers betreft dit niet

veel werk. Bij optie 2 wordt het typeren van de diagnose gewijzigd. Dit vraagt om grote wijzigingen in de software.

Kenmerk

Als bij optie 3 wordt overgegaan op een registratie op basis van DSM-5 moet de dbc-systematiek grondig worden aangepast. Het gaat niet alleen om een aanpassing van de (sub)diagnoses, maar door het verdwijnen van het assenstelsel om een hele nieuwe wijze van registratie, validatie en afleiding van dbc's. Ook de koppeling van de prestaties (tijdranges) met bijbehorende tarieven aan de diagnose hoofdgroepen zal opnieuw onderzocht en berekend moeten worden. Dit betekent voor de NZa en voor de ICT-leveranciers veel werk.

Pagina
5 van 5

Hoeveelheid werk (administratie)

Bij een overgang naar DSM-5 voor de aanspraak zullen zorgaanbieders moeten worden opgeleid om te kunnen classificeren in DSM-5. Bij optie 1 zijn de administratieve lasten nog beperkt te noemen. Bij optie 2 sluit de bekostiging niet aan op de typering van de diagnose, waardoor het controleproces en het inkoopproces van de zorgverzekeraar anders ingericht moet worden. Bij optie 3 wijzigt de bekostiging. Iedere gebruiker van de productstructuur dient geschoold te worden er krijgt te maken met een nieuwe werkwijze. Bij optie 3 moet naast de DSM-5 bekostiging ook de DSM-IV bekostiging behouden blijven voor lopende dbc's. Dit levert tijdelijk een dubbele administratie op.

Gevolgen voor patiënt

Indien DSM-IV leidend blijft voor de aanspraak, zal de patiënt geen verschil merken. Ondanks de registratie van een verouderde diagnose, gaat het bij een patiënt er om dat de behandeling up-to-date blijft. Indien er gebruik gemaakt wordt van een conversietabel kan de diagnose die op de factuur komt afwijken van de genoemde diagnose in de spreekkamer en dit kan verwarrend zijn. Het maakt voor de patiënt niet uit of de bekostiging aansluit op de aanspraak en classificatie.

In onderstaande tabel is aangegeven wat de gevolgen zijn van de verschillende opties voor bepaalde factoren. De witte velden geven aan dat de optie leidt tot acceptabele gevolgen. Grijs gekleurde velden geven aan of de gevolgen van de optie onwenselijk zijn.

Risico's per optie	optie			
	0	1	2	3
positief of negatief				
Zorgvraagzwaarte waarde nieuwe diagnoses bepalen	Nee	Ja	Ja	Ja
Zorgvraagzwaarte af te leiden (GAF-score)	Ja	Ja	Nee	Nee
Foutgevoeligheid	Nee	Nee	Ja	Ja
Onvergelijkbaarheid data (trendbreuk)	Nee	Nee	Ja	Ja
Hoeveelheid werk bouw (ICT)	Geen	Laag	Hoog	Zeer Hoog
Hoeveelheid werk administratie	Geen	Laag	Hoog	Zeer Hoog
Gevolgen patiënt	Nee	Laag	Laag	Nee

Reacties consultatie Invoering DSM-5

Van:

Verzonden: vrijdag 5 februari 2016 16:20

Aan:

CC:

Onderwerp: RE: Schriftelijke consultatie Invoering DSM-5

Goedendag

In reactie op onderstaande vraag kan ik vanuit ZN melden dat we recentelijk nog een raadpleging onder de leden hebben gehouden. Uit die raadpleging komt een lichte voorkeur voor optie 1 naar voren met als belangrijke argumenten dat de bekostiging blijft gelijk, historische data blijven aansluitbaar en het geeft (ontwikkel)ruimte voor toekomstige productstructuur.

Wij zijn benieuwd naar het advies dat de NZa gaat geven aan de Minister. We worden daarvan graag op de hoogte gehouden.

Met vriendelijke groet,

Afdeling Verzekeringen en Uitvoering

Zorgverzekeraars Nederland
Postbus 520
3700 AM Zeist

Van:

Verzonden: donderdag 4 februari 2016 16:53

Aan:

CC:

Onderwerp: Re: Schriftelijke consultatie Invoering DSM-5

Beste ,

Zoals eerder aangegeven blijft de LVVP bij haar eerdere keuze: optie 0. Aangezien wij van mening zijn dat er voor het komende jaar al meer dan genoeg veranderingen/aanpassingen komen voor onze leden.

Ik hoop je hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Beleidsmedewerker

Let op onze e-mail eindigt op @lvvp.info

LVVP

Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten

Maliebaan 87
3581 CG Utrecht
030-2364338

www.lvvp.info

Volg ons op @LVVPtweet

Van:

Verzonden: donderdag 4 februari 2016 15:18

Aan:

CC:

Onderwerp: NFU reactie inzake NZa Schriftelijke consultatie Invoering DSM-5

Hallo

De NFU heeft beide opties zoals geformuleerd in onderstaande NZa mail geconsulteerd bij haar achterban, en de NFU blijft bij haar standpunt zoals ingenomen in het technisch overleg:

*Tijdens het TO is er **geadviseerd voor optie 0** (momenteel nog niet van DSMIV naar DSM-5) c.q. om alle voorgenomen wijzigingen in samenhang met de "doorontwikkeling productstructuur GGZ" te ontwikkelen en implementeren. Verder volgt er een "big bang" voor bekostiging van zorg in 2019 (conform ICD-10). Belangrijk is dat domeinen (MSZ of GGZ) binnen de zorg harmoniseren waar mogelijk.*

Daarnaast heeft de NFU van 1 umc de volgende opmerking ontvangen:

Er is wat moeite met de laatste alinea:

Deze variant komt tegemoet aan de behoefte van een deel van de zorgaanbieders om volgens de laatste stand van de wetenschap te werken, zonder de partijen met een wijziging in de productstructuur te belasten.

Alsof de keuze om vooralsnog niet naar DSM-5 te converteren betekent dat de zorgaanbieder niet volgens de laatste stand van de wetenschap werkt... Classificeren volgens een nogal omstreden classificatiesysteem zegt niets over de wetenschappelijke basis van werken.

Hopend je hiermee voor dit moment voldoende geïnformeerd te hebben, mocht nadere toelichting gewenst zijn dan hoor ik het graag,

Met vriendelijke groet,



**NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA**

Oudlaan 4 | Postbus 9696, 3506 GR UTRECHT

T +31 (0)30 2739 880 | www.nfu.nl

Van:

Verzonden: woensdag 10 februari 2016 9:09

Aan:

CC:

Onderwerp: RE: Schriftelijke consultatie Invoering DSM-5

Beste ,

Met excuses voor onze late reactie ontvang je hierbij onze reactie mbt consultatie invoering DSM-V.

Gezien alle ontwikkelingen rondom de productstructuur DB(B)C zouden we enerzijds graag rust willen zien in het stelsel en zo min mogelijk wijzigingen willen doorvoeren (voor 2019), anderzijds zien wij vanuit zorginhoudelijk oogpunt het belang van invoering van de DSM V ook in de FZ.

Wij hebben voor de FZ dan ook voorkeur voor optie 1. Classificeren in DMS V en daar vanuit afleiden via conversietabel naar DSM IV voor de bekostiging.

Ik hoop je hiermee geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Divisie Forensische Zorg/ Justitiële Jeugdinrichtingen
.....

Van:

Verzonden: donderdag 4 februari 2016 17:29

Aan:

Onderwerp: RE: Schriftelijke consultatie Invoering DSM-5

Dag

Zie onderstaande onze input, de voorkeur is optie 1 maar

optie 1: DSM-5 voor de afbakening van de verzekerde aanspraken ggz en classificeren in DSM-5. De DSM-5 diagnose wordt via een conversietabel naar een DSM-IV diagnose vertaald met bijbehorende diagnosehoofdgroep. De typering van de diagnose en verdere verwerking binnen de dbc-systematiek blijft in DSM-IV.

- Concrete gevolgen: wij zijn zeer benieuwd naar de conversie tabel, maar deze is voor ons rond VG en zwakbegaafdheid wel van belang.
- Kosten laag houden in het systeem/productstructuur: prima, want, DSM-5 leidt op macro niveau niet tot grote veranderingen (alhoewel, men vreest een forse daling van het aantal mensen met autisme, depressie, ...)
- Zorgzwaarte uitdrukken: best mogelijk in DSM V bijvoorbeeld aard van de stoornis + ernst + aantal/aard co-morbiditeiten + V codes = zorgzwaarte

Verder nog wat punten die ik mee moest geven:

Inhoudelijke opmerkingen vooraf;

- In het stuk staat dat met DSM-IV de zorgzwaarte en complexiteit van de zorg bepaald kan worden d.m.v. as 4 en 5, hetgeen niet zou kunnen is DSM-5.
Dat klopt niet.
In DSM-IV is het voor een externe waarschijnlijk sneller op te maken
In DSM-5 wordt zorgzwaarte op een aantal plaatsen uitgedrukt:
 1. Gepersonaliseerd: in de code voor stoornis of beperking moeten in DSM-5 de ernst van de ontregeling en de ernst van de gevolgen daarvan worden weergegeven
 2. In de V-codes. = idem als as 4 in DSM-IVIn DSM-5 zijn er meer V-codes, is er meer gelegenheid tot personaliseren

Ik hoop dat je er iets aan hebt.

Met vriendelijke groet,



Post: Postbus 40012, 8004 DA Zwolle
Bezoek: Hanzeallee 2, 8017 KZ Zwolle
Telefoon:

Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

0530.2016013625

Contactpersoon

Datum 5 februari 2016
Betreft Reactie schriftelijke consultatie invoering DSM-5 in bekostiging

Zaaknummer
2014011832

Onze referentie
2016013625

Geachte mevrouw

Uw brief van
28 januari 2016

Graag maken wij gebruik van uw consultatieverzoek om onze visie op de invoering van de DSM-5 in de uitvoeringspraktijk nader toe te lichten.

Aanspraak

In ons rapport DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering hebben wij de voorkeur uitgesproken om voor de uitleg van de aanspraak op geneeskundige GGZ de DSM-5 te gebruiken. Zowel in ons rapport betreffende de gevolgen van de invoering van de DSM-5 als basis voor de uitleg van aanspraken als in uw rapport 'Impact-analyse alternatief voor DSM-IV in de basis GGZ, gespecialiseerde GGZ en FZ' betreffende de gevolgen voor de bekostiging, is afgewogen of een ander classificatiesysteem (de ICD) te verkiezen was boven de DSM. In beide rapporten is geconcludeerd dat de DSM op dit moment de voorkeur heeft, de ICD vormt op dit moment geen alternatief dat beter toetsbaar en handhaafbaar is. Wel is in ons rapport uitdrukkelijk aangegeven de DSM-classificatie als basis voor de toegang tot de geneeskundige GGZ zijn beperkingen kent. Bij gebrek aan een betere, door partijen gedragen manier om de aanspraken objectief en consistent uit te leggen zijn de DSM-classificaties wat ons betreft op dit moment de beste optie. We hebben aangekondigd met het veld in gesprek te gaan over mogelijkheden om te komen tot een betere basis.

In ons rapport hebben wij tevens een voorkeur uitgesproken voor het gebruik van de DSM-5 boven de DSM-IV als basis voor de toegang tot de geneeskundige GGZ, om de volgende redenen. De DSM-IV dateert uit 1994, de DSM-IV-TR (TR = tekstrevisie) uit 2000. Eind vorige eeuw is de American Psychiatric Association (APA) in samenwerking met de WHO een onderzoeksagenda gestart ten behoeve van een meer wetenschappelijk onderbouwde en in de praktijk getoetste DSM-classificaties. Verschillende werkgroepen hebben vanaf 2007 tot 2012 literatuur reviews en vervolgens field trials uitgevoerd. Dit heeft geleid tot de uitgave van de Engelstalige DSM-5 in 2013, en tot de Nederlandse vertaling in 2014. De DSM-5-classificaties sluiten dus aan bij de laatste stand van de wetenschap. Zo is de indeling van classificaties in de DSM-5 gewijzigd naar aanleiding van nieuwe wetenschappelijke inzichten. De DSM-5 heeft daarnaast meer nadere specificaties per stoornis-classificatie dan de DSM-IV TR en biedt daarmee meer mogelijkheden om nauwkeurig te classificeren. In het rapport DSM-5 en de gevolgen voor de

verzekering hebben wij geconcludeerd dat de invoering van de DSM-5 geen wijzigingen van het verzekerde pakket tot gevolg zal hebben. Dit tezamen heeft geleid tot het advies de DSM-5 als basis te gebruiken voor de toegang tot de geneeskundige GGZ.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
5 februari 2016

Onze referentie
2016013625

Bekostiging

In oktober 2015 heeft de NZa in bestuurlijk overleg met betrokken partijen ingestemd met de doorontwikkeling van de productstructuur DBC-GGZ. De beoogde invoering van deze geheel gewijzigde productstructuur is in 2019. Dit plaatst de inspanningen die bij invoering van de DSM-5 geleverd moeten worden, om de bekostiging te laten volgen op de aanspraken, in een ander licht. Een wijziging in aanspraken en bekostiging brengt administratieve lasten met zich mee, de vraag is in dit geval of de zwaarte van deze (administratieve) lasten in verhouding staat tot de mogelijk relatief korte termijn waarmee er met de DSM-5 gewerkt wordt als basis voor de bekostiging. Waarbij opgemerkt dient te worden dat het bij een omvangrijk traject als de invoering van een nieuwe productstructuur niet uitgesloten is dat de ingangsdatum opschuift. Wanneer ervoor gekozen wordt de DSM-5 per 1 januari 2017 in te voeren in de bekostiging, verwachten we dat daar ten minste 3 jaar gebruik van zal worden gemaakt.

In de door u georganiseerde expertmeetings zijn diverse opties voor de invoering van de DSM-5 in de bekostiging gepresenteerd. Vanwege de flinke administratieve lasten die opties 2 en 3 met zich meebrengen, en de verwachting dat deze niet per 1 januari 2017 kunnen worden ingevoerd, zijn deze opties tijdens deze overleggen als niet haalbaar/wenselijk bestempeld. De keuze beperkt zich nu tot 'optie 0': geen wijzigingen doorvoeren, aanspraak en bekostiging op basis van DSM-IV handhaven. En 'optie 1': aanspraak op basis van DSM-5, voor de bekostiging werken met een conversietabel om de DSM-5 classificaties te vertalen naar DSM-IV classificatie.

Voorkeur Zorginstituut

Wij spreken een voorkeur uit voor optie 1. Hierboven hebben we al toegelicht waarom we voor de uitleg voor de aanspraken geneeskundige GGZ de voorkeur geven aan de DSM-5. We achten het van groot belang om te bevorderen dat er in de praktijk gewerkt wordt conform de laatste stand van de wetenschap. We hebben begrip voor de bezwaren van aanbieders en verzekeraars wanneer zij aangeven dat de invoering in de bekostiging verhoogde administratieve lasten met zich meeneemt. Optie 1 lijkt zoals nu omschreven een beperkte extra -en daarmee ons inziens aanvaardbare- last met zich mee te brengen. We merken op dat de globale omschrijving het lastig maakt om in te schatten wat de exacte (administratieve/ICT) last is. Een nader uitgewerkt projectplan voor optie 1 zou hier mogelijk meer inzicht in kunnen bieden.

Verder willen we graag opmerken dat we als neveneffect signaleren dat het niet invoeren van de DSM-5 als basis voor de aanspraken en bekostiging tot gevolg lijkt te hebben dat er beperkt geïnvesteerd wordt in het gebruik van de DSM-5 in de praktijk. Dit is wat ons betreft een ongewenst effect, aangezien het werken volgens de laatste stand van de wetenschap hierdoor mogelijk geremd wordt. We zijn verheugd dat bij doorvoering van 'optie 1' het assenstelsel van de DSM-IV gehandhaafd blijft en derhalve de informatie die benodigd is voor de risicoverevening beschikbaar blijft.

Een noodzakelijke voorwaarde voor een soepele invoering van de DSM-5 in aanspraak en bekostiging is een zorgvuldig opgestelde en door partijen

geaccordeerde conversietabel. We adviseren om, indien optie 1 wordt uitgevoerd, de conversietabel die door de NZa met behulp van een expert is opgesteld in een expertmeeting met ons (gezien de relatie met de aanspraak) en andere betrokken partijen te bespreken. En deze vervolgens voor te leggen aan het TBO GGZ/FZ.

Hoogachtend,

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
5 februari 2016

Onze referentie
2016013625

Nederlandse Zorgautoriteit

Datum
5 februari 2016
Contactpersoon

Bijlage(n)

Doorkiesnummer

Ons kenmerk
Fa/cnbt/ierr/179340/2016
Onderwerp
Advisering invoering DSM-5

Uw kenmerk

Geachte Mevrouw K,

Wij willen u bedanken voor de kans om te reageren op het advies van de NZa over de invoering van DSM-5, nog voordat uw advies naar het ministerie van VWS gaat.

GGZ Nederland is een voorstander om DSM-5 per 1 januari 2017 te hanteren voor de verzekerde aanspraken ggz. Wij zien graag dat het typeren van de diagnose geschiedt op basis van DSM-5. Het assenstelsel van DSM-IV wordt losgelaten. De DSM-5 subdiagnose wordt geconverteerd naar een bestaande subdiagnose in de codelijst 'Diagnose' die gebaseerd is op de DSM-IV. De verdere registratie, validatie, afleiding en daarmee ook bekostiging gebeurt op basis van DSM-IV. Dit is wat de NZa heeft beschreven als optie 2 in haar toelichting op de verschillende opties ter consultatie van 28 januari 2016.

Wij onderstrepen dat wij als sector mee moeten gaan met de laatste stand van de wetenschap en van daaruit is het niet meer uitlegbaar om te blijven werken met DSM-IV. Optie 0, waarbij DSM-IV uitgangspunt blijft voor de aanspraak en de bekostiging, ondersteunen wij dan ook niet.

Ook optie 3, waarbij DSM-5 leidend wordt voor zowel de aanspraak als de bekostiging, ondersteunen wij niet. Zoals de NZa zelf ook aangeeft, is dit een te grote wijziging in een te korte tijd, waar we juist willen investeren in doorontwikkeling van de productstructuur.

We zien graag dat de regiebehandelaar enkel nog werkt met DSM-5 en de oude systematiek van DSM-IV achter zich kan laten. Wij zijn dan ook geen voorstander van het werken in twee classificatiesystemen, zoals in optie 1 wordt voorgesteld. Wij zijn van mening dat als we over gaat op DSM-5, de assen 3 t/m 5 hier niet meer bij horen. Dit zorgt voor onnodige administratieve lasten. Zowel behandelinhoudelijk als voor de bekostiging is de informatie van de assen 3 t/m 5 niet nodig. De somatische informatie wordt al in het dossier vastgelegd op een andere wijze.

Wij begrijpen dat dit consequenties heeft voor de zorgvraagzwaarte. Wij zijn van mening dat als je over gaat op DSM-5, de zorgvraagzwaarte zoals wij deze nu kennen niet meer betrouwbaar is. Het argument van behoud van de zorgvraagzwaarteindicator als voordeel voor optie 1 vinden wij dan ook niet voldoende zwaar wegen om voor deze optie te kiezen. Aangezien een betere beschrijving van de zorgvraag en de zorgvraagzwaarte wordt opgepakt in de doorontwikkeling van de productstructuur, zijn wij geen voorstander om de zorgvraagzwaarte voor 2017 nog te repareren.

Wij willen wel met klem benadrukken dat de betrouwbaarheid van de conversietabel cruciaal is. De tabel moet zowel door het Zorginstituut Nederland, als aanbieders, als zorgverzekeraars worden goedgekeurd. Met deze goedkeuring worden controles en discussies achteraf over de rechtmatigheid van de DBC en extra administratieve lasten voorkomen. Het moet voor een ieder volstrekt helder zijn dat als een DBC wordt gefactureerd, er dus een geldende DSM-5 classificatie is vastgelegd, dat onverzekerde zorg niet leidt tot een geldige DBC en dat de juiste DBC groep wordt gekoppeld aan de DSM-5 classificatie.

Daarom vragen wij om de conversietabel op korte termijn vrij te geven zodat het veld de tabel kan testen en de risico's voor de bekostiging kan beoordelen. Wij vertrouwen op de kwaliteit van het werk van het Zorginstituut en de NZa en verwachten dat hier geen onoverkomelijke risico's uit voortkomen, maar willen hier nog wel een GO/NO GO moment voor afspreken.

Wij vragen de NZa om ook de ICT leveranciers snel aan te haken zodat zij voldoende tijd krijgen hun systemen aan te passen en aanbieders om nieuwe releases te implementeren. Mochten er geluiden zijn, dat dit te krap is om voor 2017 geheel rond te krijgen, dan zouden we willen kijken naar een gefaseerde invoering waarbij typeren op basis van DSM-5 in 2017 optioneel is.

Wij brengen nog wel in herinnering dat de NZa met het veld heeft afgesproken dat de termijn waarop veranderingen met een aanzienlijke impact op de ICT systemen en tabellen, 1 april bekend moet zijn en tabellen 1 juli moeten worden uitgeleverd. Wij vertrouwen erop dat de minister spoedig een besluit zal nemen, zodat de invoering van DSM-5 voor 2017 nog haalbaar is

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Zorgautoriteit

Utrecht, 8 februari 2016

Kenmerk: JvdL/JL/2494/16

Betreft: Schriftelijke consultatie invoering DSM-5

Geachte mevrouw K

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) De NVvP staat positief tegenover DSM-5 voor wat het is, een classificatiesysteem. De huidige DSM is beter dan ooit. En in de juiste handen is het een goed hulpmiddel. Wij adviseren onze leden daarom om per 1 januari 2016 DSM-5 in te voeren in de dagelijkse patientenzorg en het wetenschappelijk onderzoek. Wij vinden dat de inhoudelijke vooruitgang niet ondergeschikt gemaakt moet worden aan de invoeringsproblemen van DSM-5 in de bekostiging en hebben onze leden daarom gestimuleerd om per januari 2016 DSM-5 in te voeren.

U beschrijft in uw concept advies en toelichting een aantal opties. U vraagt ons aan te geven naar welke optie (optie 0 of optie 1) onze voorkeur uitgaat. U zult begrijpen dat optie 0 wat ons betreft geen optie is en dat optie 1 de enige optie waar wij akkoord mee kunnen gaan. Een korte toelichting hierop:

Bij optie 0 zal DSM-IV nog steeds gebruikt worden voor de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz. Hoewel de DBC-systematiek hierdoor stabiel blijft, er verandert tenslotte niets, vormt dit ons inziens een grote belemmering voor wetenschappelijk onderzoek. Omdat een psychiatrische diagnose uit een veelheid van (beschrijvende) elementen bestaat is er een gemeenschappelijke taal wenselijk voor de patiënt, voor medici onderling en voor wetenschappelijk onderzoek. Met die taal wordt een veel voorkomend cluster van symptomen onder één noemer gebracht. Het is een hulpmiddel, niet meer of minder dan dat. De DSM is herzien om nieuwe wetenschappelijke inzichten en kennis uit de praktijk te integreren in de classificatie.

Bij optie 1 wordt in ieder geval mogelijk gemaakt dat professionals kunnen classificeren in DSM-5 (DSM-5 hoofdclassificatie met conversie naar de DSM-IV hoofdclassificatie met ICD-9-CM-

codering). Bijkomend voordeel is dat er geen extra administratieve lasten optreden omdat het in de software wordt ingebouwd.

Hopende u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Uiteraard zijn wij bereid onze motivatie nader toe te lichten als daar behoefte aan is. Neemt u in dat geval contact op

Hoogachtend,

