

Aan
Ministerie van VWS

Van
NZa, directie Regulering

Telefoonnummer
088-7708770

E-mailadres

Kenmerk

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 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 bekostigingsstructuur 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.

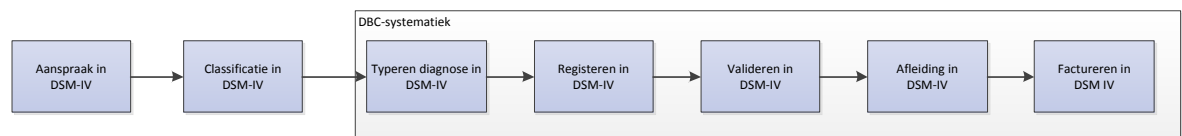
Kenmerk

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 verouderd.
2. De scholing van studenten (DSM-5) sluit niet aan op de praktijk (DSM-IV).
3. Het vormt een belemmering voor wetenschappelijk onderzoek.

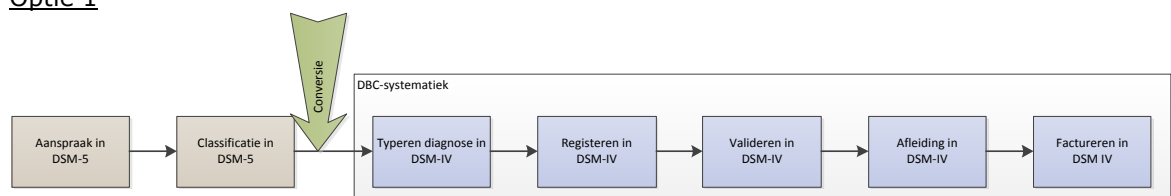
DSM-5 voor de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz

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 typen 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

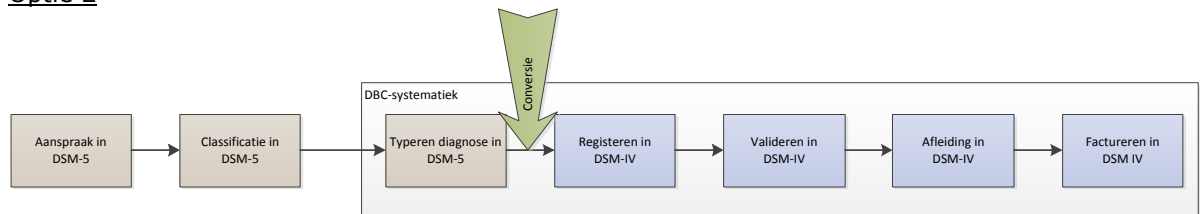
Een voordeel van het gebruik van deze optie is dat het tegemoet komt aan de behoefte van de zorgaanbieders om te kunnen classificeren in DSM-5 en de behoefte van o.a. de zorgverzekeraars om de productstructuur (in DSM-IV) stabiel te houden.

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

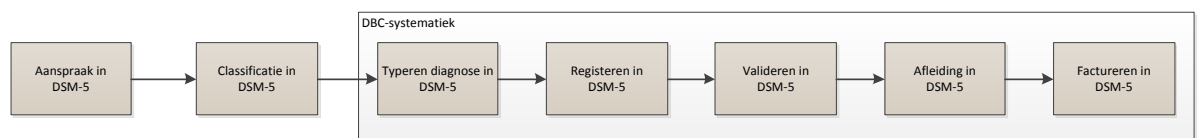


Bij optie 2 zal niet alleen de classificatie maar ook het typeren van de diagnose in de dbc-systematiek in DSM-5 plaatsvinden. De DSM-5 diagnose wordt met behulp van een conversietabel vertaald naar een DSM-IV diagnose met bijbehorende diagnose hoofdgroep. De registratie, validatie en afleiding binnen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

- | | |
|---|--|
| <p>volledig nieuwe productstructuur (Engelse model), beoogd voor 2019.</p> <p>3. De gewijzigde productstructuur resulteert in een trendbreuk in de data.</p> <p>4. De zorgvraagzwaarte moet op een andere manier worden afgeleid.</p> <p>5. De diagnoses die wel in DSM-5, maar niet in DSM-IV zitten moeten een waarde krijgen voor de zorgvraagzwaarte.</p> <p>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.</p> | <p>Kenmerk</p> <p>Pagina
4 van 5</p> |
|---|--|

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 geregistreeerde 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.

Risiko'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