

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, zorgvraagzwaarte blijft mogelijk, 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
t.a.v. mevrouw dr. M.J. Kaljouw
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Datum
5 februari 2016
Contactpersoon

Bijlage(n)
Doorkiesnummer

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

Uw kenmerk

Geachte Mevrouw Kaljouw,

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
T.a.v. M.J. Kaljouw
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Utrecht, 8 februari 2016

Kenmerk: JvdL/JL/2494/16
Betreft: Schriftelijke consultatie invoering DSM-5

Geachte mevrouw Kaljouw,

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,

