Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
934159-148014-CZ

Bijlage(n)
1

Uw brief

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 31 maart 2016
Betreft Toepassing DSM-5 voor het pakket en de bekostiging ggz

Geachte voorzitter,

U heeft twee rapporten van Zorginstituut Nederland van mij toegestuurd gekregen die betrekking hebben op de toepassing van DSM-5 voor de uitleg van de verzekerde aanspraken geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz). Tevens heeft u een impactanalyse van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ontvangen over de toepassing van DSM-5 in de bekostigingssystematiek van de ggz. Met deze brief informeer ik u over mijn reactie op deze rapporten en mijn voornemens over het gebruik van DSM-5 voor het pakket en bekostiging. Ik voeg hierbij een aanvullend advies van de NZa over de toepassing van DSM-5 in de bekostiging, dat ik recent heb ontvangen. In navolgende reactie heb ik ook dat advies betrokken.

In het eerste rapport[1] komt het Zorginstituut tot de conclusie dat de gevolgen van een overgang van de DSM-IV naar DSM-5 voor de verzekerde aanspraken beperkt zijn en adviseert het de DSM-5 te gebruiken voor de uitleg van de aanspraken zolang er geen betere manier is om de aanspraken op consistente en toetsbare wijze uit te leggen. Alleen van 16 "nieuwe" classificaties die niet in DSM-IV voorkwamen is beoordeeld of deze onder de inhoud en omvang van het verzekerde pakket vallen en, zo ja, onder welke aanspraak in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Volgens het Zorginstituut zullen deze 'nieuwe classificaties' die tot de geneeskundige ggz worden gerekend niet leiden tot een wezenlijke uitbreiding van die aanspraak op geneeskundige ggz, omdat in de praktijk mensen met een 'nieuwe classificatie' nu ook al zorg zullen ontvangen onder een classificatie in DSM-IV. Daar waar de behandeling van nieuwe classificaties valt onder de huisartsenzorg of medisch specialistische zorg worden deze mensen daar nu ook al gezien en indien nodig behandeld.
In het tweede rapport[2] herziet het Zorginstituut de oorspronkelijke beoordeling van de 'nieuwe classificatie' *Andere gespecificeerde …stoornis*[3]. Over deze classificatie oordeelde het Zorginstituut in het eerste rapport dat deze kon worden uitgesloten van de aanspraak geneeskundige ggz omdat de classificatie "er toe

[1] TK 2014-2015, Kamerstuk 25424 nr. 260 (https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-260.html)
[2] TK 2015-2016 Kamerstuk 25424 nr. 301 (https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-301.html)
[3] Samen met de classificatie *Ongespecificeerde …stoornis* vervangt deze de DSM-IV-classificatie *Niet Anderszins Omschreven* (NAO).

[kan] leiden dat al te gemakkelijk de behandeling in de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz wordt gestart zonder dat er sprake is van een circumscripte stoornis". In een overlegtraject met het Zorginstituut hebben aanbieders en patiëntenverenigingen vervolgens verhelderd dat indien er een *Andere gespecificeerde …stoornis* wordt geclassificeerd, er dus per definitie sprake is van een stoornis, maar het beeld niet exact voldoet aan de criteria voor een specifieke(re) stoornisclassificatie. Dit is vergelijkbaar met de huidige situatie rond DSM-IV-classificaties *Niet Anderszins Omschreven* (NAO), die nu ook toegang geeft tot de geneeskundige ggz. Het Zorginstituut concludeerde dat het handhaven van het oorspronkelijke standpunt inzake *Andere gespecificeerde …stoornis* dus een inperking van de toegankelijkheid van geneeskundige zorg (verzekerd pakket) zou inhouden. Dit had het met het eerste advies niet beoogd en daarom herziet het de beoordeling van deze classificatie: *Andere gespecificeerde …stoornis* dient toegang te verlenen tot de geneeskundige ggz.

De NZa komt in de impactanalyse[4] tot de conclusie dat een *volledige implementatie van DSM-5* relatief grote aanpassingen vereist in de wijze waarop aanbieders in de gespecialiseerde (en forensische) ggz registreren en declareren, omdat het assenstelsel van DSM-IV[5] in DSM-5 is verdwenen. Dit werkt door in de ICT-systemen, administratieve organisatie, inkoop, trendinformatie en de (afleiding van de) zorgvraagzwaarte-indicator. Bij een *gedeeltelijke implementatie met gebruik van een conversietool* moeten behandelaren daarentegen in de klinische praktijk werken met DSM-5, maar maken zij voor de bekostiging nog gebruik van DSM-IV. De conversietabel maakt duidelijk welke DSM-IV-classificatie bij welke DSM-5-classificatie hoort. De benodigde aanpassingen hiervoor zijn het minst omvangrijk. De NZa heeft recent de (impact op de) invoering van DSM-5 andermaal aan veldpartijen voorgelegd, mede gezien de serieuze stappen die inmiddels zijn gezet richting een volledig nieuwe productstructuur voor de ggz (het 'Engelse model', beoogd per 2019[6]). Die lijken het draagvlak bij veldpartijen te hebben verminderd om, vooruitlopend op die nieuwe bekostiging, vergaande aanpassingen op basis van DSM-5 door te voeren in de bekostiging. In het geactualiseerde advies wordt dit beeld bevestigd. De geconsulteerde veldpartijen verschillen van mening of DSM-5 ingevoerd moet worden per 2017, maar zijn het er wel over eens dat als DSM-5 gebruikt wordt voor de afbakening van de verzekerde aanspraak, dit slechts beperkt gevolgen zou moeten hebben voor de bekostiging. De NZa adviseert daarom, in geval het verzekerde pakket in DSM-5 wordt afgebakend, te kiezen voor "optie 1" wat betreft uitwerking naar de bekostiging. Deze "optie 1" 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.

Ik heb met belangstelling kennis genomen van de adviezen van het Zorginstituut en de NZa maar constateer dat de overgang naar de DSM-5 bij de pakketafbakening en de bekostiging per 2017 onvermijdelijk uitvoeringslasten met zich meebrengt voor de sector. Tegelijkertijd heb ik in mijn aanbiedingsbrief bij de

[4] TK 2014-2015 Kamerstuk 25424 nr. 268 (https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-268.html)
[5] Naast de psychische ziekte worden ook persoonlijkheidsstoornissen, bijkomende (somatische) aandoeningen, psychosociale factoren en het niveau van functioneren geregistreerd.
[6] Zie TK 2015-2016 Kamerstuk 29515 nr. 371 (https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29515-371.html) en TK 2015-2016 Kamerstuk 25424 nr. 292 (https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-292.html)

‘Agenda voor gepast gebruik en transparantie in de ggz’ reeds aangegeven toe te werken naar de invoering van een geheel nieuwe bekostiging per 2019, waarbij de zorginhoud het uitgangspunt vormt, en die beter dan nu het geval is, aansluit op de zorgvraagzwaarte en zorgbehoefte van de patiënten. Voorkomen moet worden dat de sector twee keer (in 2017 èn in 2019) met een grote verandering in de bekostiging te maken krijgt.

Daarom heb ik nagedacht over alternatieven voor de invoering van de DSM-5. Daarbij heb ik bekeken in hoeverre het mogelijk is om tot aan de komst van het nieuwe bekostigingsmodel, zowel wat betreft pakketafbakening als bekostiging te blijven werken met de DSM-IV (de door de NZa omschreven “optie 0”). In overleg met de auteursrechthebbenden van zowel DSM-IV als DSM-5 is echter duidelijk geworden dat dit geen reële mogelijkheid is. De auteursrechthebbende van de DSM-IV is niet bereid de huidige licentie voor het gebruik van de DSM-IV in de bekostiging in dit scenario te verlengen. En indien er sprake zou zijn van het auteursrechtelijk onrechtmatig gebruik van DSM-IV, worden er ernstige risico’s gelopen die in het uiterste geval er toe kunnen leiden dat het declaratieverkeer op zeer korte termijn via juridische stappen van de auteursrechthebbende onmogelijk wordt gemaakt. Het spreekt voor zich dat dit verre van een gewenste situatie oplevert.
De auteursrechthebbende van DSM-IV heeft laten blijken het gebruik van DSM-IV in de bekostiging slechts aanvaardbaar te vinden, als dit geen belemmeringen voor het gebruik van de DSM-5 in de klinische praktijk oplevert. Dit komt overeen met de door de NZa geschetste route van “optie 1”, die het mogelijk maakt de DSM-5 in de klinische praktijk te gebruiken, zonder partijen met een te grote wijziging in de productstructuur te belasten.

Op basis daarvan constateer ik dan ook dat het volgen van dit NZa-advies, juridisch bezien, de te verkiezen weg is. Dit betekent dat de verzekerde aanspraken geneeskundige ggz per 1 januari 2017 door het Zorginstituut zullen worden geduid en uitgelegd op grond van DSM-5. DSM-5 wordt daarmee ook leidend voor de klinische praktijk. Om de impact in de bekostiging tot een absoluut minimum te beperken, worden de DSM-5-classificaties via een conversietabel ‘vertaald’ in DSM-IV-classificaties. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voert overleg met de auteursrechthebbenden om te komen tot een passende licentie hiervoor.

Ik vertrouw er op uw Kamer hiermee afdoende geïnformeerd te hebben.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers