

Zorginstituut Nederland
Pakket

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

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

J. Zwaap
T +31 (0)20 797 8808

Datum

15 september 2017

Onze referentie

2017045171

verslag

ACP 69
Vergadering Adviescommissie Pakket

Vergaderdatum	15 september 2017
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, Diemen.
Aanwezig	Claudi Bockting Jan van Busschbach Marcel Canoy Carina Hilders Cor Oosterwijk Jos Schols Romke van der Veen (voorzitter) Marcel Verweij Jacqueline Zwaap (ZIN, secretaris) Angèl Link (ZIN, plv. secretaris, verslag)
Afwezig	Heleen Dupuis

1 Opening en mededelingen

- 5 De voorzitter opent de vergadering en heet alle aanwezigen welkom. Vandaag staat er één onderwerp op de agenda namelijk de het Zorgclustermodel GGZ. Er hebben zich geen sprekers gemeld voor dit onderwerp. Er zijn verder geen mededelingen.
- 10 *1.1 Conflicterende belangen*
De voorzitter vraagt of er leden zijn die melding willen maken van een potentieel conflicterend belang bij een van de agendapunten. Twee leden geven aan werkzaam te zijn in de GGZ.
- 15 **2 Stukken ter kennisneming**
De commissie spreekt haar complimenten uit over het rapport 'Pakketadvies in de praktijk' dat in een eerder stadium ook in de commissie besproken is. Het is

20 plezierig leesbaar en geeft een mooi totaalbeeld. De voorzitter geeft aan dat er naar zijn mening een pijl ontbreekt in een figuur. De secretaris meldt dat er in de PDF versie inderdaad een pijl is weggevallen, maar dat dit inmiddels is hersteld.

3 Verslag van de vergadering van 30 juni 2017 (68)

25 De leden hebben geen opmerkingen bij het verslag. Naar aanleiding van meldt de secretaris dat het Wlz advies dat in de vorige vergadering is besproken is verzonden naar de minister. Dit rapport zal de volgende vergadering ter kennisneming rondgestuurd worden.

4 Verkenning aansluiting Zorgclustermodel GGZ op huidige verzekerde aanspraken Zvw (deel 1)

30 Een medewerker geeft een toelichting bij dit agendapunt aan de hand van een korte presentatie. Deze is als bijlage 1 bij dit verslag gevoegd. De voorzitter vraagt wie hij hierover als eerste het woord mag geven.

35 Een lid heeft een vraag hoe de percentages, die bij de casuïstiek worden genoemd, geïnterpreteerd moeten worden? De medewerker licht toe dat de percentages weergeven hoeveel procent van de zorgaanbieders in de steekproef een bepaald cluster heeft gescoord.

40 Een ander lid vraagt zich af waaruit de onvrede met het huidige classificatiesysteem bestaat? Gaat het om de bureaucratie (administratieve lasten) of wat anders? De medewerker legt uit dat het huidige aanspraak/bekostigingsmodel is gebaseerd op de DSM-classificatie en de DBC's een minutenregistratie betreffen. Een dergelijke classificatie is eigenlijk alleen maar een label en zegt niets over de zorgvraagzwaarte. Het nieuwe model gaat 45 wel uit van zorgvraagzwaarte. Het zorgclustermodel is gebaseerd op het Engelse model. Een lid vraagt hoeveel zorg in het pakket zou instromen indien registratie alleen op basis van zorgzwaarte plaatsvindt, dus zonder DSM? Is dat in Engeland onderzocht? Een medewerker licht toe dat de risico's die het Zorginstituut ziet, vooral gaan om de lichte problematiek die terecht komt in de clusters 1 en 2. In 50 feite gaat het daarbij vaak om huisartsenzorg. In Engeland valt een gering percentage onder de clusters 1 en 2. Uit het stuk blijkt dat er in Engeland verschil zit tussen regio's. Kennelijk gaat de ene regio slimmer met het Zorgclustermodel om dan een andere regio. Een ander lid vraagt of wij daarvan kunnen leren. Het verschil tussen de regio's in Engeland vloeit voort uit de historie en inbedding in 55 het systeem. Een en ander is helaas niet gedocumenteerd, en hierdoor weinig bruikbaar voor de Nederlandse praktijk.

Een lid is van mening dat er twee zaken onderscheden moeten worden.

- 60 1) Nodigt het systeem uit tot ongepast gebruik? Zo ja, wat is in dit opzicht het verschil tussen het huidige bekostigingssysteem en het toekomstige zorgclustermodel? Als we er vanuit gaan dat huisartsen goed hun werk doen, dan zou het geen verschil moeten maken. Als huisartsen te snel doorverwijzen dan maakt het niet uit of het DSM of het nieuwe model, DSM wordt er wel bij gezocht.
- 65 2) Hoe zit het met de uitvoerbaarheid? Bij een risico op ongepast gebruik, zie

je dat er weer regels verschijnen om dit dicht te timmeren. Dit zou je moeten voorkomen. Wat zijn de gevolgen van de keuzes die gemaakt zijn op de bureaucratie. Dit zou explicieter in het rapport naar voren mogen komen.

70

Een medewerker legt uit dat er nog niet veel bekend is over de regeldruk. Het idee is om de minutenregistratie los te laten en zorgactiviteiten te gaan hanteren net als in de medisch-specialistische DBC's. Met beide systemen is het mogelijk om te rommelen, maar de indruk van het Zorginstituut is dat het met het nieuwe systeem makkelijker wordt gemaakt. Een lid is van mening dat uitgezocht dient te worden hoe groot het ongepast gebruik is, indien dit wel mee valt moet je dat accepteren en niet door bureaucratie gaan oplossen. Het lid vraagt zich ook af of niet in kaart gebracht dient te worden of er ook niet sprake is van zorg die in het huidige systeem wel vergoed worden en in het nieuwe systeem niet meer? Een medewerker denkt niet dat dit het geval is en zij kan ook geen casus bedenken, maar het Zorginstituut gaat wel nader onderzoeken wat er in cluster 0 terecht komt. Een lid geeft aan dat er soms weliswaar sprake kan zijn van zorgzwaarte '0', maar dat vanuit preventief oogpunt behandeling wel is aangewezen.

75

80

85

De voorzitter concludeert dat het bij het Zorgclustermodel in feite gaat om drie zaken; het betreft een toelatingssysteem in combinatie met een vergoedingssysteem, waarbij de uitvoerbaarheid van belang is. Een risico is dat de sluisen te ver open gaan. Hoe ga je bepalen of dit het geval is? Vooral de pilot die uitgevoerd wordt in de koploperinstellingen is van belang. Welke gegevens komen er straks uit deze pilot? Worden er meer mensen in de GGZ behandeld dan in het huidige systeem? Vindt er verdringing plaats? Het is een majeure verandering waarmee veel geld gemoeid is. Om die reden pleit de voorzitter voor een stevig onderzoek. Dit wordt gedeeld door de overige leden. Er is substantiële onderzoek effort nodig. Dit betekent ook dat het vastleggen van de DSM-classificatie noodzakelijk blijft. Dit moet naar de mening van de commissie scherper geformuleerd worden in het rapport. Ook de financiële gevolgen dienen in kaart gebracht te worden. Een medewerker meldt dat deze vraag zowel bij de NZa ligt als het Zorginstituut, maar dat ze hebben afgesproken hierin gezamenlijk op te trekken. Zonder het vastleggen van de DSM-classificatie is geen vergelijkend onderzoek tussen beide systemen mogelijk. Een ander argument om de DSM-classificatie te blijven vastleggen, is dat wat we weten over effectiviteit van behandelingen/onderzoek bij psychische stoornissen gebaseerd is op de criteria van psychische stoornissen zoals benoemd in de DSM-classificatie.

90

95

100

105

110

Wat betekent het Zorgclustermodel voor de uitvoerbaarheid en dan vooral voor de administratieve lasten? Een combinatiesysteem gebaseerd op het zorgclustermodel waarbij ook de DSM-classificatie wordt vastgelegd, werkt alleen als ook de bureaucratie omlaag gaat. Een medewerker legt uit dat een belangrijk voordeel van het systeem is dat de minutenregistratie vervalt. Dit zou de administratieve lasten omlaag moeten brengen. Wat dit in de praktijk precies betekent, zal moeten blijken. Een ander lid vult aan dat er een ander inhoudelijk argument bestaat voor een combinatiesysteem van zorgzwaarte en DSM, namelijk dat alle effectiviteit en kosteneffectiviteitsonderzoeken gebaseerd zijn op de DSM

115 classificatie. Een medewerker licht toe dat het daarnaast ook belangrijk is dat de aanspraak van zorg eenduidig geïdentificeerd kan worden.

120 De voorzitter vat de discussie als volgt samen. De commissie heeft drie criteria benoemd die van belang zijn voor het uiteindelijke systeemadvies (deel 2) met betrekking tot de invoering van het Zorgclustermodel, namelijk de
125 toegankelijkheid, de uitvoerbaarheid en de kwaliteit van de zorg. In deze verkenning (deel 1) is vooral de toegankelijkheid van de GGZ op basis van het in ontwikkeling zijnde Zorgclustermodel in eerste opzet getoetst. De ACP kan zich vinden in de kansen en risico's die in de verkenning benoemd zijn. Het betreft met name het risico dat door de wijziging zorg geboden en bekostigd gaat worden die
130 niet thuishoort in de basisverzekering (ongepast gebruik). Voor de volledigheid is het daarnaast ook goed om te verkennen of de wijziging kan leiden tot situaties waarin gepaste zorg niet meer wordt gegeven. Dat is bijvoorbeeld denkbaar bij zorg die gericht is op preventie van verergering van (vooralsnog beperkte) klachten. Ook onderschrijft de ACP de aanbevelingen aan partijen voor de
135 doorontwikkeling van het Zorgclustermodel, de diagnostiek/assessment en het blijven vastleggen van de DSM-classificatie.

135 De ACP benadrukt dat het voorlopig blijven vastleggen van de DSM-classificatie een voorwaarde is voor het introduceren van het zorgclustermodel in de praktijk, omdat deze registratie noodzakelijk is om een vergelijking te kunnen maken van het gebruik van de methodiek van Zorgclusters met de huidige situatie.

140 Een goede gedetailleerde gegevensverzameling is volgens de ACP nodig om de consequenties van de introductie van het Zorgclustermodel op de aanspraak en bekostiging te kunnen bepalen. Zaken als de mate van gepast en ongepast gebruik, eventuele verdringing van zorg en de gevolgen voor administratieve lasten dienen in kaart te zijn gebracht om een gedegen advies uit te kunnen brengen over de invoering van het zorgclustermodel (deel 2).

145 De voorzitter zou graag nog een tekstuele aanpassing hebben in de inleiding. Een medewerker geeft aan dit over te nemen.

5 Rondvraag en sluiting

150 De leden maken geen gebruik van de rondvraag. De voorzitter bedankt Claudi Bockting, die een overstap maakt van de ACP naar de WAR, voor haar bijdrage in de ACP het afgelopen jaar en sluit de vergadering.

Bijlage 1 bij verslag vergadering ACP d.d. 15 september 2017:
agendapunt 4: Zorgclustermodel GGZ

155





Kansen Zorgclustermodel

- Positie cliënt in zorgproces staat centraal
 - Vaste reviewmomenten
- Aard en omvang psychische problematiek is leidend en niet een classificatie
- Behandeling mogelijk bij zorgvraag die huisarts/POH GGZ te boven gaat in situaties dat:
 - (nog) geen sprake is van een psychische stoornis
 - de psychische problematiek nog geen DSM-classificatie kent
- Geen onderscheid basis GGZ en gespecialiseerde GGZ

2

160



Risico's ongepast gebruik GGZ

- Psychische stoornis niet langer criterium voor behandeling GGZ
- Zorgclusters 1 en 2 laten lichte problematiek toe
- Stoornissen die niet onder de GGZ vallen, kunnen zorgcluster krijgen
 - Aanpassingsstoornissen
 - Hulp bij werk- en relatieproblemen
 - Stoornissen die tot een ander domein dan Zvw horen
 - Stoornissen die onder verantwoordelijkheid andere zorgverleners vallen

3



Aanbevelingen aan partijen

Aanbevelingen doorontwikkeling Zorgclustermodel

- Breng situaties zorgclusters 1 en 2 in beeld. Wanneer is behandeling in GGZ aangewezen?
- Aanpassing vraag 8 HoNOS+ vragenlijst
- Maak ook zorgcluster 0 inzichtelijk
- Stel eisen aan adequate diagnostiek/assessment en adequate bekostiging

4



Aanbevelingen DSM-classificatie

- DSM-classificatie blijven vastleggen
 - Beheersbare overgang naar nieuwe bekostiging
 - Zorgclusters zijn beter te duiden
 - In beeld wanneer geen sprake is van een psychische stoornis
 - Samenhang zorgstandaarden
 - Ondersteuning diagnostiek
 - Gezamenlijke taal

7