Het 'Engelse model' in de ggz – a fairy tale?

T.G. BROEKMAN, G.M. SCHIPPERS

ACHTERGROND In Nederland is men voornemens om de bestaande diagnose-behandelcombinatie(dbc)-productstructuur en bekostigingssystematiek te vervangen door het zogenaamde Engelse model. Omdat gedachte- en besluitvorming zich vrijwel volledig in bestuurs- en beleidskringen hebben afgespeeld, is een inhoudelijke kritische analyse gewenst.

DOEL Bewust maken van de argumenten die in te brengen zijn tegen het Engelse model.

METHODE Beschrijven en analyseren van het Engelse clustermodel, het toewijzingsinstrument (de HoNOS, aangevuld met zes items) en de toepassing van het model in Engeland, en van de activiteiten die onder leiding van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn en worden ondernomen ter introductie van het model in Nederland.

RESULTATEN Aan het Engelse model kleven ernstige bezwaren. De belangrijkste zijn dat de ggz zichzelf tekortdoet door haar bekostiging los te koppelen van internationaal erkende en wetenschappelijk belangrijke classificatiesystemen zoals DSM, ICD en ICF. Daarnaast is de voorgestelde clustering definitorisch zwak en niet gebaseerd op overtuigende analyses. De HoNOS is een instrument om uitkomsten te meten en is ongeschikt om zorg toe te wijzen. Ten slotte wordt het model in Engeland vrijwel nergens als bekostigingssysteem gebruikt.

CONCLUSIE Wij roepen de Nederlandse ggz-professionals dringend op zich grondig te bezinnen op de voorgestelde introductie van het Engelse bekostigingssysteem.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)11, 702-709

TREFWOORDEN bekostigingsmodel, dbc-productstructuur, Engels model, vereveningsmodel, zorgclustermodel

ARTIKEL

In Nederland is men voornemens om de bestaande diagnose-behandelcombinatie (dbc)-productstructuur en bekostigingssystematiek te vervangen door een nieuwe productstructuur volgens het 'Engelse model'. Het ministerie van VWS heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) opgedragen dit plan uit te voeren. Onder haar voorzitterschap hebben in oktober 2015 alle partijen die betrokken zijn bij de ggz en de forensische zorg (LPGGZ, NIP, NVZ, GGZ Nederland, NFU, ZN, NVvP, FMS, LVVP, NZa, DForZo/DJI en VGN), hier hun commitment aan uitgesproken. Ofschoon er professionals zijn betrokken bij de gedachte- en besluitvorming, heeft deze zich grotendeels in bestuurs- en beleidsgremia afgespeeld en is ze nauwelijks doorgedrongen tot de werkvloer. Dus is het tijd voor een inhoudelijke kritische analyse. Wij schreven hierover een uitvoerige analyse (Broekman & Schippers 2017), die we in dit artikel verkort weergeven.

Waarom een nieuwe productstructuur?

In de 'Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ' worden aan de dbc-productstructuur beperkingen toegeschreven. Zo zou de medische herkenbaarheid onvoldoende uit de verf komen. De tijdranges van de behandelingen zouden afwijken van de werkelijkheid en uitnodigen tot 'upcoden'. De dbc's zouden te lange doorlooptijden hebben, niet geschikt zijn voor sturing van zorg en een prikkel tot behandelen zijn. Ze zouden niet leiden tot behandelresultaat, maar wel tot hoge administratieve

lasten, met een dbc-declaratie die onbegrijpelijk is voor de patiënt.

In een nieuwe productstructuur zou de zorgvraagzwaarte van patiënten beter vastgesteld moeten worden en zouden nieuw gedefinieerde behandelpakketten aangeboden moeten worden. Van een nieuwe productstructuur wordt voorts verwacht dat deze tegemoetkomt aan de bezorgdheid van verzekeraars over de zogenaamde risicoverevening (zie de volgende paragraaf). Volgens het plan van aanpak dat de Nederlandse Zorgautoriteit (2016a) heeft opgesteld, moet vernieuwing met het Engelse model aan al deze tekorten tegemoetkomen. Om redenen die wij (nog) niet hebben kunnen nagaan, wordt verfijning van de bestaande dbc-productstructuur niet (meer) als mogelijkheid gezien om daaraan te voldoen. Voor de volledige andere productstructuur die in beeld komt, is echter geen argumentatie te vinden. In de notitie van de werkgroep Inhoud (2015) wordt slechts gesproken van '*waardevolle elementen in het Engelse model*' (p. 6). Ook worden een vooronderzoek en een in mei 2015 gehouden invitational conference genoemd, maar van beide is nergens verslag te vinden.

Voorspellen van zorgconsumptie: risicoverevening

Het Engelse model wordt geacht een gunstige rol te gaan spelen in de risicoverevening. Dat is belangrijk omdat een groot deel van de financiering van de gezondheidszorg ermee geregeld wordt. Riscoverevening is een uitkering aan de zorgverzekeraars op grond van het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie. Alle zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks uit het Zorgverzekeringsfonds een bijdrage waarvan de hoogte afhangt van het risicoprofiel van de verzekerden, teneinde daarmee de verschillen in risico te verevenen. Zonder risicoverevening zouden zorgverzekeraars verzekerden met weinig gezondheidsrisico's selecteren en/of verzekerden met grote gezondheidsrisico's proberen te weren.

Het fonds van waaruit wordt verevend, wordt gevuld met de inkomensafhankelijke bijdragen van de burgers op grond van de Zorgverzekeringswet en met een storting door de overheid. Ruim de helft (55%) van de inkomsten van verzekeraars bestaat uit vereveningsgelden (Gupta Strategists 2015). In 2016 ging het om 22,4 miljard euro. Net als in de algemene kosten van de gezondheidszorg, speelt de ggz in de risicoverevening een bescheiden rol. In 2016 is voor de geneeskundige ggz 8% verevend en voor de langdurige ggz minder dan 1% (Minister Schippers 2016a). Het vereveningssysteem is gebaseerd op de zorgkosten van de patiënten. Die werden tot nu toe vooral achteraf (nadat de kosten zijn gemaakt: ex post) vastgesteld. Vanaf 2017 zal de Zorgverzekeringswet (Zvw) echter volledig risicodragend zijn voor de verzekeraars. Dat betekent dat verevening alleen nog maar vooraf, aan het begin van het jaar (ex ante) plaatsvindt. Dat moet dus gebeuren op basis van een voorspelling van de zorgconsumptie aan de hand van de kenmerken van de verzekerden (het risicoprofiel). Dat noodzaakt tot een vereveningsmodel met een goed voorspellend vermogen.

In 2017 wordt de voorspelling van de zorgconsumptie van individuele verzekerden gedaan met variabelen zoals de problematiek van de patiënt, maar ook opleiding, sekse, sociale status, culturele herkomst enzovoorts. Voor de somatische gezondheidszorg komt daarmee de verklaarde variantie (R^2) op 31,5% (Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) 2016a).

In de ggz wordt bij het voorspellen van zorgconsumptie het begrip 'zorgvraagzwaarte' gebruikt. De werkgroep Zorgvraagzwaarte GGZ (2013) heeft een zorgvraagzwaarte-indicator (ZVZI) ontwikkeld op basis van problematiek van de patiënt (dbc-gegevens). Met die indicator kon echter slechts 2-6% van de variantie verklaard worden. Op groepsniveau (variatie tussen instellingen) blijkt de verklaarde variantie veel hoger: 38%. Omdat men dat toch niet voldoende vond, is geadviseerd om de ZVZI door te ontwikkelen, onder meer door toevoeging van variabelen als ernst en stagering van de symptomen en het functioneren van de patiënt.

In de risicoverevening in de ggz gebruikt men naast de ZVZI andere variabelen, zoals regio en eerder gemaakte kosten. Strikt genomen is dat oneigenlijk omdat idealiter in een vereveningsmodel alleen persoons- en gezondheids- of ziektegebonden variabelen een rol zouden moeten spelen. Overigens zouden variabelen die door de zorg zelf veroorzaakt kunnen worden (zoals eerder gemaakte kosten),

AUTEURS

THEO BROEKMAN, onderzoeker, Bureau Bêta, Nijmegen.
GERARD M. SCHIPPERS, emeritus hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie, Academisch Medisch Centrum, afd. Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES
T.G. Broekman, Bureau Bêta, Carnotstraat 2, 6533 DT Nijmegen.
E-mail: broekman@beta.nl

Strijdige belangen: Gerard M. Schippers en Theo Broekman zijn ontwikkelaars van de MATE. Zij hebben daar geen commerciële belangen bij: alle MATE -materialen zijn vrij verkrijgbaar en te gebruiken.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-7-2017.

buiten de verevening gehouden moeten worden omdat opname ervan een prikkel tot doelmatigheid wegneemt.
Voor de langdurige ggz werd een totaal verklaarde variantie bereikt van 40,7% (WOR 2016b). Die werd vooral bereikt door opneming van 'meerjarige hoge kosten' (was zonder deze slechts 0,7%). Voor de geneeskundige ggz werd 16,5% van de variantie verklaard. In een verkennende studie leverde toevoeging van de *Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS) en de *Outcome Questionnaire* (OQ45) een verhoging in R^2 op van slechts ca. 0,5% (Visser & Stam 2012). De verzekeraars stellen dat zonder betere productstructuur geen goede verevening kan plaatsvinden (Zorgverzekeraars Nederland 2005, 2016). Achmea meent dat de HONOS nu al ingevoerd zou moeten worden (*Toekomst van de risicoverevening. Position papers ten behoeve van symposium* 2016) en Menzis meldt helemaal niets (meer) te zien in de DSM (Zorginstituut Nederland 2014). Bij verzekeraars en de overheid bestaan dus verwachtingen dat een nieuw model substantieel gaat bijdragen aan verbetering van de risicoverevening in de geneeskundige ggz. Die verwachtingen zijn volgens ons onterecht, maar zorgen wel voor veel steun en druk om het 'Engelse model' in te voeren.

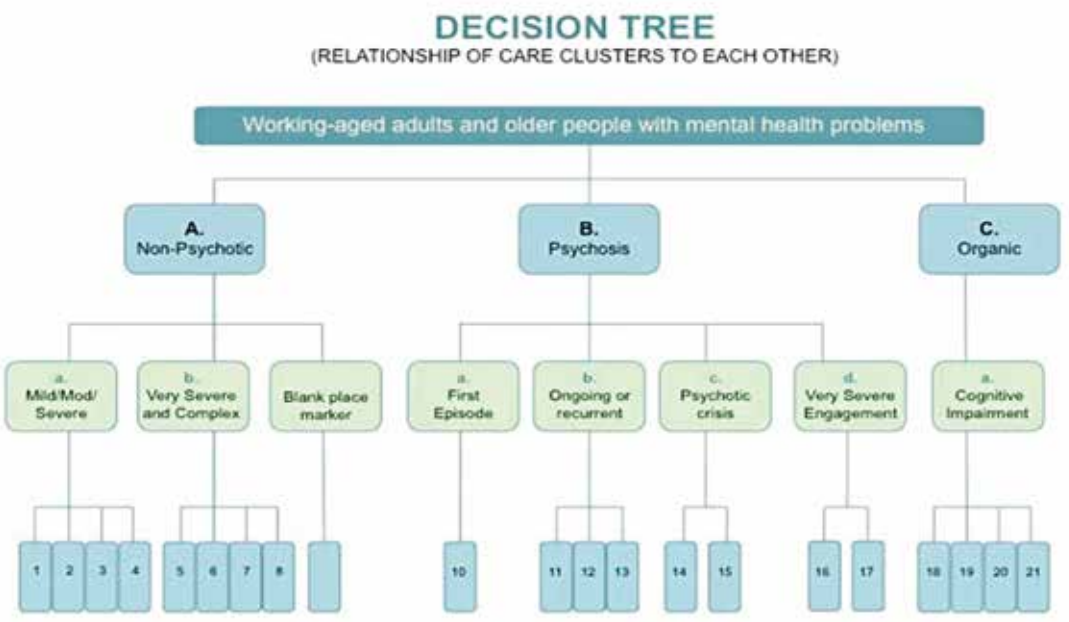
Wat is het Engelse model?

Het Engelse model bestaat voornamelijk uit twee elementen: de clustering van patiëntgroepen en een instrument voor toewijzing van patiënten aan de clusters. Er is ook een evaluatie-element in het model dat voorziet in een (half-) jaarlijkse review, maar daar gaat onze analyse niet over. We geven van beide eerst een uitleg en daarna een kritische bespreking.

CLUSTERS VAN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Het Engelse model is een model voor bekostiging van de Engelse gezondheidszorg, de National Health Services (NHS). De NHS wordt, anders dan in Nederland, geheel gefinancierd uit nationale belastingen en het bekostigingssysteem wordt aangeduid als Payment by Results (PbR). PbR is vergelijkbaar met het dbc/dot-systeem in Nederland. Op basis van classificatie van diagnoses en activiteiten worden producten (*currencies*) gedefinieerd waarvoor tarieven wordt vastgesteld.
Ook de *mental health care* (ggz) moet via een PbR-bekostigingsmodel betaald gaan worden. Clusters werden zo ontworpen dat patiënten in eenzelfde cluster evenveel zorg zouden behoeven van eenzelfde soort professional (Self & Painter 2009). De clusters zijn ad hoc tot stand gekomen in workshops en overleggen in enkele lokale projecten (Self e.a. 2008). Het uiteindelijke model bevat 20 clusters van ggz-problemen gegroepeerd in 3 superclusters:
A. de niet-psychotische clusters 1-8;
B. de psychotische clusters 10-17;
C. de organische clusters 18-21 (**FIGUUR 1**).

FIGUUR 1 **De 20 clusters van geestelijke gezondheidsproblemen in het Engelse model. Cluster 9 was oorspronkelijk een cluster 'substance misuse', maar is na 2009 verwijderd en is leeg gebleven. De lege plek bleef bestaan in het clustermodel (NHS England 2016)**



TOEWIJZINGSINSTRUMENT

Toewijzing aan de clusters moet gebeuren met de *Mental Health Clustering Tool* (MHCT), bestaande uit een assessmentinstrument en toewijzingsalgoritmes. Als assessmentinstrument is gekozen voor de uitgebreide en aangevulde HONOS (Wing e.a. 1999). De HONOS is ooit ontwikkeld als instrument om in de ernstige psychiatrie zorguitkomsten (*outcomes*) eenvormig te meten en is ook ruim bekend in Nederland (Mulder e.a. 2004). De HONOS bevat 8 items over psychische problemen/symptomen en 4 over (sociaal) functioneren. In de MHCT wordt de HONOS aangevuld met 1 extra symptoomitem en 5 'historische' items, over probleemgedrag in het verleden.

Beoogd wordt dat clustering bij het begin van een zorgtraject plaatsvindt, maar ook bij het stoppen, evalueren en/of veranderen van de zorg. In de handleiding (NHS England 2016) zijn protocollen opgenomen met formules die gewichten aan de MHCT-items toekennen en uitrekenen wat het best passende cluster is binnen het door de clinicus gekozen supercluster. De toewijzing aan een cluster blijft overigens altijd de beslissing en verantwoordelijkheid van de clinicus.

Kritische bespreking

DE CLUSTERS

In Engeland is geanalyseerd of de indeling in 20 clusters inhoudelijk gereproduceerd kon worden in een database met bijna twee miljoen clusterepisoden (Jacobs e.a. 2016). Dit was niet het geval: er was relatief weinig overlap tussen de clusters van het model en de empirische clusters. Ook de kostenhomogeniteit (zowel tussen patiënten binnen eenzelfde cluster als tussen zorgverleners voor hetzelfde cluster) bleek te laag om er een bekostigingssysteem op te baseren. Dat is ernstig, maar eigenlijk niet zo verwonderlijk. De clusters zijn hybride constructen waarin symptomen en hoeveelheid benodigde zorg gemengd worden. Dat beschouwen wij als een weeffout. De clusters bestaan uit klachten- of probleemgroeperingen en niet, zoals zou moeten, uit zorgproducten met een bepaalde (kosten-) intensiteit.

De clusters zijn ad hoc samengesteld en niet gestoeld op klinische en wetenschappelijke uitgangspunten. Het dbc-systeem gaat uit van standaarden die wereldwijd ontwikkeld en gebruikt worden zoals de ICD en de DSM. Op deze classificaties is natuurlijk kritiek mogelijk, maar ze zijn onderworpen aan een wetenschappelijk discours. Ook in Engeland hanteert men een dbc-systeem in de somatische gezondheidszorg. Anders dan in Nederland beschikt men in de Engelse ggz echter nauwelijks over diagnostische informatie.

De clusters passen niet goed op de Nederlandse ggz. De werkgroep Inhoud van de NZa heeft in een aantal instellingen geanalyseerd in hoeverre patiënten ingedeeld konden worden in de drie superclusters (werkgroep Inhoud 2015, p. 10). Het is niet helemaal duidelijk hoe men dat gedaan heeft, maar de uitkomst is dat 66% van de diagnoses aan een supercluster is toe te wijzen.

Diagnoses zoals aandachtstekort- en gedragsstoornissen, overige stoornissen in de kindertijd, pervasieve stoornissen en aan overige middelen gebonden stoornissen zijn niet in een supercluster in te delen. Aan alcohol gebonden stoornissen worden vrijwel allemaal aan het psychotische cluster toegewezen. Het supercluster organisch blijkt met slechts 3% toewijzing niet relevant voor de Nederlandse situatie. Niet alleen de dekking van het model schiet tekort, ook is er (vergeleken met Engeland) geen evenwichtige verdeling tussen de drie superclusters.

Kortom, wij vinden de voorgestelde clustering definitorisch onhelder en kwalitatief onvoldoende omdat deze onvolledig is en niet gebaseerd op overtuigende analyses.

HET INSTRUMENT VOOR TOEWIJZING

De HONOS is een instrument om uitkomsten te meten en is niet ontwikkeld als zorgindicatie-instrument. Met de HONOS kan, zij het met slechts vier items, iets van het functioneren en de levenscondities worden vastgesteld. Kan er zorgconsumptie mee voorspeld worden? Over de predictieve validiteit van de MHCT is in de wetenschappelijke literatuur niets bekend. Er zijn slechts enkele publicaties, die magere resultaten laten zien. Er is enige (Andreas e.a. 2010; Golay e.a. 2016) tot vrijwel geen samenhang van HONOS met zorgconsumptie (Goldney e.a. 1998) en zorgkosten (Twomey e.a. 2016).

Er is discussie over de factorstructuur van de HONOS. Speak e.a. (2015) concluderen dat de HONOS slecht past op de clusters en gewijzigd zou moeten worden. De samenhang met andere maten voor psychotische stoornissen is redelijk, maar voor andere stoornissen is deze nogal laag (Müller e.a. 2016). Ook de functioneringsitems hangen bij hen onvoldoende samen met andere maten, hetgeen ook blijkt uit Nederlands onderzoek (Wiersma e.a. 2015; Derks e.a. 2016). De HONOS kan niet worden beschouwd als valide instrument voor alle diagnosecategorieën.

Een van de oorzaken van een gering verband tussen HONOS-scores en zorgconsumptie is natuurlijk dat de HONOS niet is ontworpen om zorgbehoeften vast te leggen. Ernst van problemen vertaalt zich niet 1-op-1 in zorgbehoeften. Opvallend dat men een van de bekendste en nota bene in Engeland ontwikkelde meetinstrumenten voor zorgbehoeften, de *Camberwell Assessment of Need* (Phelan e.a. 1995; 2002) niet heeft ingezet.

De praktijk in Engeland

Op dit moment is PbR in de ggz in Engeland (nog steeds) níét ingevoerd. Er worden wel op grote schaal HONOS-metingen gedaan, maar die hebben geen invloed op de feitelijke bekostiging, zoals door de NHS wordt erkend (Jacobs e.a. 2016).

De Britse psychiaters hebben hun aanvankelijke steun ingetrokken. Het Royal College of Psychiatrists stelt een eerlijk tarief te steunen, maar niet het huidige clustermodel. De leden van het Royal College zijn bezorgd omdat het systeem niet bewezen valide of betrouwbaar is (Royal College of Psychiatrists 2014). Het Engelse model is dus ook in Engeland niet onomstreden. Dat constateerde de directeur van GGZ Nederland, Paul van Rooij, al toen hij zich indertijd in Londen oriënteerde (Van Rooij 2015).

Invoering in Nederland

De invoering van het Engelse model is ter hand genomen, maar wordt niet voor 2020 verwacht (Schippers 2016b). In 2016 zijn pilots en bijeenkomsten georganiseerd waarover de NZa concludeert '*... de uitkomsten waren vooral positief en men was erg enthousiast. De feedback van behandelaren is gebruikt om het model verder aan te scherpen*' (Nederlandse Zorgautoriteit 2016b). In 2017 gaan koplopers daadwerkelijk de clustertool in de praktijk gebruiken en zullen de deelnemers DB(B)C-data en -producten aanleveren zodat vastgesteld kan worden welke behandelactiviteiten in het kader van een zorgcluster worden uitgevoerd.

De werkgroep Inhoud meent dat onderzoek nodig is om vast te stellen hoe de HONOS+-dimensies in de Nederlandse situatie scoren. Maar gezien de complexiteit en het belang van de te trekken conclusies is het duidelijk dat de thans uitgevoerde beperkte pilots onvoldoende zijn om dat vast te stellen. Vooralsnog lijkt het te ontbreken aan onderzoeksplannen die het model werkelijk kunnen toetsen aan eerder opgestelde criteria.

Evaluatie

Wij beoordelen het voorgestelde model aan de hand van de vijf criteria waaraan een nieuwe productstructuur officieel zou moeten voldoen (Nederlandse Zorgautoriteit 2016a):

- Klinische herkenbaarheid. Wij denken niet dat deze in het Engelse model groter wordt. Een clusteraanduiding is niet informatiever dan een diagnostische. Verder draagt het niet bij aan de herkenbaarheid dat het gebruikte instrument volledig door de professional wordt ingevuld en waarbij de patiënt niet eens aanwezig hoeft te zijn.
- Sneller declareren. Het lijkt ons dat dit op een simpelere manier te realiseren is.
- Transparantie. Onvoldoende duidelijk is of er van transparante declaratie sprake zal zijn als de clusters de betaaleenheid worden.
- Waarborgen van privacy. Wij zien niet in hoe de privacy van de patiënt met het Engelse model gebaat is.
- Vermindering van administratieve lasten. Tot slot zullen de administratieve lasten niet verminderen. Het Engelse model ontslaat de zorg er immers niet van om diagnoses te stellen, zoals de NZa ook duidelijk stelt (werkgroep Inhoud 2015, p. 17). Wellicht hoopt en verwacht het veld dat men in de nieuwe structuur verlost wordt van de gehate activiteitenregistratie. Het is echter de vraag of de hedendaagse bureaucratie daarvan af wil of kan zien en het wordt ook nergens beloofd.

Van andere, in een eerder stadium genoemde, belangrijke criteria, zoals bruikbaarheid voor indicatiestelling, volledigheid en kostenhomogeniteit, wordt niet meer gerept.

Conclusie

Het beschikbaar zijn van een solide productstructuur is van groot belang voor een rechtvaardige en beheersbare bekostiging van de ggz. Dit geldt ongeacht de wijze van financiering. De huidige wijze van financiering middels verzekeraars vereist ook nog een eerlijke verevening als onderdeel van de bekostiging. De bestaande productstructuur is beperkt en verdient dat er voortdurend aan gesleuteld wordt. Vooruitgang is te boeken als in de modellen naast de diagnose (DSM-5, ICD-11) ook diagnosespecifieke symptomen (Van Os 2013; Van Os e.a. 2014) en het functioneren (ICF; Hopfe e.a. 2015) worden meegewogen.

Verder verdienen de dimensies persoonlijk herstel, herstelkracht en herstelgeoriënteerde diagnostiek aandacht (Van Hoof e.a. 2014). Een verbeterde productstructuur kan ook niet zonder verbetering van definiëring van activiteiten. Ze zou ook niet moeten bestaan uit patiëntgroepen in probleemclusters, maar uit zorgproducten die differentiëren naar zorgbehoeften van eraan toegewezen patiënten. Dit zijn volgens ons de richtingen waarin en wegen waarlangs verbetering bereikt moet worden.

De radicale ingreep om het bestaande dbc-model geheel overboord te zetten en 'zomaar' uit Engeland een model over te nemen kan volgens ons de toets der kritiek niet doorstaan. Puntsgewijs hebben we de volgende bezwaren:

- Het model functioneert in Engeland (nog) niet, zodat elke ervaring ermee ontbreekt.
- De ggz in Engeland is anders georganiseerd dan die in Nederland (onder andere de verslavingszorg ontbreekt); het model is daarmee onevenwichtig en onvolledig.
- Kostenhomogene zorgclusters, nodig voor een goed financierings- en vereveningsmodel, zijn niet gedefinieerd, laat staan onderbouwd.

– De clusters bestaan uit probleemgroepen in plaats van uit zorgproducten.
– Clustering is gebaseerd op analyses die noch in Engeland, noch hier overtuigen, of überhaupt niet gedaan zijn.
– Het model is niet aantoonbaar herkenbaarder, sneller of transparanter.
– Het is zeer onwaarschijnlijk dat toepassing van het model zal leiden tot lastenverlichting.
– Het model is gebaseerd op één uniform, voor de taak wel erg simplistisch toewijzingsinstrument, dat niet is gebaseerd op assessment van zorgbehoeften en waarbij internationale diagnose-classificatiesystemen zoals de DSM, de ICD en de ICF genegeerd worden.
– Het is de verwachting dat het gebruik van de HONOS+6-items als ondergrond voor financiering het gebruik van ander en beter instrumentarium voor bepaling van zorgvraagzwaarte, triage en toewijzing (bijvoorbeeld de MATE in de verslavingszorg (www.mateinfo.nl), of de *decision tools* van TOPGGZ (www.topggz.nl/decision-tools.html) weg drukt.
– Het meest verontrustend vinden wij dat de professionele ggz bereid lijkt te zijn haar diagnostische expertise geheel los te koppelen van het bekostigingssysteem. Wij menen, met de Britse psychiaters, dat dat ongewenst is en dat de professie zichzelf daarmee geen dienst bewijst.

Wij roepen de Nederlandse ggz-professionals dan ook dringend op zich grondig te bezinnen op de voorgestelde introductie van het Engelse bekostigingssysteem.

LITERATUUR

- Andreas S, Harries-Hedder K, Schwenk W, Hausberg M, Koch U, Schulz H. Is the Health of the Nation Outcome Scales appropriate for the assessment of symptom severity in patients with substance-related disorders? J. Subst Abuse Treat 2010; 39: 32-40.
- Broekman TG, Schippers GM. Vernieuwing productstructuur in de ggz: een kritische analyse. Bêta-prikkel nr.6 2017.
- Derks E, de Weert-van Oene GH, Buwalda V. Het meten van functioneren tijdens een verslavingsbehandeling. Verslaving 2016; 12: 293-308.
- Golay P, Basterrechea L, Conus P, Bonsack C. Internal and predictive validity of the french health of the nation outcome scales: Need for future directions. PLoS One 2016; 11: 9-12.
- Goldney RD, Fisher LJ, Walmsley SH. The Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric hospitalisation: a multicentre study examining outcome and prediction of length of stay. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32: 199-205.
- Gupta Strategists. Het bedrijfsmodel van zorgverzekeraars. Mogelijkheden om te concurreren. 2015.
- Hoof F van, van Erp N, Boumans J, Muusse C. Trendrapportage GGZ Themarapport. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht: Trimbos-instituut; 2014.
- Hopfe M, Stucki G, Marshall R, Twomey CD, Üstün TB, Prodinger B. Capturing patients' needs in casemix: a systematic literature review on the value of adding functioning information in reimbursement systems. BMC Health Serv Res 2015; 16: 40.
- Jacobs R, Chalkley M, Aragón MJ, Böhnke JR, Clark M, Moran V, e.a. Funding of mental health services: do available data support episodic payment ? CHE Research Paper 137. York: CHE; 2016.
- Mulder CL, Staring ABP, Loos J, Buwalda VJA, Kuijpers D, Sytema S, e.a. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) als instrument voor 'routine outcome assessment.' Tijdschr Psychiatr 2004; 46: 273-84.
- Müller M, Vandeleur C, Weniger G, Prinz S, Vetter S, Egger ST. The performance of the Health of the Nation Outcome Scales as measures of clinical severity. Psychiatry Res 2016; 239: 20-7.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Plan van aanpak. Doorontwikkeling productstructuur GGZ / FZ. De stappen naar een nieuw model (2016-2019). Utrecht: NZa; 2016a.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Verbetering bekostigingsmodel ggz en fz: Koplopers gezocht! Utrecht: NZa; 2016b.
- NHS England. Mental Health Clustering Booklet (V5.0) (2016/17). 2016.
- Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ. 2015. https://werkenmetdbcs.nza.nl/documenten-ggz/visiedocumenten/7977-bijlage-3-2-notitie-beleid-visie-doorontwikkeling-productstructuur-ggz/file?lang=nl
- Os J van. Een nieuw diagnostisch systeem voor de psychiatrie? Tijdschr Psychiatr 2013; 55: 962-3.
- Os J van, Lataster T, Delespaul P, Wichers M, Myin-Germeys I. Evidence that a psychopathology interactome has diagnostic value, predicting clinical needs: an experience sampling study. PLoS One 2014; 9: e86652.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, e.a. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. Br J Psychiatry 1995; 167: 589-95.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, e.a. CAN Camberwell Assessment of Need. 2002.
- Rooij P van. Het Engelse model, een dagje Londen. 2015. Available from: http://www.beta.nl/references/het-engelse-model-een-dagje-londen.pdf

- Royal College of Psychiatrists. Royal College of Psychiatrists' Statement on Mental Health Payment Systems (formerly Payment by Results). Londen: Royal College of Psychiatrists; 2014.
- Schippers EI. Herziening zorgstelsel. [Kamerbrief]. Tweede Kamer, vergaderjaar 2015-2016, 29 689, nr. 725. 2016a.
- Schippers EI. Tweede Kamer, vergaderjaar 2016-2017, 25 424, nr. 337. 2016b.
- Self R, Painter J. Study: To improve and demonstrate the structural properties of the care clusters that form the basis of the PbR currency development programme (Care Pathways and Packages Project). 2009.
- Self R, Rigby A, Leggett C, Paxton R. Clinical Decision Support Tool: A rational needs-based approach to making clinical decisions. J Ment Health 2008; 17: 33-48.
- Speak BL, Hay P, Muncer SJ. HoNOS - their utility for payment by results in mental health. Int J Health Care Qual Assur 2015; 28: 115-28.
- Toekomst van de risicoverevening. Position papers ten behoeve van symposium. Den Haag: 2016. https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-774524.pdf
- Twomey C, Prina AM, Baldwin DS, Das-Munshi J, Kingdon D, Koeser L, e.a. Utility of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in predicting mental health service costs for patients with common mental health problems: historical cohort study. PLoS One 2016; 11: 1-15.
- Visser J, Stam P. Een verkenning van de toegevoegde waarde van GGZ intakegegevens in het risico-vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Rotterdam: SiRM; 2012.
- Werkgroep Inhoud. Verkenning doorontwikkeling Productstructuur DB(B)C GGZ/FZ. Het Engelse bekostigingssysteem uitgedaagd. (Concept) Advies werkgroep Inhoud. 2015.
- Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR). WOR Adviezen. 2016a.
- Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR). Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2017. 2016b.
- Werkgroep Zorgvraagzwaarte GGZ. Zorgvraagzwaarte GGZ Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte. 2013.
- Wiersma D, Visser E, Bähler M, Bruggeman R, Delespaul PA, van der Gaag M, e.a. Functionele remissie bij mensen met een ernstige psychiatrische aandoening; psychometrische eigenschappen van een nieuw ROM-instrument. Tijdschr Psychiatr 2015; 57: 395-404.
- Wing J, Curtis RH, Beevor A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Glossary for HoNOS score sheet. Br J Psychiatry 1999; 174: 432-4.
- Zorginstituut Nederland. De nieuwe DSM-5 en de gevolgen voor de verzekering. 2014.
- Zorgverzekeraars Nederland. AO Risicoverevening/risicoselectie. 2005.
- Zorgverzekeraars Nederland. AO GGZ. 2016.

SUMMARY

Why Dutch mental health care practitioners should have second thoughts about adopting the English cluster model

T.G. BROEKMAN, G.M. SCHIPPERS

BACKGROUND Administrators and policymakers in the Netherlands have concluded, after considerable deliberation, that the existing Dutch diagnosis-related group (DRG)-based system of diagnosis treatment combinations for funding mental health care should be replaced by the so-called English model. The details, however, need to be analysed very carefully by Dutch professional health care practitioners.

AIM To make the reader aware of the reasons why the English model should not be adopted in the Netherlands.

METHOD We describe and analyse the English cluster model and the referral instrument (the HoNoS, supplemented by six items) and we demonstrate how it is applied in England. We also describe and analyse the actions and activities pursued by the Dutch Healthcare Authority (NZa) to introduce the model in the Netherlands.

RESULTS There are strong objections to the English model. One of the most important is that the mental health care system will suffer when its connections are severed between its funding sources from internationally recognised and scientifically important classification systems such as DSM, ICD and ICF. Another major objection is that the proposed clustering system is conceptually weak and is not based on convincing analyses. Furthermore, the HoNoS is an instrument for measuring outcomes and is not appropriate for assigning patients to specific types of care. In England the model is very rarely used as an instrument for assigning patients to care.

CONCLUSION Dutch mental health care practitioners should have second thoughts about deciding to adopt the English model.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)11, 702-709

KEY WORDS funding model, DRG-based structure, English model