



Zorginstituut Nederland

Eindrapport evaluatie

Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2

Datum 21 juli 2020
Status Definitief

Colofon

Projectnaam	Evaluatie Advies <i>Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2</i>
Projectnummer	2014143655
Volgnummer	2019062145
Omschrijving	Eindrapport
Versienummer	1.0
Opdrachtgever	Suzan Orlebeke, Teammanager GGZ
Contactpersoon	Fransje van Vlaardingen +31 (0)6 228 739 82
Afdeling	Zorg
Team	Team GGZ
Auteurs	Fransje van Vlaardingen Koen Böcker Liselotte Visser
Periode evaluatie	2011-2017

Inhoudsopgave

	Samenvatting	3
1	Inleiding	5
	1.1 Achtergrond	5
	1.2 Evaluatie	5
	1.3 Evaluatievragen	6
2	Methode	8
	2.1 Beschikbare data	8
	2.2 Referentiejaar	9
3	Resultaten	10
	3.1 Vraag 1: Ontwikkeling niet langer vergoede declaratiecodes	10
	3.2 Vraag 2: Ontwikkeling vergoede declaratiecodes	14
	3.3 Vraag 3: Ontwikkeling 'Aanpassingsstoornissen' 2011	14
	3.4 Vraag 4: Ontwikkeling 'Andere aandoeningen en problemen' 2011	15
4	Conclusies	18
	4.1 Bekostigingskaders worden toegepast in de G-GGZ en S-GGZ	18
	4.2 Verband toename andere diagnosecodes niet duidelijk	18
	4.3 Vervolgacties zijn niet nodig	19
Bijlage	Tijdelijk aanspraak- en beleidswijzigingen G-GGZ (Zvw)	

Samenvatting

Zorginstituut Nederland heeft een evaluatie uitgevoerd van de resultaten van het rapport *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2* uit 2013. Met het advies heeft het Zorginstituut de geneeskundige GGZ (G-GGZ) willen begrenzen en het gepast gebruik binnen de GGZ willen stimuleren. Het beschrijft welke GGZ interventies wel of niet verzekerd worden, uit welk zorgdomein de GGZ interventies geleverd moeten worden en vanuit welke bekostigingskaders interventies bij specifieke GGZ-indicaties vergoed dienen te worden. De toepassing van deze bekostigingskaders in de praktijk was het belangrijkste beoogde resultaat van het advies. Uit deze evaluatie trekt het Zorginstituut de conclusie dat dit resultaat is bereikt. Mede hierdoor en met oog op de actuele ontwikkelingen in de GGZ, waarbij de bekostigingsstructuur opnieuw wordt bezien, gaat het Zorginstituut naar aanleiding van deze evaluatie geen aanvullende vervolgacties inzetten.

In de evaluatie heeft het Zorginstituut specifiek gekeken naar de indicaties die volgens het advies niet langer een grondslag vormen voor de vergoeding van een behandeling vanuit het bekostigingskader van de G-GGZ. Vanwege de mate van verstrengeling met eerdere beleidswijzigingen, hebben we ook gekeken naar de indicaties die al een jaar eerder uitgesloten waren van behandeling in de G-GGZ, zoals de 'Aanpassingsstoornissen' en de 'Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (o.a. V- codes)'. Het gaat om indicaties die relatief lichte psychische klachten betreffen. We hebben analyses uitgevoerd van de declaratiegegevens van zorgverzekeraars en de DIS-data over de periode 2011-2017. Hierbij vermelden we dat de resultaten van de analyses met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd. Meerdere beleids- en wetswijzigingen hebben in dit tijdvak plaatsgevonden. Een overzicht daarvan hebben we in de bijlage opgenomen. Deze wijzigingen kunnen van invloed zijn geweest op de registratiesystemen in de GGZ en daarmee ook op de vergelijkbaarheid van de beschikbare gegevens tussen de verschillende jaren. We kunnen de ontwikkelingen in de declaratiegegevens daardoor niet uitsluitend toeschrijven aan het al dan niet toepassen van het bekostigingskader. Ze vormen wel een goede indicatie daarvoor.

Het Zorginstituut heeft beperkte toegang tot de informatie over de indicatie die ten grondslag ligt aan een gedeclareerde behandeling. Desondanks kunnen we op basis van de analyses ervan uitgaan dat de bekostigingskaders van het *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2* worden toegepast in de praktijk, als ook de eerder uitgesloten diagnoses. Dit geldt in elk geval voor de diagnosecodes waar het Zorginstituut gegevens over heeft, namelijk de 'Aanpassingsstoornissen', de 'Slaapstoornissen', de 'Seksuele disfuncties' en de groep 'Andere aandoeningen en problemen'. Het aantal declaraties voor deze indicaties daalt sterk en na 2015 hebben zorgverzekeraars geen of geringe vergoedingen gedaan in de gespecialiseerde GGZ, conform de verwachting.

Wel hebben we een verschuiving gezien bij nieuwe instroom van verzekerden in de G-GGZ in 2013. In dat jaar neemt het aantal verzekerden namelijk toe bij diagnosecodes waarvoor een behandeling nog wel wordt vergoed vanuit de Zvw. Deze toename is groter dan de afname van het aantal verzekerden die een behandeling kregen met de diagnosecode 'Andere aandoeningen en problemen', die vanaf 2013 niet meer werd vergoed. Op grond van de beschikbare gegevens kan niet meer worden nagegaan of deze toename een directe relatie heeft met de toepassing van het bekostigingskader. We hebben geen nader onderzoek gedaan naar mogelijke alternatieve verklaringen, zoals sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen en de afschaffing van de eigenbijdrageregeling tweedelijns geestelijke gezondheidszorg in de GGZ per 1 januari 2013. Hierdoor valt niet uit te sluiten dat zich onder de toename ook nieuwe patiënten bevinden die voordien met

diagnosecode 'Andere aandoeningen en problemen' of 'Aanpassingsstoornissen' behandeld zouden zijn.

Overigens hebben we bij verzekerden die in 2011 al een behandeling kregen voor 'Aanpassingsstoornissen' of 'Andere aandoeningen en problemen', geen aanwijzingen gevonden voor verschuivingen naar andere diagnosecodes. Het overgrote deel is na de afronding van hun lopende behandeling uitgestroomd. In 2017 is minder dan 10 procent van de verzekerden uit de beide groepen van 2011 nog in behandeling met uiteenlopende diagnosecodes. Hierbij vermoeden we dat zij mogelijk ernstigere psychische klachten bleken te hebben dan in 2011 bekend was, of dat hun klachten in de loop der jaren verergerd zijn.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In aanvulling op het in 2012 uitgebrachte standpunt *Geneeskundige GGZ (deel 1)* heeft de minister van VWS Zorginstituut Nederland gevraagd nader te duiden wat onder de aanspraak geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (G-GGZ) valt. Ook vroeg de minister het Zorginstituut om een advies te geven over de nadere inperking van de indicatie van zorgvormen binnen de G-GGZ die onder de basisverzekering vallen. Dit verzoek leidde tot de publicatie van het rapport *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2*.¹

Met het rapport *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2* heeft het Zorginstituut de G-GGZ willen begrenzen en gepast gebruik binnen de GGZ willen stimuleren. In het rapport beschrijft het Zorginstituut welke GGZ interventies wel of niet verzekerd worden, uit welk zorgdomein de GGZ interventies geleverd moeten worden en vanuit welke bekostigingskaders² interventies bij specifieke GGZ-indicaties (DSM-IV classificaties)³ vergoed dienen te worden.

Met behulp van het overzicht van de bekostigingskaders in het rapport kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gepast gebruik van de G-GGZ bevorderen. Tevens kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders met behulp van dit kader de GGZ begrenzen door de zorg en de interventies vanuit het meest doelmatige bekostigingskader te vergoeden.

1.2 Evaluatie

De toepassing van de bekostigingskaders in de praktijk is het belangrijkste beoogde resultaat van het *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2*. Deze evaluatie gaat na of het beoogde resultaat is bereikt.

Door het advies zijn behandelingen voor sommige stoornissen uitgesloten voor vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gaat om indicaties die relatief lichte psychische klachten betreffen. In de evaluatie gaan we na of dit in de praktijk wordt geëffectueerd. Ook gaan we na of er aanwijzingen zijn voor substitutie, de situatie waarbij zorgaanbieders de geboden zorg voor indicaties die niet langer vergoed worden, zodanig aanpassen dat deze valt binnen een andere declaratiecode die wel in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de Zvw.

Hierbij merken we op dat het G-GGZ veld volop in beweging is geweest in de periode die wij onderzoeken voor deze evaluatie, 2011 tot en met 2017. Er hebben in dit tijdvak meerdere beleids- en wetswijzigingen plaatsgevonden die invloed kunnen hebben gehad op registratiesystemen in de GGZ en daarmee ook op de vergelijkbaarheid van de beschikbare gegevens tussen de verschillende jaren. Zo zijn er wijzigingen geweest op het gebied van de eigen bijdragen, het aantal vergoede zittingen voor een behandeling, het laten vervallen van het onderscheid tussen de eerste en tweedelijns GGZ tegelijk met het invoeren van de nieuwe bekostigingssystematiek generalistische basisGGZ (GB-GGZ) en gespecialiseerde GGZ (S-GGZ) en tenslotte de stelselwijziging van 2015 waarbij de jeugd GGZ onder het gemeentelijk domein is gebracht. In de bijlage staat een overzicht van de wijzigingen. We nemen daarom de nodige behoedzaamheid in acht bij de interpretatie van de resultaten uit deze evaluatie.

¹ Zorginstituut Nederland (2013). *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2*.

² Onder meer huisartsenzorg, generalistische basisGGZ, gespecialiseerde GGZ.

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (2000)

1.3 Evaluatievragen

Op basis van het advies komen behandelingen voor bepaalde diagnoses niet langer in aanmerking voor vergoeding vanuit de Zvw. Daarnaast hebben we gekeken naar de indicaties die al een jaar eerder (2012) uitgesloten waren van behandeling in de G-GGZ). Het betreft diagnoses van de volgende stoornissen volgens de DSM-IV classificatie:

- Aanpassingsstoornissen
- Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (o.a. V-codes)
- Slaapstoornissen
- Seksuele disfuncties
- Angststoornissen – specifieke (enkelvoudige) fobieën⁴

Naar aanleiding van het rapport *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2* verwachten wij dat de declaratiefrequenties met de indicaties 'Angststoornissen – specifieke (enkelvoudige) fobieën' en 'Slaapstoornissen' in de declaratiegegevens in elk geval vanaf 2014 zullen afnemen. Zoals gezegd is de zorg voor 'Aanpassingsstoornissen' al eerder, met ingang van 2012, uitgesloten van vergoeding vanuit de Zvw. Daarvan verwachten we dat de declaratiefrequentie al vanaf 2012 zal afnemen. Voor 'Andere aandoeningen en problemen' verwachten we eveneens dat het aantal declaraties vanaf 2012 zal afnemen. In het standpunt *Geneeskundige GGZ (deel 1)* van april 2012 bepaalde het Zorginstituut namelijk dat 'Andere aandoeningen en problemen' geen indicatie voor G-GGZ zijn.⁵ Naar aanleiding van dit standpunt besloot de minister de hulp bij werk- en relatieproblemen (V-codes) vanaf 2013 expliciet wettelijk uit te sluiten van de verzekerde aanspraak.

Indien de declaratiefrequenties van deze stoornissen afnemen, is dit een aanwijzing voor de toepassing van de bekostigingskaders in de praktijk. Hoewel reeds lopende behandelingen vergoed blijven worden, is het mogelijk dat er substitutie plaatsvindt. Verder willen we mogelijke verschuiving in diagnostiek bij nieuwe instroom van patiënten in de GGZ nagaan. Bijvoorbeeld doordat bepaalde psychische klachten die voorheen onder de bovengenoemde diagnoses vielen, na de uitsluiting van vergoeding vaker onder een andere diagnose alsnog worden behandeld. Daarom willen we ook de ontwikkelingen nagaan bij andere, veel voorkomende indicaties.

Aan de hand van bovenstaande informatie hebben wij de volgende evaluatievragen opgesteld:

1. Wat zijn de declaratiefrequenties en vergoedingen door zorgverzekeraars in de periode 2011-2017 voor de diagnoses van de DSM-IV stoornissen die niet langer vergoed worden vanuit de Zvw: 'Aanpassingsstoornissen', 'Andere aandoeningen en problemen', 'Slaapstoornissen', 'Seksuele disfuncties' en 'Angststoornissen – specifieke (enkelvoudige) fobieën'?
2. Wat zijn de declaratiefrequenties en vergoedingen door zorgverzekeraars in de periode 2011-2017 voor de veel voorkomende diagnoses van andere DSM-IV stoornissen waarvoor de behandeling wel wordt vergoed vanuit de Zvw, zoals 'Angststoornissen' en 'Depressieve stoornissen'?
3. Komen in de groep van verzekerden waarvoor in 2011 uitsluitend declaraties zijn vergoed met de diagnose 'Aanpassingsstoornissen', in de periode 2012-2017 nog declaraties voor van DSM-IV stoornissen waarvoor de behandeling wel wordt

⁴ Het gaat om specifieke fobiën, met uitzondering van bloed- letsel- of injectiefobie of een fobie voor een frequent voorkomende specifieke situatie, mits eerdere behandeling met (niet vergoedde) benzodiazepinen is doorlopen (. Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, p. 52].

⁵ Zorginstituut Nederland (2012). Geneeskundige GGZ (deel 1), p. 20-21.

vergoed vanuit de Zvw, zoals 'Angststoornissen', 'Depressieve stoornissen' en 'Persoonlijkheidsstoornissen'?

4. Komen in de groep van verzekerden waarvoor in 2011 uitsluitend declaraties zijn vergoed met de diagnose 'Andere aandoeningen en problemen', in de periode 2012-2017 nog declaraties voor van DSM-IV stoornissen waarvoor de behandeling wel wordt vergoed vanuit de Zvw, zoals 'Angststoornissen', 'Depressieve stoornissen' en 'Persoonlijkheidsstoornissen'?

2 Methode

Voor de beantwoording van de evaluatievragen zijn we nagegaan welke gegevens beschikbaar zijn. Om de gegevens te kunnen analyseren, hebben we voor de onderzochte maatregelen de referentie jaren vastgesteld.

2.1 Beschikbare data

Voor het beantwoorden van deze vragen heeft het Zorginstituut gebruik gemaakt van declaratiedata. Deze worden door twee partijen aangeleverd:

- Door de zorgaanbieders, die via de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gegevens aanleveren aan het DBC Informatie Systeem (DIS)
- Door de zorgverzekeraars, via Vektis. Hierin zijn alleen de gegevens van de vergoede declaraties opgenomen.

Het betreft de gegevens van de G-GGZ tot en met 2013 en de gegevens van S-GGZ vanaf 2014. In 2014 is de bekostiging van de G-GGZ namelijk uitgesplitst in de GB-GGZ en de S-GGZ. We gebruiken voor de analyses alleen de declaratiegegevens van verzekerden van 18 jaar en ouder. Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 en de daaruit voortvloeiende transitie van jongeren tot 18 jaar vanuit de GGZ naar gemeenten beschikt het Zorginstituut namelijk niet meer over declaratiegegevens van deze leeftijdsgroep. Om de data van de verschillende jaren in de evaluatieperiode met elkaar te kunnen vergelijken, hebben we voor de analyses alleen de declaratiegegevens van verzekerden van 18 jaar en ouder geselecteerd over de gehele periode 2011-2017.

De gegevens uit DIS zijn over het algemeen later beschikbaar dan die van Vektis en worden niet door alle zorgaanbieders volledig aangeleverd. Wel bevatten de DIS-gegevens gedetailleerdere GGZ-informatie. Echter, de DIS-data geven geen inzicht in de vergoeding van de declaraties door zorgverzekeraars. Daarom gebruiken we voor de beantwoording van de onderzoeksvragen voornamelijk de data van Vektis. Deze zijn minder gedetailleerd, maar bevatten gegevens van alle zorgaanbieders, zijn eerder beschikbaar en geven inzicht in de vergoede declaraties.

Het verschil in gedetailleerdheid heeft onder andere betrekking op de diagnosecodes. Ten behoeve van het declareren van geleverde zorg heeft de NZa diagnosecodes vastgesteld voor alle stoornissen volgens de in de GGZ gebruikte DSM-IV. Met deze diagnosecode kan het Zorginstituut de declaratiefrequentie voor behandelingen bij verschillende diagnoses nagaan. In DIS reflecteren de diagnosecodes de DSM-IV classificatie. De zorgverzekeraars ontvangen ten behoeve van de vergoeding van geleverde zorg alleen informatie over een beperkt aantal diagnosehoofdgroepen die niet volledig overeenkomen met de hoofdstukken uit de DSM-IV.

'Aanpassingsstoornissen' en 'Andere aandoeningen en problemen' zijn diagnosehoofdgroepen. Voor de analyses hebben we de data van Vektis gebruikt. Ook hebben we een vergelijking gemaakt met de DIS gegevens voor deze hoofdgroepen om na te gaan of er declaraties zijn die niet door de zorgverzekeraars zijn vergoed.

De 'Slaapstoornissen' uit DSM-IV hebben geen eigen diagnosehoofdgroep in de Vektis-data van de zorgverzekeraars. Om toch inzicht te krijgen in de ontwikkelingen bij deze diagnoses, voeren we de analyse in twee stappen uit. We selecteren eerst in DIS de GGZ DBC's met de diagnosecodes die onder 'Slaapstoornissen' vallen. Vervolgens controleren we in de Vektis-data van de zorgverzekeraars of zij deze DBC's hebben vergoed.

Ook de 'Seksuele stoornissen' uit DSM-IV hebben geen eigen diagnosehoofdgroep in de declaratiegegevens die de zorgverzekeraars van de zorgaanbieders ontvangen en via Vektis aanleveren. Om toch inzicht te krijgen in de ontwikkelingen bij deze diagnoses, voeren we de analyse in drie stappen uit. We selecteren eerst in DIS de GGZ DBC's met de diagnosecodes die onder 'Seksuele stoornissen' vallen.

Vervolgens maken we onderscheid tussen

- diagnosecategorieën die nog wel voor vergoeding in aanmerking komen, de zogenaamde parafilieën, met inbegrip van pedofilie, de genderidentiteitsstoornissen en hyperseksualiteit. Bij die laatste categorie doet zich het probleem voor dat deze in de DSM-IV vallen onder seksuele stoornissen NAO, die niet verder gespecificeerd zijn.
- diagnosecategorieën die niet meer voor vergoeding in aanmerking komen (de seksuele disfuncties).

Ten slotte controleren we in de Vektis-data van de zorgverzekeraars, voor zowel de wel als niet voor vergoeding in aanmerking komende DBC's, of de gedeclareerde DBC's daadwerkelijk zijn vergoed.

Voor 'Angststoornissen – specifieke (enkelvoudige) fobieën' gaat de specificatie van het advies verder dan hetgeen in de DSM-IV beschreven wordt, namelijk of de fobie een veel of weinig voorkomende situatie betreft. Dit onderscheid is dan ook niet in de diagnosecodes opgenomen. Dit betekent dat we hier geen gegevens over hebben. Daarom laten we de 'Angststoornissen – specifieke (enkelvoudige) fobieën' bij de evaluatie verder buiten beschouwing.

2.2 Referentiejaar

Het referentiejaar is het jaar dat voorafgaat aan de wijzigingen in de vergoeding van zorg. Om trends in de declaratiegegevens te identificeren, hebben wij data uit verschillende jaren vergeleken met elkaar en met een referentiejaar. Aangezien de 'Aanpassingsstoornissen' reeds op 1 januari 2012 geen grondslag voor Zvw-bekostiging meer vormen, gebruiken we voor deze stoornissen de gegevens over het jaar 2011 als referentiejaar. Voor 'Andere aandoeningen en problemen' zijn de wijzigingen verspreid over 2012 en 2013 ingegaan, zodat hier eveneens 2011 het referentiejaar is. Voor 'Slaapstoornissen' en 'Seksuele disfuncties' zijn de wijzigingen na verschijning van het rapport in 2013 ingegaan en is 2012 het referentiejaar.

3 Resultaten

Aan de hand van de uitkomsten van de analyse bespreken we de resultaten en beantwoorden de evaluatievragen. De beschikbare gegevens staan weergegeven in tabellen en figuren.

3.1 **Vraag 1: Ontwikkeling niet langer vergoede declaratiecodes**

Uit de analyses blijkt dat het aantal verzekerden, waarvoor declaraties vergoed zijn door zorgverzekeraars voor de 'Aanpassingsstoornissen' en 'Andere aandoeningen en problemen', in de periode 2011-2017 conform de verwachting sterk is gedaald. Na 2015 zijn door zorgverzekeraars geen vergoedingen voor deze hoofdgroepen meer gedaan. Ook is het aantal vergoede declaraties voor 'Slaapstoornissen' en 'Seksuele disfuncties' na 2013 sterk gedaald.

Aanpassingsstoornissen

Uit de declaratiegegevens van Vektis in tabel 1 (met grafische weergave in figuur 1a) blijkt dat zorgaanbieder in 2011 voor ruim 33 duizend verzekerden zorg in de hoofdgroep 'Aanpassingsstoornissen' hebben gedeclareerd. In 2012, het eerste jaar waarin de zorg voor deze stoornis niet langer wordt vergoed vanuit de Zvw, daalt het aantal naar een paar honderd. In de jaren daarna komen er minder dan tien declaraties voor en vanaf 2015 daalt het aantal naar nul. De bijbehorende vergoede kosten (figuur 2a en tabel 2) dalen van 94 miljoen euro in 2011, naar minder dan een miljoen tot nul vanaf 2015.

De declaratiegegevens uit DIS in tabel 3 geven een vergelijkbare dalende trend weer, hoewel het aantal verzekerden waarvoor declaraties voor 'Aanpassingsstoornissen' zijn ingediend niet helemaal naar nul daalt. Deze zijn niet vergoed door de zorgverzekeraars, aangezien in de Vektis-data vanaf 2015 geen declaraties voor 'Aanpassingsstoornissen' voorkomen.

Andere aandoeningen en problemen

Het aantal verzekerden in zorg voor een 'Andere aandoeningen en problemen' daalt in de Vektis-data iets minder snel van ruim 45 duizend in 2011 naar 20 duizend in 2012, tot 0 in de daarop volgende jaren. De bijbehorende kosten dalen van 113 miljoen euro in 2011 en 48 miljoen euro in 2012 tot uiteindelijk tot 0 euro.

In DIS is het aantal verzekerden waarvoor zorgaanbieders declaraties 'Andere aandoeningen en problemen' indienen hoger. Maar uit de Vektis-data blijkt dat deze niet zijn niet vergoed door de zorgverzekeraars.

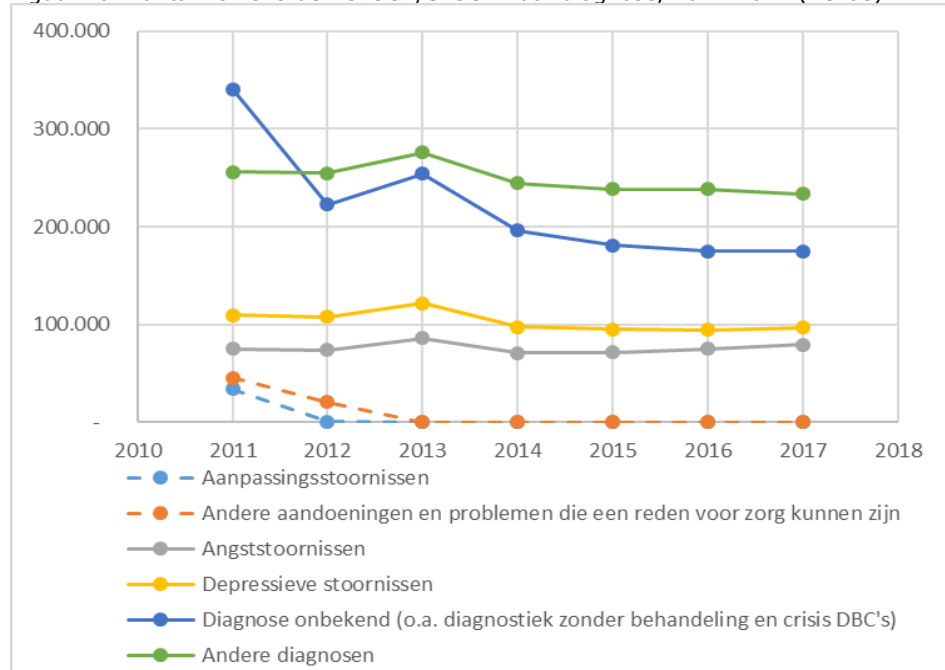
Slaapstoornissen

De aanspraak voor G-GGZ voor 'Slaapstoornissen' veranderde pas na publicatie van het advies in 2013. De gegevens in figuur 1b en tabel 1 laten zien dat het aantal patiënten met een vergoede DBC in het hoofdstuk 'Slaapstoornissen' van de DSM-IV van 1.198 in het referentiejaar 2012 daalt tot 275 in 2016, het laatste jaar met nagenoeg complete gegevens met betrekking tot deze stoornissen. Dit is een daling van bijna driekwart van het aantal patiënten. In diezelfde periode daalde de kosten van 1,5 miljoen euro tot 0,5 miljoen euro (tabel 2).

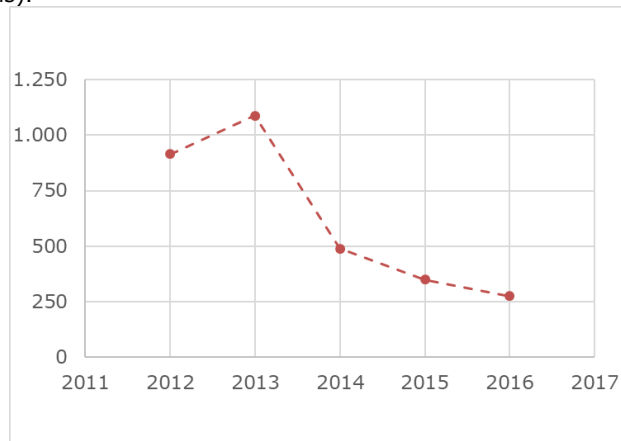
Seksuele disfuncties

Ook de aanspraak voor G-GGZ voor 'Seksuele disfuncties' veranderde pas na publicatie van het advies in 2013. De gegevens (figuur 1c en tabel 1) laten zien dat het aantal patiënten met een vergoede DBC voor 'Seksuele disfuncties' van de DSM-IV daalt van 1.593 in het referentiejaar 2012 tot 95 in 2016, het laatste jaar met nagenoeg complete gegevens met betrekking tot deze stoornissen. Dit is een daling van bijna 95 procent van het aantal patiënten. In diezelfde periode daalden de kosten van 2,2 miljoen euro tot 0,2 miljoen euro.

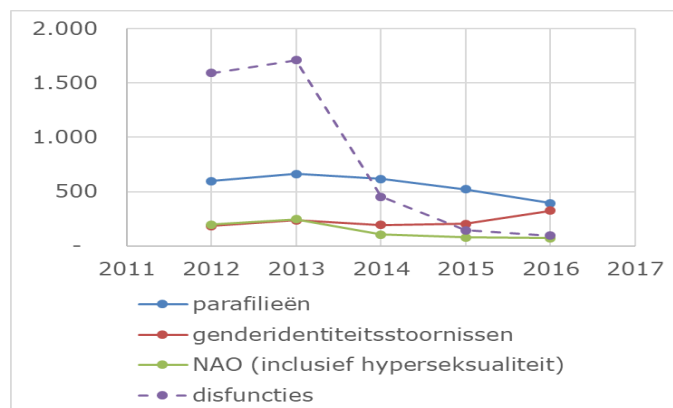
Figuur 1a. Aantal verzekerden G-GGZ/S-GGZ naar diagnose, 2011-2017 (Vektis)



Figuur 1b. Aantal verzekerden G-GGZ/S-GGZ met een DBC 'Slaapstoornissen', 2012-2016 (Vektis).



Figuur 1c. Aantal verzekerden G-GGZ/S-GGZ met een DBC in de categorie 'Seksuele stoornissen', 2012-2016 (Vektis).



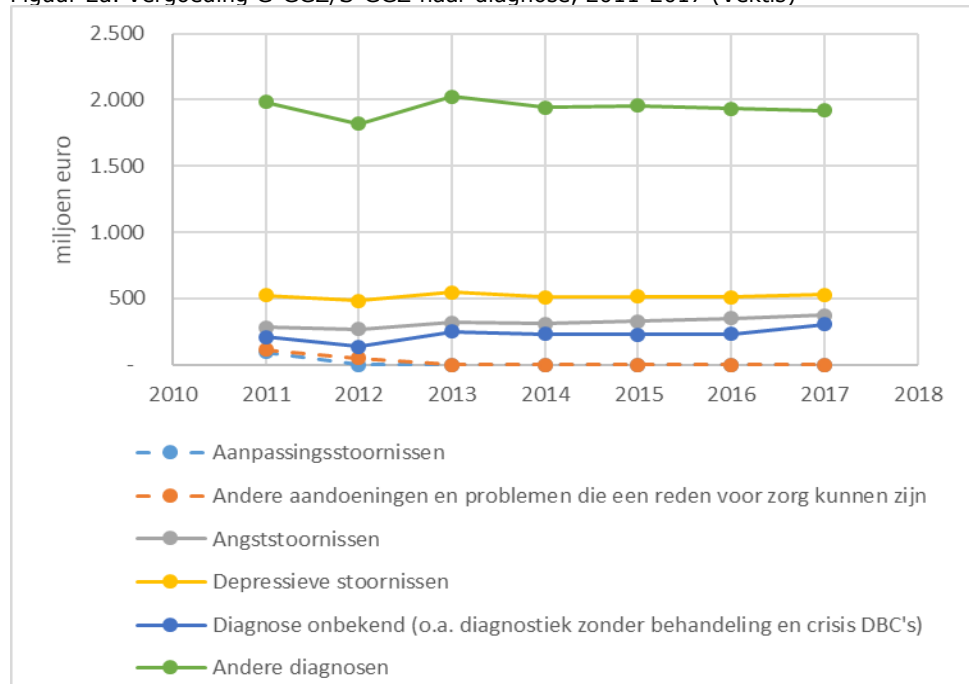
Tabel 1. Aantal verzekerden G-GGZ/S-GGZ naar diagnose, 2011-2017 (Vektis)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aanpassingsstoornissen	33.615	407	1	6	-	-	-
Andere aandoeningen en problemen	45.524	20.406	121	17	1	-	-
Slaapstoornissen	niet bekend	914	1.088	489	349	275	niet beschikbaar
Seksuele disfuncties	niet bekend	1.593	1.712	452	144	95	niet beschikbaar
Overige seksuele stoornissen	niet bekend	974	1.146	914	802	790	niet beschikbaar
Angststoornissen	75.020	73.891	85.597	70.484	71.613	75.116	79.495
Depressieve stoornissen	109.607	107.884	121.553	97.446	95.155	94.543	96.579
Diagnose onbekend (o.a. diagnostiek zonder behandeling en crisis DBC's)	340.613	222.988	254.429	196.155	180.775	174.837	174.612
Andere diagnoses	256.062	251.581	272.204	242.729	237.462	237.036	233.447

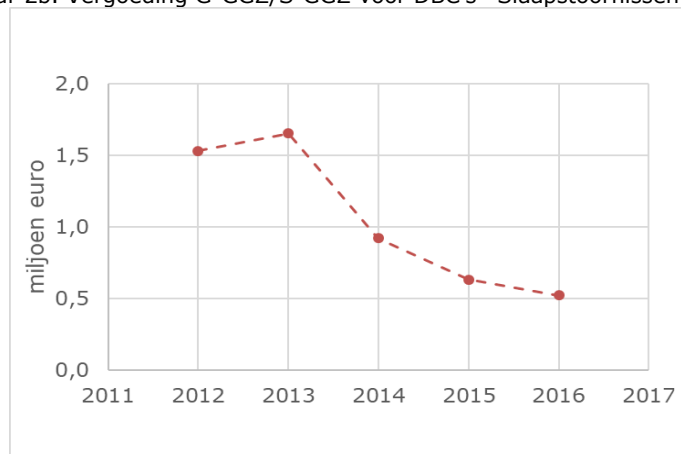
Tabel 2. Vergoeding G-GGZ/S-GGZ naar diagnose, 2011-2017 (x 1 miljoen euro, Vektis)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aanpassingsstoornissen	94	1	0	0	-	-	-
Andere aandoeningen en problemen	113	48	0	0	0	-	-
Slaapstoornissen	niet bekend	2	2	1	1	1	niet beschikbaar
Seksuele disfuncties	niet bekend	2	3	1	0	0	niet beschikbaar
Overige seksuele stoornissen	niet bekend	3	3	3	3	3	niet beschikbaar
Angststoornissen	282	269	318	311	328	351	375
Depressieve stoornissen	523	481	547	510	516	508	527
Diagnose onbekend (o.a. diagnostiek zonder behandeling en crisis DBC's)	209	134	249	230	229	230	303
Andere diagnoses	1.984	1.818	2.022	1.942	1.957	1.933	1.920

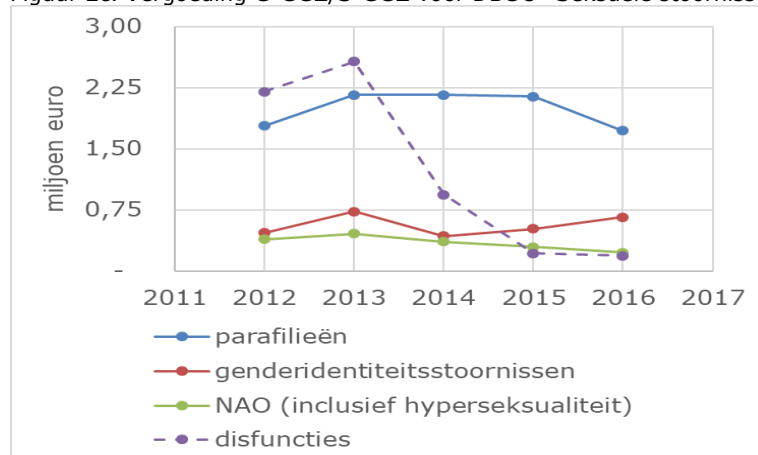
Figuur 2a. Vergoeding G-GGZ/S-GGZ naar diagnose, 2011-2017 (Vektis)



Figuur 2b. Vergoeding G-GGZ/S-GGZ voor DBC's 'Slapstoornissen', 2012-2016 (Vektis).



Figuur 2c. Vergoeding G-GGZ/S-GGZ voor DBC's 'Seksuele stoornissen', 2012-2016 (Vektis).



Tabel 3. Aantal verzekerden G-GGZ/S-GGZ naar diagnose, 2012-2017 (DIS)

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aanpassingsstoornissen	niet bekend		2.753	765	222	164	207	148
Andere aandoeningen en problemen	niet bekend		25.273	1.756	336	254	185	198
Slaapstoornissen	niet bekend		1.198	1.361	711	597	396	niet beschikbaar
Seksuele disfuncties	niet bekend		1.958	2.057	567	220	149	niet beschikbaar

3.2

Vraag 2: Ontwikkeling vergoede declaratiecodes

Uit de analyses blijkt dat het aantal verzekerden, waarvoor declaraties en vergoedingen door zorgverzekeraars zijn gedaan voor de veel voorkomende diagnoses, in 2013 een stijging vertoont die groter is dan de daling van het aantal verzekerden bij 'Andere aandoeningen of problemen'.

De gegevens (figuur 1a en tabel 1) laten zien dat de afname van verzekerden in de diagnosehoofdgroepen 'Aanpassingsstoornissen' of 'Andere aandoeningen of problemen' in 2012, niet gepaard gaat met een evenredige stijging van het aantal verzekerden met depressieve en angststoornissen. In 2013 neemt de declaratiefrequentie met deze indicaties en ook bij overige diagnosecodes wel toe, om daarna in 2014 weer af te nemen. Deze daling wordt hoogstwaarschijnlijk veroorzaakt door de invoering van de GB- GGZ en de S-GGZ, waarbij een verschuiving heeft plaatsgevonden van de S-GGZ naar de GB-GGZ. Naast de verzekerden met declaraties voor de diagnosehoofdgroep 'Andere diagnoses', is er ook een groot aantal verzekerden met een declaratie zonder diagnose (code 000), dit betreft onder meer diagnostiek zonder behandeling en crisisinterventies. Het is niet vast te stellen op basis van de beschikbare gegevens welke eventuele relatie er bestaat tussen de toename bij de diagnosecodes die nog wel vanuit de Zvw worden vergoed en de toepassing van de bekostigingskaders.

Tabel 2 (met grafische weergave in figuur 2a) geeft de door zorgverzekeraars vergoede bedragen weer voor de declaraties. Vanaf 2014 daalt het aantal verzekerden met een depressieve of angststoornis en andere diagnoses, terwijl de vergoede bedragen niet mee dalen of zelfs stijgen. Dit valt samen met de uitsplitsing van de G-GGZ in de GB-GGZ en S-GGZ. De S-GGZ is bedoeld voor complexere zorg. De patiënten met een niet-complexe zorgvraag zijn met ingang van 2014 ingestroomd bij de GB-GGZ.

3.3

Vraag 3: Ontwikkeling 'Aanpassingsstoornissen' 2011

Van de verzekerden die in 2011 in de G-GGZ uitsluitend zijn behandeld voor 'Aanpassingsstoornissen', stroomt bijna 80 procent uit per 2012. Voor de resterende groep verzekerden die nog wel behandeling krijgt in de G-GGZ, ontvangen zorgverzekeraars voornamelijk declaraties met andere indicaties. Na de splitsing van de G-GGZ neemt de het aantal verzekerden waarvoor nog S-GGZ-zorg wordt gedeclareerd en vergoed door zorgverzekeraars, verder af. In 2017 is dat minder dan 10 procent van de verzekerden van de oorspronkelijke groep in 2011.

Om na te gaan welke ontwikkelingen zich hebben voorgedaan bij de declaratiegegevens van de verzekerden die in 2011 uitsluitend in de GGZ behandeld zijn voor 'Aanpassingsstoornissen', hebben we een cohortanalyse gedaan. In 2011 zitten 28.269 verzekerden uitsluitend in de hoofdgroep 'Aanpassingsstoornissen'

(figuur 3 en tabel 4). In 2013 vergoeden zorgverzekeraars geen enkele declaratie meer voor aanpassingsstoornissen in deze groep. Wel zijn er declaraties in andere hoofdgroepen voor de nog niet uitgestroomde verzekerden in 2012 en 2013. Na uitsplitsing van de G-GGZ in GB-GGZ en S-GGZ in 2014 wordt de groep kleiner, 3.716 verzekerden, 13 procent van de oorspronkelijke groep. In 2017 vergoeden zorgverzekeraars nog behandelingen in de S-GGZ voor de resterende 9 procent. Het bedrag van de bijbehorende, vergoede declaraties daalt van 72 miljoen in 2011 tot 16 miljoen euro in 2017.

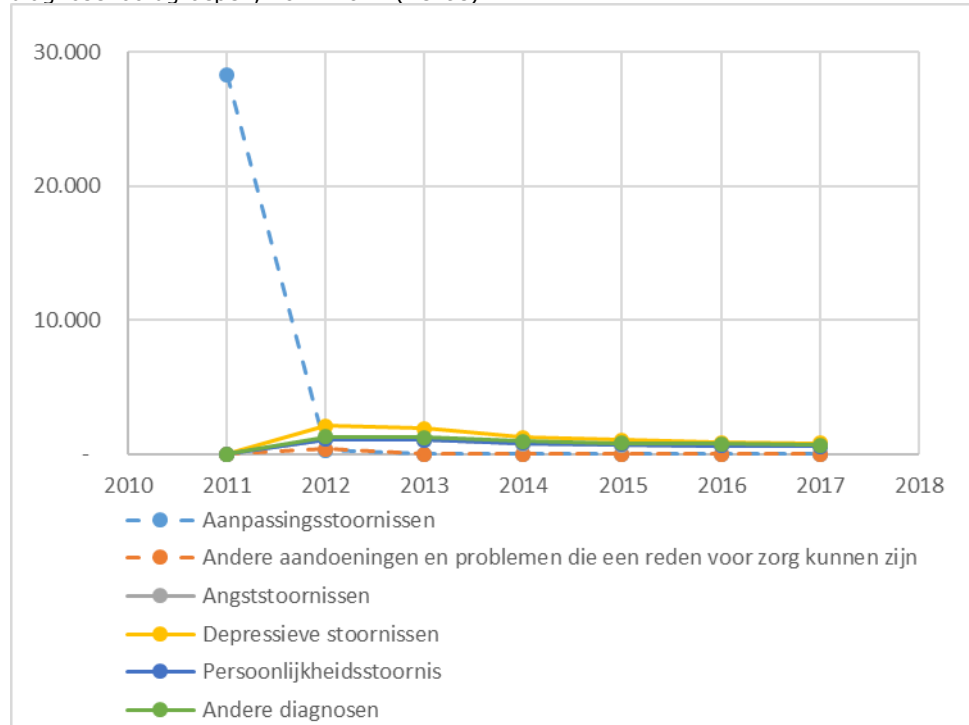
3.4

Vraag 4: Ontwikkeling 'Andere aandoeningen en problemen' 2011

Van alle verzekerden die in 2011 in de GGZ uitsluitend zijn behandeld voor 'Andere aandoeningen en problemen', stroomt 72 procent uit per 2012. In 2013 is de resterende groep ruim gehalveerd. Zorgverzekeraars ontvangen en vergoeden daarna voor vrijwel niemand nog declaraties voor 'Andere aandoeningen en problemen'. De overblijvende verzekerden zijn in behandeling voor andere indicaties. Na de splitsing van de G-GGZ in 2014 neemt het aantal verzekerden waarvoor nog S-GGZ-zorg wordt gedeclareerd en vergoed door zorgverzekeraars, verder af. In 2017 krijgt een op de tien verzekerden van de oorspronkelijke groep in 2011 nog een behandeling in de S-GGZ.

Voor de groep verzekerden die in 2011 uitsluitend in de GGZ zijn behandeld voor 'Andere aandoeningen en problemen' hebben we een cohortanalyse gedaan. In 2011 zitten 40.485 verzekerden uitsluitend in de hoofdgroep 'Andere aandoeningen en problemen' (figuur 4 en tabel 5). Nadat in 2012 bijna driekwart van deze groep (cohort) is uitgestroomd, zijn er nog 5.785 in zorg in dezelfde hoofdgroep en 5.360 in een andere. In 2013 vergoeden zorgverzekeraars nauwelijks nog declaraties voor 'Andere aandoeningen en problemen'. Wel stijgt het aantal verzekerden waarvoor zorgverzekeraars declaraties met een andere indicatie vergoeden. Na uitsplitsing van de G-GGZ in GB-GGZ en S-GGZ in 2014 wordt de groep kleiner, dan resteert nog 13 procent. In 2017 is nog steeds bijna 10 procent van de oorspronkelijke groep van 40.485 verzekerden in zorg in andere hoofdgroepen. Het bedrag van de bijbehorende, vergoede declaraties daalt van 99 miljoen euro in 2011 en 40 miljoen euro in 2012 tot 23 miljoen euro in 2017.

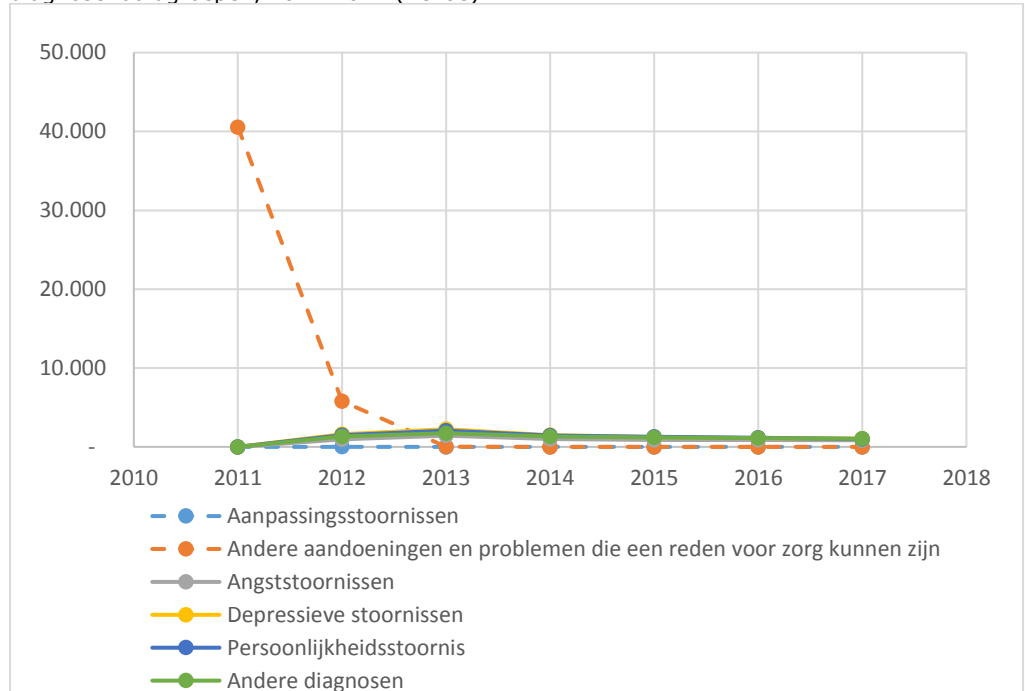
Figuur 3. Verloop 'Aanpassingsstoornissen' 2011 in de G-GGZ/S-GGZ naar diagnosehoofdgroepen, 2011-2017 (Vektis)



Tabel 4. Verloop 'Aanpassingsstoornissen' 2011 in de G-GGZ/S-GGZ naar diagnosehoofdgroepen, 2011-2017 (Vektis)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aanpassingsstoornissen	28.269	254	-	-	-	-	-
Andere aandoeningen en problemen	-	363	2	-	-	-	-
Angststoornissen	-	1.097	1.063	744	658	634	599
Depressieve stoornissen	-	2.097	1.899	1.214	1.042	874	799
Persoonlijkheidsstoornissen	-	1.077	1.058	822	727	621	557
Andere diagnoses	-	1.274	1.249	936	789	748	669

Figuur 4. Verloop 'Andere aandoeningen en problemen' 2011 in de G-GGZ/S-GGZ naar diagnosehoofdgroepen, 2011-2017 (Vektis)



Tabel 5. Verloop 'Andere aandoeningen en problemen' 2011 in de G-GGZ/S-GGZ naar diagnosehoofdgroepen, 2011-2017 (Vektis)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aanpassingsstoornissen	-	3	-	-	-	-	-
Andere aandoeningen en problemen	40.548	5.785	37	-	-	-	-
Angststoornissen	-	951	1.423	1.015	876	864	830
Depressieve stoornissen	-	1.608	2.238	1.481	1.236	1.107	1.019
Persoonlijkheidsstoornissen	-	1.472	2.059	1.450	1.260	1.150	1.002
Andere diagnoses	-	1.326	1.737	1.306	1.179	1.113	1.028

4 Conclusies

Op basis van analyses van de beschikbare gegevens en de antwoorden op de evaluatievragen trekken we conclusies over de realisatie van het belangrijkste beoogde resultaat van het *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2*, inclusief conclusies over de beleidswijzigingen die zijn voortgekomen uit de publicatie van het standpunt *Geneeskundige GGZ (deel 1)*.

4.1 **Bekostigingskaders worden toegepast in de G-GGZ en S-GGZ**

Ondanks dat de resultaten van de analyses met de nodige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd, kunnen we op basis van de beschikbare gegevens concluderen dat de bekostigingskaders van het *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2* worden toegepast in de praktijk. Het blijkt namelijk dat het aantal verzekerden waarvoor declaraties zijn gedaan voor de behandeling voor de betreffende stoornissen in de S-GGZ sterk is afgenomen. Verzekerden waarvoor de behandeling eerder al werd gestart, konden hun lopende behandeling wel afronden. Dit verklaart het uitloop-effect in de vergoede declaraties in de periode 2012-2015. Na 2015 zijn door zorgverzekeraars geen behandelingen meer vergoed voor 'Aanpassingsstoornissen' en 'Andere aandoeningen en problemen'. Bij 'Slaapstoornissen' en 'Seksuele disfuncties' dalen de vergoedingen eveneens aanzienlijk. Aangezien het aantal verzekerden in deze vier diagnosegroepen reeds in het jaar na het ingezette beleid zeer gering is, heeft het Zorginstituut de gegevens vanaf 2014 over de GB-GGZ niet nader geanalyseerd. Over de toepassing van de bekostigingskaders voor 'Angststoornissen – specifieke (enkelvoudige) fobieën' kunnen we geen uitspraken doen. Het Zorginstituut beschikt niet over de benodigde gegevens van deze stoornissen. Gedurende het onderzochte tijdvak hebben ook andere beleids- en wetswijzigingen plaatsgevonden. Deze wijzigingen kunnen van invloed zijn geweest op de vergelijkbaarheid van de beschikbare gegevens tussen de verschillende jaren. We kunnen de ontwikkelingen van de declaratiegegevens daardoor niet uitsluitend toeschrijven aan het al dan niet toepassen van het bekostigingskader. Ze vormen wel een goede indicatie daarvoor.

4.2 **Verband toename andere diagnosecodes niet duidelijk**

We zien in de onderzoeksperiode wel verschuivingen in diagnosecodes, maar we hebben geen relatie met het ingezette beleid kunnen constateren. Zo komt uit de analyses naar voren dat in 2013 het aantal verzekerden toeneemt waarvoor een behandeling is gedeclareerd voor stoornissen waarvoor de vergoeding vanuit de Zvw ongewijzigd blijft. Die toename is groter dan de afname van het aantal verzekerden met declaraties voor 'Andere aandoeningen en problemen', waarvoor het gewijzigde beleid in datzelfde jaar van start is gegaan. Er valt niet uit te sluiten dat zich onder de toename ook nieuwe patiënten bevinden die voordien met diagnosecode 'Andere aandoeningen en problemen' of 'Aanpassingsstoornissen' behandeld zouden zijn. Dit valt niet meer na te gaan aan de hand van de beschikbare gegevens. Andere mogelijke alternatieve verklaringen voor de toename kunnen zijn gelegen in de sociaal-maatschappelijke ontwikkelingen rond de economische crisis in die periode en het afschaffen van de eigenbijdrageregeling tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (zowel voor behandelingen als voor verblijf in een instelling) per 1 januari 2013. De toename in 2013 was tijdelijk, daarna daalde in 2014 het totaal aantal patiënten in de S-GGZ tot onder het niveau van de G-GGZ in 2012 vanwege de introductie van de GB-GGZ. Bij de verzekerden die direct voorafgaand aan de uitsluiting van vergoeding uit de Zvw van 'Aanpassingsstoornissen' en 'Andere aandoeningen en problemen' een behandeling hiervoor kregen, hebben we geen aanwijzingen van substantiële substitutie van diagnosecode gevonden. Deze verzekerden konden hun reeds

lopende behandeling op gebruikelijke wijze afronden. We zijn in beide groepen verzekerden nagegaan welke declaraties voor de S-GGZ er zijn vergoed door zorgverzekeraars. Het overgrote deel van deze groepen verzekerden (in beide groepen 87 procent) krijgt na 2013 geen behandeling meer in de S-GGZ, ook niet met andere diagnosecodes. Van de verzekerden die nog wel een behandeling in de S-GGZ krijgen, vermoeden we dat zij mogelijk ernstigere psychische klachten bleken te hebben dan in 2011 bekend was, of dat hun klachten in de loop der jaren verergerd zijn. In 2017 is minder dan 10 procent van de verzekerden uit de beide groepen van 2011 nog in behandeling met uiteenlopende diagnosecodes. In 2013 zijn de patiëntaantallen met de diagnoses 'Aanpassingsstoornissen' en 'Andere aandoeningen en problemen' zo laag geworden (enkele tientallen) dat we hebben afgezien van een aanvullend onderzoek naar de mogelijke, voortgezette behandeling van deze patiënten in de GB-GGZ, toen deze in 2014 werd ingevoerd.

4.3 Vervolgacties zijn niet nodig

Deze evaluatie geeft voldoende inzicht in de toepassing van de bekostigingskaders. Het Zorginstituut vindt vervolgacties om meerdere redenen niet nodig:

- Voor zover we hebben kunnen onderzoeken, blijken de bekostigingskaders te worden toegepast. Daarmee is het belangrijkste beoogde resultaat behaald van het *Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2*.
- De waargenomen toename in 2013 bij diagnosecodes die nog wel uit de Zvw worden vergoed, kan niet eenduidig worden opgehelderd met behulp van aanvullend onderzoek, vanwege de vele beleidswijzigingen in deze periode.
- Er hebben zich binnen de groepen verzekerden met een reeds lopende behandeling in 2011 voor 'Aanpassingsstoornissen' of 'Andere aandoeningen en problemen' geen opvallende verschuivingen voorgedaan naar andere diagnosecodes binnen de S-GGZ.
- Na de opsplitsing van de G-GGZ in GB-GGZ en S-GGZ hebben beroepsverenigingen in 2016 aanvullende afspraken gemaakt over het verwijzen en behandelen van mensen met psychische klachten. Uit deze afspraken vloeit voort dat verzekerden met lichtere psychische klachten en aandoeningen met hun hulpvraag hoofdzakelijk huisartsenzorg krijgen aangeboden.⁶
- Partijen in de GGZ voeren momenteel met de NZa een herziening van de bekostigingsstructuur uit.

Op basis van de inzichten uit deze evaluatie en de actuele ontwikkelingen in de GGZ, acht het Zorginstituut aanvullende vervolgacties niet opportuun.

⁶ Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis GGz en gespecialiseerde GGz (LGA), Akwa GGZ, 31 maart 2016.

Bijlage Tijdelijk aanspraak- en beleidswijzigingen G-GGZ (Zvw) periode 2011 tot en met 2017

1-1-2011	Geen wijzigingen in de aanspraken.
1-1-2012 aanspraken	<ul style="list-style-type: none"> > Invoering eigen bijdrage in de tweede lijn > Invoering eigen bijdrage voor verblijf > Verhoging eigen bijdrage EPZ > Verlaging aantal zittingen EPZ van 8 naar 5 per kalenderjaar. > Wettelijke uitsluiting behandeling van aanpassingsstoornissen als te verzekeren prestatie
1-1-2012 Andere maatregelen	<ul style="list-style-type: none"> > Scherpere inkoop zorgverzekeraars door budgettering alle GGZ-aanbieders (invoering omzetplafonds) > Zelf betalen no-show
6-4-2012 Standpunt CVZ	<p>CVZ-rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 1)' <i>Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> > Onderscheid klachten en stoornissen; Standpunt V-codes geen verzekerde zorg (waaronder behandeling werk- en relatieproblemen) <p>In het rapport wordt ingegaan op tal van activiteiten die niet tot de te verzekeren zorg behoren, o.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Hulp bij werk en relatieproblemen <i>(advies standpunt te verduidelijken in de wet- en regelgeving)</i> > Behandeling aanpassingsstoornissen <i>(geen aanleiding tot heroverweging eerdere maatregel)</i> > Psychosociale hulp > Zorg bij leerstoornissen > Bepaalde interventies > etc.
18-6-2012 Afspraken minister VWS met partijen	<p>Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 Afspraken over o.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Versterking POH/GGZ > Invoering basis GGZ en gespecialiseerde GGZ > Afbouw beddenscapaciteit met 30% (ambulantisering).
1-1-2013 aanspraken	<ul style="list-style-type: none"> > Wettelijke uitsluiting hulp bij werk- en relatieproblemen <i>(bevestiging eerdere standpunt)</i> > De eigenbijdrageregeling tweedelijns geestelijke gezondheidszorg wordt afgeschaft; zowel voor behandelingen als voor verblijf. De eigenbijdrageregeling voor EPZ blijft gehandhaafd.
11-7-2013 Standpunt CVZ	<p>CVZ-rapport 'Geneeskundige GGZ (deel 2)' <i>Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?</i></p> <p>In dit rapport geeft ZIN aan ten laste van welk financieel kader GGZ interventies gebracht moeten worden; Zvw</p>

	(huisartsenzorg/medisch specialistische zorg (somatisch), geneeskundige GGZ) of ander domein). Ook is een overzicht van interventies opgenomen die wel of niet tot de te verzekeren zorg Zvw behoren).
16-7-2013 Afspraken minister VWS met partijen	<p>Verlenging Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ tot einde 2017</p> <p>Diverse afspraken over o.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Kwaliteit en gepast gebruik > Transparantie en informatievoorziening > Zorgvraagzwaarte gespecialiseerde GGZ > Ambulantisering, destigmatisering en zelfmanagement > E-Health > Toegankelijkheid > Selectieve zorginkoop/artikel 13/restitutiepolis <p><i>Toelichting:</i> Dit akkoord is in januari 2015 opgezegd door minister VWS i.v.m. vertrouwensbreuk rond vrije artsenuitvoering (artikel 13, Zvw)</p>
1-1-2014 aanspraken	> Eigenbijdrageregeling EPZ vervalt
1-1-2014 Bekostiging	<p>> Vanaf 2014 is het onderscheid tussen eerstelijns en tweedelijns GGZ komen te vervallen. De geneeskundige GGZ is omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische Basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Deze nieuwe omschrijvingen worden niet expliciet in de Zvw benoemd. De Zvw kent wat de geneeskundige GGZ betreft alleen 'zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden'. Bij de 'generalistische Basis GGZ' en 'gespecialiseerde GGZ' gaat het dus om dezelfde wettelijk omschreven 'te verzekeren prestatie'.</p> <p>Wel geldt er een andere bekostigingssystematiek.</p> <ul style="list-style-type: none"> > De EPZ-bepanking van 5 zittingen per kalenderjaar geldt niet meer.
1-1-2015 Aanspraken	<p>> De geneeskundige GGZ binnen de Zvw is beperkt tot verzekerden van 18 jaar en ouder. In het nieuwe jeugdstelsel dat per 1 januari 2015 is ingevoerd, valt alle jeugdhulp onder één wet. Hiermee is de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen vanuit de Zvw, de AWBZ en de Wmo overgeheveld naar de Jeugdwet. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Jeugdwet.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Verblijf valt gedurende de eerste 1095 dagen (3 jaar) onder de Zvw (was 1 jaar). Dit heeft ook gevolgen voor de behandelingen tijdens dit verblijf; deze worden langer bekostigd vanuit de Zvw. > Invoering Wet langdurige zorg; psychische stoornis is geen grondslag voor toelating Wlz.
26-11-2015 Afspraken minister VWS	<p>Agenda GGZ voor gepast gebruik en transparantie</p> <p>Diverse afspraken waaronder:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Kwaliteitsstatuut

met partijen	> Doorontwikkeling productstructuur > Investeren in preventie en vroege interventie
1-1-2016 Aanspraken	Geen wijzigingen in de aanspraken.
1-1-2017 Aanspraken Kwaliteitsstatuut	Geen wijzigingen in de aanspraken. Alle aanbieders van geneeskundige GGZ zijn verplicht een kwaliteitsstatuut te hebben en openbaar te maken.