

Op 1 september 2016 moet de wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen van 4 april 2014 in werking treden. In het vooruitzicht daarvan bracht het Federaal Kenniscentrum op vraag van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen een advies uit over een "Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg" (zie www.kce.fgov.be zoekterm psychologische zorg). We geven een beknopte samenvatting en evalueren dit stevig gedocumenteerde rapport dat stof voor discussie bevat.

Psy-zorg beter georganiseerd en betaald?

Ontsluiting van de psychologische zorg

In het rapport bedoelt men met de term psycholoog zowel de klinisch psycholoog, de klinisch orthopedagoog als de psychotherapeut in de zin zoals bedoeld in de nog uit te voeren wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen. Voor deze studie werd het wettelijk kader en de huidige situatie in België onderzocht en vergeleken met vijf Europese landen. Het voorgestelde model werd ontwikkeld in overleg met belanghebbenden. Het getrapte model heeft twee lijnen. De eerste lijn is rechtstreeks toegankelijk en biedt zonder voorafgaande beperking opvang van milde en matige psychische problemen. De tweede lijn is beperkt toegankelijk en voorziet gespecialiseerde zorg voor ernstige problemen. Het eerste niveau is niet gekoppeld aan diagnose of ernst van de problemen, maar is beperkt tot vijf sessies en wordt bemand door eerstelijnspsychologen en huisartsen. De ambitie is het grootste deel van de psychische klachten op te lossen en tevens potentieel ernstige situaties tijdig te herkennen en door te verwijzen.

De eerstelijns biedt maximum vijf sessies ofwel bij een klinisch psycholoog met specifieke opleiding in de eerstelijnspsychologie die functioneert binnen een lokaal multidisciplinair netwerk, ofwel bij een huisarts voor langer durende consultaties op basis van een nieuw nomenclatuurnummer. De financiering van de eerstelijnspsychologen is een combinatie van een laag remgeld, een praktijkvergoeding, een vaste vergoeding per patiënt en een consultatievergoeding. Daarnaast blijven privé-psychologen en -psychiaters die niet verbonden zijn aan een netwerk of centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg) rechtstreeks toegankelijk, maar alleen bij de laatsten is er terugbetaling voor de cliënt.

De tweedelijns is – ongeacht de diagnose of de gewenste therapie – alleen toegankelijk na verwijzing op basis van een *functioneel bilan* opgemaakt ofwel door zowel de eerstelijnspsycholoog én de huisarts ofwel door een psychiater. De gespecialiseerde zorg wordt georganiseerd door versterking van de cgg of door erkenning van private groepspraktijken die aan dezelfde

voorwaarden voldoen als de cgg. Privé-psychologen hebben de keuze tussen een werknemers- of zelfstandigenstatuut en sluiten een contract af met een cgg, die verantwoordelijk is voor de kwaliteitsbewaking. De actuele enveloppesubsidiëring van de cgg door de gemeenschapsoverheden blijft ongewijzigd, maar dient alleen ter vergoeding van de algemene werking, de administratieve, logistieke, onderhouds- en uitbreidingskosten, het preventiewerk en de netwerkontwikkeling. Hierdoor wordt de cgg-capaciteit aanzienlijk versterkt en de wachttijden ingekort. De therapeutische prestaties van de erkende geestelijke gezondheidszorgberoepen worden gefinancierd door het RIZIV op basis van nomenclatuur met een maximaal (en verlengbaar) aantal sessies per patiënt. Het remgeld is identiek aan dat van psychiatrische consultaties, nl. 12 € per sessie en 3 € per sessie voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming.

■ Betere psy-zorg?

Positief is de keuze voor het getrapte zorgmodel waarbinnen zowel de eerstelijnspsycholoog, als de gespecialiseerde psycholoog een duidelijke plaats krijgen. Het advies werkte verder op de bevindingen van het bijna afgewerkte Vlaamse evaluatieonderzoek over de eerstelijnspsycholoog. Het is al lang duidelijk dat een master in de klinische psychologie onvoldoende is opgeleid voor eerstelijnspsychologisch werk. Daarom werd zopas een tweejarige specialisatie-opleiding gelanceerd vanuit een samenwerking tussen de KULeuven, UGent, VUB, twee private partners (The Human Link en De Koppeling), het onderzoekscentrum LUCAS en de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen; zie www.vvvp.be zoekterm permanente vorming eerstelijnspsychologie). De opleiding staat open voor slechts veertig studenten en zal bij de aanvang wellicht worden overvraagd.

De rechtstreekse toegankelijkheid naar de eerstelijnszorg – ongeacht de diagnose of de gewenste therapie – is een goede zaak. Maar de verwijzing naar de tweedelijns op basis van een

functioneel bilan na overleg door psycholoog én huisarts is te omslachtig. Dit is tijd- en geldverspilling omwille van onnodige consultaties en verslaggeving. Verwijzing door één professionele zorgverlener – zoals ook nu gebruikelijk in de cgg – moet volstaan. De huisarts als noodzakelijke toegangspoort voor gespecialiseerde psychologische zorg is een brug te ver en gaat in tegen de autonomie van de klinisch psycholoog zoals bepaald in de nieuwe wet op de gezondheidszorgberoepen. Bovendien hebben mensen uit kwetsbare bevolkingsgroepen vaak geen eigen huisarts en betekent noodzakelijke verwijzing via een huisarts een belemmering.

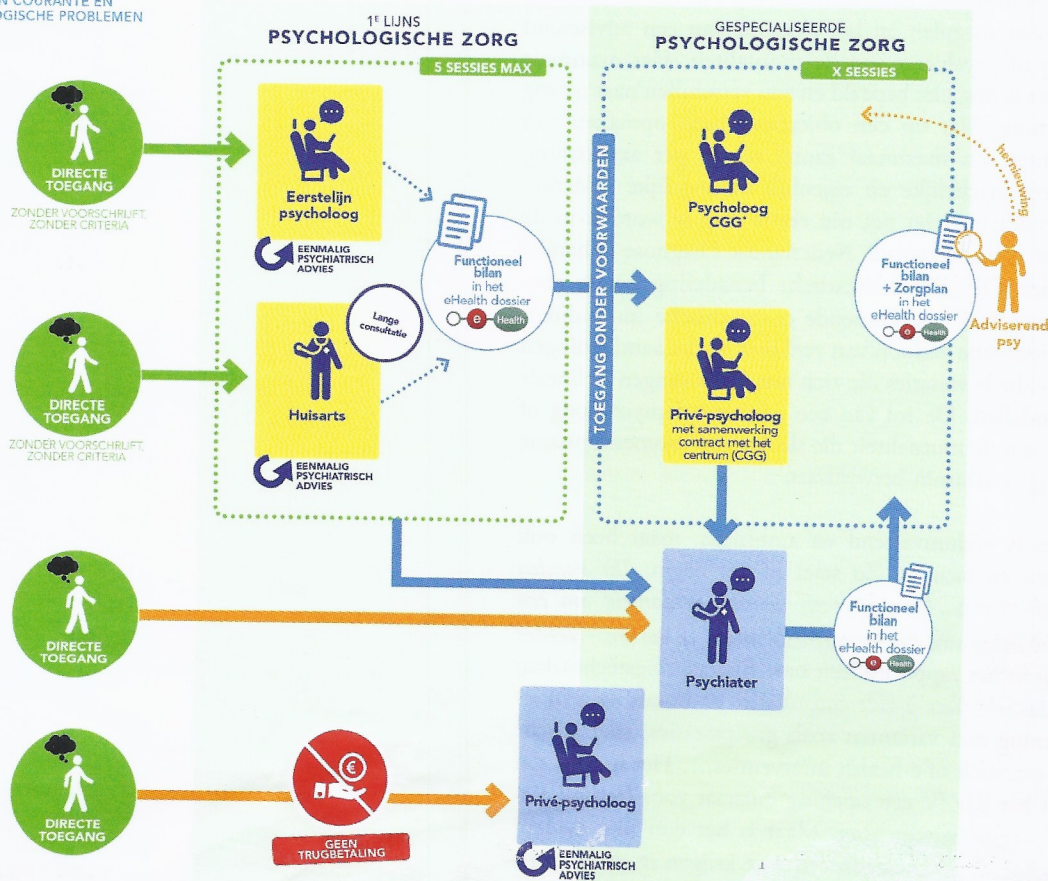
De globale toegankelijkheid van de psychologische zorg wordt verbeterd door het remgeld betaalbaar te houden (gelijk aan dat bij een psychiatrisch consult). Door de cgg-capaciteit aanzienlijk te vergroten kunnen de wachttijden verkort worden. De kwaliteit wordt gegarandeerd door de invoering van de vereiste van permanente vorming, accreditatie en verplichte multidisciplinaire samenwerking: op de eerste lijn binnen groepspraktijken met onder andere huisartsen en op de tweede lijn door samenwerking met cgg of erkende groepspraktijken. Het is een goede keuze om de bestaande structuren van de cgg te versterken, eerder dan nieuwe organisaties te creëren. Wellicht komt er hierop kritiek van zelfstandig gevestigden die een maximale autonomie verkiezen. In het voorgestelde model blijft dat mogelijk, maar dan zonder terugbetaling. Dit advies opteert voor ruimte voor liberale en commerciële initiatieven, maar legt tevens de nadruk op betaalbare en sociale geestelijke gezondheidszorg, mits voorwaarden zowel voor de zorgontvanger als voor de zorgverstrekker. Aansluiten bij de cgg impli-

ceert onder andere expliciete (decretaal opgelegde) aandacht voor kwetsbare sociale groepen. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid om niet alleen het liberale initiatief – met het risico op *cherry picking* – alle ruimte te geven, maar ook om noodzakelijke sociale correcties te voorzien.

Het blijft echter onduidelijk wat de samenwerkingsovereenkomst met een cgg concreet inhoudt en hoe ver ze reikt. Het mag niet de bedoeling zijn dat de cgg een bevoogdende functie krijgen ten aanzien van hun zelfstandige medewerkers. De samenwerking hoeft niet controlerend en belemmerend te zijn. Ze kan even goed ondersteunend en stimulerend zijn. Er resten trouwens nog andere vragen. Wat is het verschil tussen de cgg en de privécentra die op dezelfde wijze als de cgg erkend en gefinancierd worden? Is er behalve hun statuut een verschil in opdracht tussen de bedienden en zelfstandigen verbonden aan eenzelfde cgg? En wat met de niet-psy-functies van de cgg (zoals maatschappelijk werkers, criminologen, ... samen ruim een kwart van het personeel) die – omdat ze geen erkend gezondheidszorgberoep zijn – niet gefinancierd kunnen worden vanuit het RIZIV? Worden zij verder uit de subsidie-enveloppe van gemeenschappen betaald? En zijn deze functies niet noodzakelijk in de private groepspraktijken die niet over dergelijke subsidies beschikken? Gaat de overheid die private groepspraktijken concurrentieel uitspelen tegen de cgg om ze overbodig te maken?

Om de nadelen van een loutere prestatiefinanciering (die onder andere leidt tot overconsumptie) te vermijden opteert men in het advies op de eerstelijns voor een gemixte financie-

ORGANISATIEMODEL VOOR OPVANG VAN COURANTE EN MATIGE PSYCHOLOGISCHE PROBLEMEN



ring op basis van het remgeld, een praktijkvergoeding en een vast bedrag per patiënt en per type consult. De complexiteit ervan leidt wellicht tot administratieve overlast. Op de tweede lijn is er – naast werkingsbudget voor het cgg of de erkende groepspraktijk – voor de hiermee geassocieerde psycholoog het remgeld en de prestatievergoeding op basis van RIZIV-nomenclatuur, aangevuld met een nog uit te werken kwaliteitspremie. Ook dat klinkt mooi in theorie, maar is in de praktijk geen sinecure.

Als een patiënt een Globaal Medisch Dossier heeft bij een huisarts, is hij dan ook gebonden aan de psycholoog waarmee die arts samenwerkt of heeft hij de vrij keuze? In ieder geval heeft elke burger de vrije keuze op de private markt. En zowel de psycholoog als de psychiater mogen vrij een private praktijk voeren. Maar waarom worden enkel patiënten van de psychiater en niet die van de psycholoog terugbetaald? Bovendien is het niet duidelijk waarom er voor huisartsen een nieuwe nomenclatuur moet komen voor een consult dat langer duurt. Blijkbaar volstaat het dat een huisarts langer praat met een patiënt opdat het meteen een psychologische interventie wordt die gelijkwaardig is aan wat een eerstelijnspsycholoog te bieden heeft? Ook de nieuwe nomenclatuur voor de psychiater voor zijn éénmalige advies dat duurder moet zijn, want arbeidsintensiever dan een klassieke consultatie, is merkwaardig.

Er blijkt een fundamenteel wantrouwen tegenover psychologische zorg; want bij een huisarts of een gespecialiseerde arts kan men onbeperkt op consultatie gaan, zonder dat een adviserend geneesheer een functioneel bilan moet beoordelen. Verlenging van het aantal sessies bij de psycholoog op de tweedelijn is mogelijk, mits actualisering van het functioneel bilan met een zorgplan en het akkoord van een adviserend psycholoog of psychiater van de mutualiteit. Het maximale aantal sessies is nog niet bepaald en zou verschillen naar gelang de aandoening. Het op een objectieve basis opmaken van zo'n lijst met een maximaal aantal sessies per aandoening is echter een hachelijke en eigenlijk onmogelijke onderneming. Bovendien dreigt het een eerste stap te worden in de ongewenste richting naar de Nederlandse Diagnose Behandel Combinaties. Dergelijke statistische benadering houdt geen rekening met vaak voorkomende co-psychische morbiditeit, met het wisselende verloop van veel psychische aandoeningen en de individuele variaties die zich niet laten vangen in lineair causale modellen. De rol van een adviserend psycholoog of psychiater van de mutualiteit die slechts een momentopname te zien krijgt is daarom betwistbaar.

Het advies is veelomvattend en ambitieus, maar heeft ook beperkingen en lacunes. Zo staat in het begin: *“Er konden onvoldoende betrouwbare gegevens worden verzameld om een budgetinschatting van het voorgestelde model te maken.”* Verder zoekt men in het rapport alleen naar financieringstechnieken voor de klassieke face-à-face consultaties en houdt men (nog) geen rekening met varianten zoals groepsessies, telefonische consults, outreach of e-health interventies,... Het is goed dat er binnen het RIZIV een opening ontstaat voor (terug)betaling van psychologische zorg. Maar is het dan niet evident dat ook klinisch psychologen een zitje krijgen in de beheersstructuren van het RIZIV? Van psychologen wordt verwacht

dat ze hun verslagen en rapporten toevoegen aan het Globaal (Medisch?) Dossier van patiënten. Dan zullen afspraken moeten worden gemaakt over de toegankelijkheidsrechten en eindverantwoordelijkheid van dat dossier. Ten slotte maken *“de psychologen die werkzaam zijn in een ziekenhuisomgeving geen deel uit van deze studie”*. Dat is jammer, want elk psychiatrisch of algemeen ziekenhuis hanteert momenteel een eigen organigram. Slechts enkele ziekenhuizen hebben een herkenbare psychologische dienst met rechtstreekse vertegenwoordiging in het ziekenhuisbeleid. De positie en financiering van zelfstandige ziekenhuispsychologen wordt *“à la tête du client”* geregeld en is vaak niet gunstig. Nu de hervorming van de ziekenhuisfinanciering volop aan de gang is, is een duidelijk advies ook hierover erg wenselijk.

■ Grensverleggend

Het advies van het Federaal Kenniscentrum is een zeer nuttige en grensverleggende denkoefening die op een aantal punten verdere nuancering behoeft. Een gefaseerde en geleidelijke invoer (wellicht startend met de eerstelijnspsycholoog) is wellicht de meest realistische piste om de samenwerkingscultuur te realiseren en te bewaken, om de noodzakelijke logistieke en informatica-ondersteuning te voorzien en om het budget onder controle te houden.

Bob Cools

directeur cgg De Pont in de regio Mechelen-Rupelstreek,
bestuurslid Belgische Federatie van Psychologen en
lid Psychologencommissie

E bob.cools@cggdepont.be