

Hoeveel klinisch psychologen zijn er (nodig) en wat mogen ze kosten?

Bob Cools

De wettelijke erkenning van de klinisch psycholoog als autonoom beroep in de geestelijke gezondheidszorg (ggz)¹ is een formele waardering van het maatschappelijke nut van het werk van de klinisch psycholoog. Maar deze waardering is een maat voor niets als er niet ook een structurele en financiële vertaling volgt: structureel, in een toegankelijke, kwalitatief hoogstaande, efficiënte zorgorganisatie waarin klinisch psychologen een belangrijke rol vervullen, en financieel, in een voor cliënten betaalbare zorg en een voor klinisch psychologen billijke vergoeding van hun werk. De federale ministerraad van 26 juli 2017 besliste alvast om een begin te maken met de terugbetaling van kortdurende behandelingen door een klinisch psycholoog of klinisch orthopedagoog die binnen een interdisciplinair kader plaatsvinden. De regering trekt hiervoor 22,5 miljoen euro uit en hoopt dat de regeling eind 2018 kan ingaan. Maar de wijze waarop dit moet gebeuren, is nog onduidelijk.

De Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) richtte in 2014 een werkgroep op rond zelfstandige praktijkvoering. Haar eerste taak was een advies te formuleren voor het bestuur van de vereniging over een toekomstig model van financiering voor klinisch psychologische zorg. De adviesnota (Werkgroep zelfstandigen VVKP, 2017) werd op de VVKP-studiedag, die op 12 mei 2017 in Leuven werd gehouden, gepresenteerd met de expliciete uitnodiging hierover in debat te gaan om zo tot een meer genuanceerd VVKP-standpunt te komen. Dit artikel is een bijdrage aan dit debat.

De adviesnota in het kort

De werkgroep werkte ruim twee jaar aan de ambitieuze opdracht om een organisatie- en financieringsmodel voor klinisch psychologische zorg te ontwikkelen.

Wat de zorgorganisatie betreft, gaat ze uit van een goede samenwerking met andere gezondheidszorgberoepen, met respect voor ieders autonomie en identiteit. Ze hanteert drie algemene principes (Werkgroep zelfstandigen VVKP, 2017, p. 31):

- Alle burgers hebben recht op gefinancierde klinisch psychologische zorg, ongeacht de zwaarte van de 'objectieveerbare' klacht/pathologie en ongeacht de eigen financiële draagkracht.

- De diversiteit aan modellen en mensvisies die wetenschappelijk onderbouwd zijn, dienen vertegenwoordigd te zijn in het aanbod naar de burger. Zowel oplossingsgerichte, inzichtgevende of ervaringsgerichte methoden dienen gefinancierd te worden.
- Financiering van de klinisch psychologische zorg dient de diversiteit in settings te vrijwaren (om de vrije keuze van behandelaar te garanderen), zowel solopraktijken, groepspraktijken als gesubsidieerde centra moeten ondersteund worden en tot samenwerking aangemaand worden.

Het voorgestelde financieringsmodel wordt gekoppeld aan het register waarin de klinisch psycholoog die praktijk wil voeren (na het professionele stagejaar volgend op de vijfjarige masteropleiding) zich vanaf 2023 moet laten registreren. Hij moet dan kiezen of hij als zelfstandige of in dienstverband aan de slag wil. In het laatste geval staat hij (zoals nu gebruikelijk voor ziekenhuisartsen) een percentage van zijn honorarium af aan de organisatie. Om de autonomie van het beroep te garanderen is de financiering gekoppeld aan de klinisch psycholoog, ongeacht de setting (zelfstandig, centrum geestelijke gezondheidszorg [cgg], ziekenhuis...) waarin hij werkt. Permanente bijscholing en intervisie om de samenwerking tussen psychologen onderling en tussen psychologen en andere actoren te bevorderen, worden gestimuleerd. De werkgroep kiest expliciet voor een getrappt zorgmodel met een gegarandeerde financiering. Ze onderscheidt drie categorieën van zorgverstrekkers: klinisch psychologen in opleiding (namelijk in het professionele stagejaar na de vijfjarige masteropleiding); klinisch psychologen; en klinisch psychologen-specialisten in bijvoorbeeld eerstelijnspsychologie, psychodiagnostiek, psychotherapie, neuropsychologie, ...). Deze drie types van zorgverstrekkers kunnen werken in twee verschillende contexten: de eerstelijnszorg en de gespecialiseerde gezondheidszorg.

De werkgroep hanteert als uitgangspunt dat een klinisch psycholoog een jaaromzet van minimaal 100.000 euro moet halen om een voltijdse praktijk te kunnen uitbouwen die voldoende rendabel is. Ervan uitgaande dat op jaarbasis maximaal 1320 consultaties (220 effectieve werkdagen en 6 consultaties per dag) kunnen plaatsvinden, komt men tot een basistarief van 75,75 euro per consult. Dat bedrag wordt gedifferentieerd naargelang het specialisatieniveau van de klinisch psycholoog. Ter vergelijking: in Duitsland schommelen de tarieven rond 100 euro en in Nederland variëren ze tussen 84 en 94 euro. Door het ontbreken van een terugbetaling geregeld door de overheid, schommelt het tarief voor een gemiddeld psychologisch consult in België vandaag rond 50 à 55 euro.

De prestatiegebonden financiering is momenteel dominant in de gezondheidszorg, ook bij zelfstandig gevestigde psychologen. Het is een model met voordelen (hoge kwaliteit van zorg), maar ook nadelen (inperking van het zorgaanbod, overleg, misbruik, verspilling, ...). Geïnspireerd door nieuwe modellen (Kohn et al., 2016; Van Herck, Sermeus, & Annemans, 2013) die de prestatiegebonden financiering combineren met forfaitaire vergoedingen, kwaliteitsprikkelers en een eigen bijdrage van de cliënt, pleit de werkgroep voor zo'n gecombineerd financieringsmodel. Na grondige analyse en simulatie van deze nieuwe modellen concludeert de werkgroep dat, naast een helder zorgfinancieringsmodel en een gelimiteerd aantal zorgverstrekkers, de volgende randvoorwaarden noodzakelijk zijn: het ontwikkelen van digitale hulpmiddelen (elektronisch patiëntendossier, kwaliteitsindicatoren, ...), een

accreditatiesysteem ten behoeve van permanente bijscholing en financiële ondersteuning van de organisatie van de klinisch psychologen (de huidige regionale kringen kunnen beschouwd worden als mogelijke voorlopers hiervan).

Op Belgisch niveau resulteert de simulatie van de werkgroep voor klinisch psychologische eerstelijnszorg in een overheidsbudget van bijna 1 miljard euro ten behoeve van 7200 voltijdsequivalenten (vte). Het budget voor de gespecialiseerde klinisch psychologische zorg uitgevoerd door 4800 vte's vereist ruim 600 miljoen euro van de overheid. Rekening houdend met een bijkomende financiering voor digitalisering, accreditatie en ondersteuning van de beroepsvereniging komt dat op een totaal van 1,6 miljard euro. Ter vergelijking: in 2012 bedroeg het overheidsbudget (zie: <http://www.riziv.fgov.be> van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering [RIZIV]) voor artsen 7,71 miljard euro, voor tandartsen 0,96 miljard euro en voor kinesitherapeuten 0,76 miljard euro.

De werkgroep vat haar nota samen in vijf kernpunten die moeten worden gerealiseerd:

- gefinancierde diversiteit op het vlak van echelons, settings en modellen;
- autonomie binnen de gezondheidszorg, namelijk vrije keuze van visie en werkmodel, economisch leefbaar en onafhankelijk, evenwaardig ten aanzien van medische disciplines;
- vrij te hanteren tarifiering²;
- vrij toegankelijke zelfstandigen in de eerste en tweede lijn;
- vrije keuze van behandelaar.

Vrijheid, blijheid?

De nota is een verdienstelijk werkstuk en vormt een goede eerste aanzet om te komen tot een evenwichtig financieringsmodel. Maar de inhoud vergt verder onderzoek ter onderbouwing en verfijning.

De werkgroep neemt een biopsychosociale en holistische visie op de (geestelijke) gezondheidszorg als uitgangspunt, maar slaagt er onvoldoende in dit te operationaliseren in een gedifferentieerd zorgorganisatiemodel. Merkwaardig is het ontbreken van een verwijzing naar de federale gidsen voor nieuw beleid op het terrein van de ggz³ en naar het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid⁴, waar men al dan niet mede uitvoering aan wil geven. De werkgroep beperkt zich tot het klassieke individuele consultatiemodel binnen een eenvoudig geëchelonnerde organisatie. Ze spreekt in de nota alleen van eerste- en tweedelijnszorg, waarbij de laatste wordt veralgemeend tot gespecialiseerde zorg. Wel voegt ze daar de noodzaak tot multidisciplinaire samenwerking aan toe. Maar ze spreekt zich (nog) niet uit over de organisatie en financiering van systeemgesprekken (groep/gezin/partners) of groepspraktijken, noch over mobiele hulpverlening, vroegdetectie en online interventies, of over gezondheids promotie en preventieve activiteiten.

De werkgroep pleit expliciet voor het getrapte zorgmodel, maar houdt het voorzichtigheids-halve bij een aanbeveling en deinst terug om dat te verplichten. Als argument voert ze aan:

“... [D]at veel Belgen gewend zijn om te kiezen voor een specialistisch traject, terwijl ze eigenlijk veel efficiënter zouden geholpen zijn met een aanbod in de eerstelijnszorg... Er bestaat immers een groep van cliënten die voldoende health-literate is om zelf rechtstreeks in te stappen in de gespecialiseerde zorg. Om duidelijk te maken dat dit niet het preferentiële traject is en om overconsumptie te vermijden stelt de werkgroep voor om die rechtstreekse toegang hoogdrempelig te maken door een hogere eigen bijdrage te voorzien.” (Werkgroep zelfstandigen VVKP, 2017, p. 31)

Men blijft om de hete brij heen draaien. Maar uiteindelijk buigt men graag voor wie het kan betalen: vrijheid, blijheid voor de meer gegoede cliënt én voor de zorgverstrekker die hem directe toegang verleent.

De werkgroep kiest tevens voor een zeer breed toegankelijke en goedkope eerstelijnspsycholoog. Ze voorspelt zelf dat dit de vraag naar gespecialiseerde onderzoeken en behandelingen zal doen toenemen. Tezamen met een rechtstreeks toegankelijke tweede lijn wordt dit onbetaalbaar! Bovendien wordt een gedeelte van dit zorgaanbod alleen toegankelijk voor de meest gegoeden en creëert men een duale en discriminerende ggz.

“Eerstelijnspsychologische zorg en gespecialiseerde klinisch psychologische zorg vereisen specifieke en aparte competenties. Dat neemt evenwel niet weg dat beide functies wel degelijk gecombineerd kunnen worden in één en dezelfde zorgverstrekker. In het kader van zorgcontinuïteit kan de persoon met een zorgnood dit zelfs wenselijk achten. Bijzondere voorzorgen dienen dan echter genomen te worden opdat er voldoende eerstelijnspsychologische capaciteit in het eerstelijnsnetwerk beschikbaar blijft.” (Werkgroep zelfstandigen VVKP, 2017, p. 28)

De werkgroep geeft blijk van koudwatervrees voor het getrapte model dat haar voorkeur geniet. Ze durft de consequenties niet door te trekken, maar wil de geit en de kool sparen.

Het getrapte model dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE; Kohn et al., 2016) voorstelt, is veel duidelijker: de eerste lijn is rechtstreeks toegankelijk en biedt zonder voorafgaande beperking opvang voor milde en matige psychische problemen; de tweede lijn is beperkt toegankelijk en biedt gespecialiseerde zorg voor ernstiger 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 die functioneren binnen een lokaal multidisciplinair netwerk. De tweede lijn is – ongeacht de diagnose of de gewenste therapie – alleen toegankelijk na verwijzing op basis van een ‘functioneel bilan’⁵ opgemaakt ofwel door de eerstelijnspsycholoog én de huisarts ofwel door een psychiater. De gespecialiseerde zorg wordt georganiseerd door versterking van de cgg’s of door erkenning van private groepspraktijken die aan dezelfde voorwaarden voldoen als een cgg. Privaat werkende psychologen hebben de keuze tussen een werknemers- of zelfstandigenstatuut. Ze sluiten een contract af met een cgg, dat verantwoordelijk is voor de kwaliteitsbewaking. Over dat laatste bestaat discussie: sommigen vrezen bevoogding door het cgg, anderen zien hierin juist een garantie om duale ggz te voorkomen (Cools 2016b, 2016c). Misschien moet eerder gedacht worden aan een functionele koppeling met de ggz-netwerken die meer garanties bieden voor gelijkwaardige samenwerking. De VVKP-werkgroep huivert enerzijds

voor een verplichte samenwerking met enkele zorgactoren uit een bepaalde regio, maar pleit anderzijds voor bindende afspraken in het kader van multidisciplinaire samenwerking. Wat die afspraken dan precies inhouden, blijft onduidelijk.

Opvallend is dat de werkgroep in haar nota niet spreekt over de adviserend psycholoog van het ziekenfonds, zoals voorgesteld door het KCE. Alleen in de eerste bijlage van de nota wordt hij vermeld en betwijfelt men zijn onafhankelijke beoordeling, precies omdat hij voor een ziekenfonds werkt. Dit lijkt me kort door de bocht. Het alternatief van zelfregulering door de klinisch psychologen zelf is naïef en maatschappelijk onverdedigbaar. Als men geen controle door ziekenfondsen wil (wat gebruikelijk is voor alle gezondheidszorgberoepen in België), moet men een redelijk alternatief voorstellen. Wil men directe controle door het RIZIV? Of door commerciële verzekeraars zoals in Nederland? Men lijkt te vergeten dat juist de ziekenfondsen voortrekkers waren in de strijd voor de terugbetaling van psychologische zorg. Het lijkt me wijzer de ziekenfondsen als bondgenoten te beschouwen en samen met hen concrete voorstellen te formuleren over de modaliteiten van controleprocessen. Zo zou men het beste samen met hen pleiten voor een stevig statuut van de adviserend psycholoog met dezelfde bevoegdheden als de adviserend geneesheer. Andere zorgberoepen hebben dat niet en blijven dus afhankelijk van een beoordeling door artsen.

Hoeveel klinisch psychologen?

Merkwaardig is dat de werkgroep zich voor haar simulatie baseert op de huidige ongeveer 12.000 bij de Psychologencommissie geregistreerde psychologen. Maar niet al deze geregistreerde psychologen verrichten klinisch werk! Het blijft (nog altijd) gissen naar het exacte aantal klinisch psychologen en hun werksetting in België. De werkgroep berekende hoeveel het zou kosten om de nu geregistreerde psychologen te vergoeden voor hun diensten aan mensen met hulpvragen. Als men de maatschappelijke kosten van psychologische hulp wil schatten, is dit aanbodgestuurde uitgangspunt echter fundamenteel verkeerd. De vraag is eerder hoe groot de maatschappelijke behoefte is aan klinisch psychologen (op basis van prevalentiecijfers en caseload) en hoeveel het zou kosten om hen billijk te vergoeden. Correcte epidemiologische gegevens én exacte cijfers over het huidige aanbod horen het uitgangspunt te zijn. Maar juist daar wringt de schoen. De recente oproep van de Psychologencommissie⁶ om ‘Zorgnood en -aanbod in de klinische psychologie’ te onderzoeken, is dan ook goed nieuws. Maar ondertussen zijn ook andere benaderingen mogelijk.

Het KCE (Kohn et al., 2016) focust op mensen met milde tot matig ernstige psychische stoornissen en sluit in haar simulatie lichte en residentieel te behandelen stoornissen uit. Het includeert voor de RIZIV-financiering niet alleen de zelfstandig werkende psychologen die zich associëren met een cgg, maar ook de psychologen werkzaam bij een cgg. Zowel psychologen zonder samenwerkingsovereenkomst met een cgg als psychologen werkzaam in een ziekenhuis vallen buiten de KCE-studie. Het KCE voerde echter geen financiële simulatie uit van haar model. De VVKP-werkgroep gaat veel verder en wil voor alle klinisch psychologen, ongeacht hun statuut (zelfstandige of bediende) of werksetting (privé, cgg, ziekenhuis...) een vergoeding van het RIZIV. Om de exacte meerkosten te berekenen zou ze de kosten van

de psychologen die nu al in dienstverband werken bij een gesubsidieerde voorziening, moeten aftrekken van het totale geraamde budget. Het is jammer dat de financiële consequenties niet werden doorgerekend.

Zorgnet-Icuro (2017) baseert zijn simulatie op de enige beschikbare grootschalige epidemiologische studie over geestelijke gezondheid (ESEMED) waarbij België betrokken werd (Bruffaerts, Bonnewyn, & Demyttenaere, 2011). Maar deze studie heeft ernstige beperkingen. Ze is niet van recente datum (uitgevoerd in 2001-2002) en de steekproef bevat geen minderjarigen. Bovendien zijn de gegevens niet gespecificeerd voor het zorgaanbod van klinisch psychologen. Qua zorgbehoefte beperkt Zorgnet-Icuro zich tot mensen met milde tot matig ernstige psychische stoornissen. Ze maken een schatting van het benodigde budget op basis van het verwachte aantal noodzakelijke consulten. Het voorkeursscenario⁷ van Zorgnet-Icuro is een streng, getrapt model waarin de huisarts een centrale rol heeft als casemanager. Hij blijft het eerste aanspreekpunt en beoordeelt zowel de fysieke als de mentale component. Lichte problemen worden opgevangen via zelfzorg met de steun van de huisarts, die hiervoor een beroep doet op (te ontwikkelen) evidencebased onlinetoepassingen. Voor moeilijker gevallen maakt hij (op voorwaarde dat hij een aanvullende opleiding heeft gevolgd) gebruik van een nieuw nomenclatuurnummer⁸ voor 'een verlengde consultatie' (die ook het KCE voorstelde). Bovendien kan hij een consult vragen aan een eerstelijnspsycholoog of ernaar verwijzen. Zorgnet-Icuro verwacht hiervan een daling van het voorschrijfgedrag van de huisarts.

Op basis van het Nederlandse model van Delespaul, Milo, Schalken, Boevink, en Van Os (2016) is een alternatieve simulatie mogelijk. De ambities van hun 'nieuwe ggz' reiken verder dan het ontwerpen van een betaalbare ggz en behoeven enige nuancering (zie: Cools, 2016a). Maar de uitgangspunten zijn interessant. Zij willen de ggz organiseren op basis van (buurt)wijken die 20.000 inwoners omvatten. Daar wordt multidisciplinaire generalistische én specialistische ggz aangeboden. In de eerste lijn hebben huisartsen een poortwachtersfunctie. Naast psychiaters worden ook verpleegkundigen en ervaringsdeskundigen ingezet. De behoefte aan klinisch en gezondheidszorgpsychologen op wijkniveau wordt op basis van prevalentiegegevens ingeschat op 23 vte's voor het generalistische en 2 vte's voor het specialistische werk. Op regionaal niveau (van een half miljoen inwoners) worden de crisisfunctie en kleine opnameklinieken gerealiseerd en heeft men telkens 30 vte's aan psychologen nodig. Op het supraregionale niveau (van 5 miljoen inwoners) vindt de klinisch-forensische zorg en de specialistische zorg voor laag prevalentie beelden plaats waarvoor telkens 120 vte's aan psychologen benodigd zijn. Op nationaal niveau worden kenniscentra, preventieprogramma's, e-health en e-communities opgezet en beheerd, waarvoor 240 vte's aan psychologen begroot worden. Omgerekend voor de Belgische populatie gaat het in totaal om 15.180 vte's aan psychologen, waarvan 12.880 vte's generalistische (in onze termen: eerstelijns)psychologen.

Wat mag het kosten?

De werkgroep van de VVKP wil voor de cliënt volledige vrije keuze van behandelaar én setting. De klinisch psycholoog is vrij in zijn keuze van mensvisie en behandelmodellen. De fi-

nanciering moet beschikbaar zijn voor alle burgers, ongeacht de pathologie, de zorgzwaarte en de persoonlijke financiële draagkracht. Men wil geen exclusieve koppeling aan de prestatie, het resultaat of de setting. Het is begrijpelijk dat men geen bureaucratische diagnose-behandelcombinaties wil zoals in Nederland.⁹ Maar de weigering van elke koppeling met zorgzwaarte wekt verbazing, omdat dit ingaat tegen de internationale trend en de gemaakte federale en Vlaamse beleidskeuze om hier in de toekomst juist meer rekening mee te houden (zie: de introductie van de InterRAI en BelRAI).¹⁰

Merkwaardig zijn de negatieve bedenkingen van de VVKP-werkgroep tegen het principe van het derde-betalersysteem,¹¹ dat een nadelig effect zou hebben op de motivatie van cliënten. Ervaring leert echter dat het wegvallen van de overbodige administratie door alle partijen wordt gewaardeerd en dat het remgeld voldoende motiverend is. De federatie van sociale ondernemingen, SOM, pleit expliciet voor het derde-betalersysteem en volledig gratis toegankelijke eerstelijnspsychologische zorg (SOM, 2016).

Terwijl de VVKP-werkgroep zoekt naar een financieringswijze voor de klinisch psycholoog, is de focus van Zorgnet-Icuro op het eerste gezicht breder, namelijk de financiering van psychologische zorg. Daarbij reserveert deze laatste op jaarbasis 25 miljoen euro voor ‘de ontwikkeling van evidencebased onlinetoepassingen ter ondersteuning van door de huisarts geïnitieerde zelfzorg’ en 13 miljoen euro voor ‘liaisonactiviteiten en consulten vanuit de ggz ten behoeve van de huisarts’, waarbij de kosten op jaarbasis op 30 euro per patiënt worden geschat. Op zich is de verbreding naar zelfzorg en consultatie waardevol, maar waarom die exclusief aan de huisarts worden gekoppeld en waarop deze bedragen gebaseerd zijn, wordt niet onderbouwd en is discutabel.

Het door de VVKP-werkgroep voorgestelde basistarief van 75,75 euro per consult wordt gedetailleerd verantwoord vanuit de praktijk en is aanvaardbaar. Voor de eigen bijdrage van de cliënt verwijst ze naar de tarieven die gangbaar zijn bij de cgg's (11 en 4 euro), maar in haar simulatie stelt ze dit bedrag op 9 euro. Ze gaat uit van gemiddeld 5 sessies en 99,04 euro per dossier (casu quo per cliënt) in de eerste lijn, en 20 sessies met 396,17 euro per dossier in de gespecialiseerde ggz. Verwijzend naar de cgg's (waar een sessie van één uur 60 euro zou kosten) neemt Zorgnet-Icuro voor een sessie van 45 minuten bij een eerstelijnspsycholoog 60 euro als uitgangspunt, waarvan de cliënt 6 of 1,5 euro zelf betaalt. Vanuit de ervaring met de Vlaamse pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie rekent Zorgnet-Icuro gemiddeld op 4 sessies en 60 euro per dossier. Voor de gespecialiseerde ggz wordt op basis van gegevens van de elektronische patiëntendossiers van de cgg's uitgegaan van een gemiddelde van 15 sessies en 240 euro per dossier.

Een vergelijking van de globale budgetten die de verschillende modellen opleveren, is onmogelijk omdat de beoogde doelgroepen en de ingezette zorgcapaciteit te sterk verschillen. In vergelijking met de VVKP-werkgroep is de raming van Zorgnet-Icuro bijvoorbeeld goedkoper, maar deze houdt geen rekening met minderjarigen en ook het aantal sessies is beperkter. Zorgnet-Icuro pakt ook de suggestie van het KCE niet op om psychologen werkzaam bij een cgg eveneens te financieren vanuit het RIZIV. Wel is opvallend dat alle modellen het zuivere prestatiefinancieringsmodel als achterhaald beschouwen en voordelen zien in

een gemengde financieringstechniek. De koepelverenigingen SOM (2016) en Zorgnet-Icuro (2017) willen dit voor de eerstelijnspsycholoog vertalen in een globale opdrachtfinanciering met een minimumaantal patiënten, een forfait per patiënt en een kwaliteitspremie.

Een dissonant is het feit dat Zorgnet-Icuro toch heil ziet in een extra nomenclatuur voor een psychologische (lees: langer durende) consultatie bij de huisarts. Het is immers voorspelbaar dat deze nieuwe vorm van prestatiefinanciering tot overconsumptie zal leiden. Bovendien vervult in dit model alleen de huisarts als casemanager de echte eerstelijnsfunctie en dreigt hij een drempel te worden voor de toegang naar de eerstelijnspsycholoog. Dat is jammer en lijkt een erfenis van het dominante medische model. Het is immers een verworvenheid van de nieuwe wet op de ggz-beroepen dat artsen én klinisch psychologen gelijkwaardig én autonoom zijn.¹² Dat moet ook vertaald worden in de concrete samenwerking. Zoals artsen aanvullende opleiding behoeven om psychische problemen te kunnen detecteren, zo moeten ook klinisch psychologen zich in hun opleiding meer bekwamen in het herkennen van somatische problemen.

Besluit

De huidige VVKP-nota (Werkgroep zelfstandigen VVKP, 2017) is een verdienstelijke eerste verkenning, maar vertoont nog hiaten. De werkgroep heeft pionierswerk verricht: met relatief weinig middelen heeft ze zich moedig in deze technische materie vastgebeten en de nek uitgestoken door concrete voorstellen te formuleren. Maar ze houdt bijvoorbeeld te weinig rekening met de bestaande RIZIV-structuren en -procedures waar men zich moet inschrijven om voor terugbetaling in aanmerking te komen. Terecht beschrijft ze in haar globale visie op de ggz de risico's van een eenzijdige focus op een kwantificeerbaar symptoom- en functioneel herstel. Ze vraagt om erkenning van de cliënt als ervaringsdeskundige, stelt het herstel van de persoon centraal en pleit voor interdisciplinaire samenwerking. Maar bij de operationalisering van de zorgorganisatie geven de auteurs zelf aan dat enkele cruciale concepten (zoals eerstelijnspsychologische zorg, psychotherapie en klinisch psychologisch handelen [p. 30] of kwaliteitsindicatoren [pp. 25-26]) nog onvoldoende gedefinieerd en geoperationaliseerd zijn. Sterker nog: de werkgroep betreurt het ontbreken van een gedeelde visie op de klinische psychologie, van een heldere differentiatie tussen de eerste- en tweedelijnsfuncties, van competentieprofielen van specialismen zoals de psychotherapeut, de neuropsycholoog en psychodiagnosticus (pp. 27 en 31).

Het aanbodgerichte uitgangspunt in de nota is achterhaald: er zijn betere alternatieven te vinden. Wat zorginhoud, -organisatie en -financiering betreft, is het wenselijk een vergelijking te maken die verder gaat dan de Nederlandse en Duitse situatie. De analyse moet ook diepgaander zijn dan alleen een verwijzing naar de gehanteerde referentietarieven. Het is jammer dat de waardevolle visies in de twee bijlagen (over het KCE-rapport en over het KOP-model voor de eerste lijn) niet geïntegreerd werden in de nota. Positief is dan weer dat men een kwaliteitscomponent opneemt in het financieringssysteem. Maar de werkgroep heeft (nog) geen operationele visie op de kwaliteitspraktijk en de controle daarop. Misschien biedt

het recent ingevoerde Nederlandse systeem van een kwaliteitsstatuut enige inspiratie (Delimon, 2017).

De werkgroep pleit om “in stappen te werken om geleidelijk aan tot regels te komen die vanuit de groep van klinische psychologen gedragen wordt” (p. 42). Maar streven naar consensus binnen de psychologengemeenschap dreigt een processie van Echternach te worden, zo heeft de totstandkoming van de wet op de ggz-beroepen ons geleerd. Belangrijker is rekening te houden met de financiële haalbaarheid van wat we beogen. Het gaat om veel nieuwe, extra budgetten die vanuit het RIZIV vrijgemaakt moet worden. In het beste geval komt dit op een geleidelijke en gefaseerde wijze tot stand. De federale regering maakte recent alvast de keuze om te starten met de terugbetaling van de eerstelijnspsycholoog. Er is echter nog een lange weg te gaan. Binnen het RIZIV moet bijvoorbeeld een eigen conventiecommissie voor psychologen worden samengesteld die voorstellen voor nomenclatuur en randvoorwaarden moet formuleren voor het verzekeringscomité. En zolang klinisch psychologen niet vertegenwoordigd zijn in het RIZIV-verzekeringscomité, blijven we voor het realiseren van onze doelstellingen afhankelijk van de goede wil van artsen, ziekenfondsen en overheid. We zullen gaandeweg hun vertrouwen moeten winnen door onze degelijkheid te (blijven) bewijzen.

Noten

1. Deze erkenning kwam er dankzij de wet van 4 april 2014 (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu [FOD VVVL], 2014) en de reparatiewet van 10 juli 2016 (FOD VVVL, 2016) die in werking trad op 1 september 2016. De Federale Raad voor Geestelijke Gezondheidszorgberoepen, die voor het eerst vergaderde op 6 juli 2017, heeft als opdracht de minister te adviseren bij de uitvoering van deze wet. Voor meer informatie zie: <https://www.health.belgium.be/nl/de-federale-raad-voor-geestelijke-gezondheidszorgberoepen>
2. Vermoedelijk verwijst dit naar het al dan niet ‘geconventioneerd’ zijn. Geconventioneerde zorgbeoefenaars houden zich aan de RIZIV-tarieven, terwijl niet-geconventioneerden hun tarieven zelf bepalen. Patiënten mogen hun zorgbeoefenaar vrij kiezen, maar het bedrag dat terugbetaald wordt vanuit het RIZIV, blijft hetzelfde.
3. Zie: <http://www.psy107.be> en <https://www.psyo-18.be>
4. Zie: http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/Vlaams_Actieplan_GG_o.PDF
5. Een functioneel bilan moet alle nuttige informatie bevatten om na te kunnen gaan of een gespecialiseerde aanpak nodig is, met inbegrip van de gevolgde behandelingen en, indien nodig, een oriënterend voorstel voor verdere behandeling.
6. Zie: <https://www.compsy.be/Onderzoeksprojecten>
7. De nota ‘Organisatie- en financieringsmodel psychologische zorg’ is te raadplegen op <http://www.zorgneticuro.be>
8. Gecodeerde lijst met de geneeskundige prestaties die geheel of gedeeltelijk vergoed of terugbetaald worden door de ziekteverzekering.
9. Het Nederlandse DBC-systeem zal waarschijnlijk vanaf 2020 vervangen worden door een zorgclustermodel gebaseerd op het zorgstelsel in Groot-Brittannië, waarin naast de diagnose vooral rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte en de zorgvraag gemeten met de HoNOS+-vragenlijst

(zie: <http://www.psynip.nl> > Actueel > Thema's > Agenda gepast gebruik & transparantie ggz > Een nieuwe bekostiging in de ggz met het 'Clustermodel').

10. Zie: <https://www.ehealth.fgov.be/nl/application/applications/BELRAI.html>; <https://www.zorg-en-gezondheid.be/belrai-%C3%Ag%C3%Agn-inschaling-voor-beter-toegankelijke-zorg> en <https://wiki.belrai.org/nl/>
11. In dit systeem betaalt de patiënt alleen het remgeld; de rest van het honorarium wordt rechtstreeks gefactureerd aan het ziekenfonds (de 'derde' in de relatie verzorger-verzorgde).
12. Art. 11bis luidt: "Elke beoefenaar van een gezondheidszorgberoep heeft de verantwoordelijkheid om de patiënt te verwijzen naar een andere ter zake bevoegde beoefenaar van een gezondheidszorgberoep wanneer de gezondheidsproblematiek waarvoor een ingreep is vereist de grenzen van het eigen competentiegebied overschrijdt." Dit artikel werd met de wet op de ggz-beroepen ingevoegd in de wet op de gezondheidszorgberoepen en heeft daardoor betrekking op alle gezondheidszorgberoepen!

Literatuur

- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., & Demyttenaere, K. (Red.) (2011). *Kan geestelijke gezondheid worden gemeten? Psychische stoornissen bij de Belgische bevolking*. Leuven: Acco.
- Cools, B. (2016a). Apologie voor een radicaal nieuwe GGZ. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 46, 158-165.
- Cools, B. (2016b). Collegiale en dienstbare autonomie. Hoe verhouden psychologen zich tegenover artsen en cgg? *Psyche*, 28(3), 12-14.
- Cools, B. (2016c). Psy-zorg: beter georganiseerd en betaald? *Psyche*, 28(2), 12-14.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., & Van Os, J. (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis.
- Delimon, J. (2017). Kwaliteitsstatuut: verplicht in Nederland, een model voor België? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47, 23-32.
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2014). 4 april 2014. – *Wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen* (Numac: 2014022198). Geraadpleegd via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=14-05-20&numac=201422198
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. (2016). 10 juli 2016. *Wet tot wijziging van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015 anderzijds* (Numac: 2016024159). Geraadpleegd via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&pub_date=2016-07-29&numac=2016024159&caller=summary
- Federatie van Sociale Ondernemingen. (2016). *SOM-reactie op het KCE rapport 'organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg*. Berchem: Auteur. Geraadpleegd via http://www.som.be/site/public/store/Standpunten/SOM-reactie_KCE_psychologische_zorg_def.pdf
- Kohn, L., Obyn, C., Adriaenssens, J., Christiaens, W., Van Cauter, X., & Eyssen, M. (2016). *Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg – Synthese* (Health Services Research; KCE Reports 265As; D/2016/10.273/31). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Ge-

raadpleegd via https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_265As_Psychotherapy_synthese_1.pdf

Van Herck, P., Sermeus W., & Annemans, L. (2013). *You get what you pay for. Naar een nieuw business model van zorg* (Analyse). Brussel: Itinera Institute. Geraadpleegd via http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20130424_zorgcongres_pvh_nl.pdf

Werkgroep zelfstandigen van de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen. (2017). *Naar een betere toegang tot de klinisch psycholoog: voorstel tot financiering van de klinisch psycholoog als zelfstandig zorgversprekker*. Geraadpleegd via <http://www.vvvp.be/> > Klinisch Psychologen in Vlaanderen > Wetgeving en Beleid > Terugbetaling voor klinisch psychologen voorstel

Zorgnet-Icuro. (2017). Kwaliteits- en financiële toetsing is essentieel. *Zorgwijzer*, 69, 18-19.

Personalia

Bob Cools, klinisch psycholoog-psychoanalytisch therapeut, directeur Centrum Geestelijke Gezondheidszorg De Pont in de regio Mechelen-Rupelstreek, docent geestelijke gezondheidszorg aan de Odisee Hogeschool te Brussel en lid van de Federale Raad voor Geestelijke Gezondheidszorgberoepen.

E-mail: bob.cools@cggdepont.be