

# Terugbetaling psychologische zorg

*Budgettaire impactanalyse en  
scenario voor implementatie*



**Colofon:** Redactie: Gorik Kaesemans en Thierry Delrue  
Eindredactie: Lieve Dhaene, Deborah Schollaert

Met dank aan: prof. dr. Ronny Bruffaerts

Vormgeving: [www.dotplus.be](http://www.dotplus.be)

D/2017/12607/4  
ISBN 9789491323287

2017©Zorgnet-Icuro

Niets uit deze uitgave mag door elektronische of andere middelen gereproduceerd en/of openbaar gemaakt worden zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

**Citeren als:** Kaesemans, Gorik & Delrue, Thierry. 2017. *Terugbetaling psychologische zorg. Budgettaire impactanalyse en scenario voor implementatie*. Zorgnet-Icuro.

Zorgnet-Icuro vzw  
Guimardstraat 1  
1040 Brussel  
[post@zorgneticuro.be](mailto:post@zorgneticuro.be)  
[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)

# Terugbetaling psychologische zorg

Budgettaire impactanalyse en scenario voor implementatie



# Inhoud

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Woord vooraf</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Inleiding</b>   | <b>6</b>  |
| 1. Gehanteerde uitgangspunten bij de budgettaire impactanalyse   | 8         |
| 2. Bouwstenen voor de budgettaire impactanalyse  | 11        |
| 3. Resultaten van de analyse: naar een budgettair haalbaar model   | 15        |
| 4. Financieringstechniek psychologische zorg op de eerste lijn   | 18        |
| <b>Conclusie en aanbevelingen</b>  | <b>19</b> |
| Bijlage 1 – De eerstelijnspsychologische functie: uitgangspunten en kritische succesfactoren bij operationalisering – visienota Zorgnet-Icuro januari 2015 | 21        |
| Bijlage 2a – Detail berekening scenario 1  | 23        |
| Bijlage 2b – Detail berekening scenario 2  | 24        |

# Woord vooraf

De terugbetaling van psychologische zorg stond reeds bij aanvang van de regering-Michel op de politieke agenda. In het regeerakkoord van 10 oktober 2014 beloofde de federale regering werk te maken van het versterken van de eerste lijn door een eventuele financiering en terugbetaling van de geestelijke gezondheidszorg te onderzoeken, bijvoorbeeld in het kader van bepaalde zorgtrajecten en zorgpaden.

De hoge prevalentie van psychische problemen en de economische impact ervan dwingen het beleid steeds nadrukkelijker om hiervan werk te maken. De cijfers zijn gekend: zeker één op de vier Belgen krijgt in de loop van zijn leven te maken met psychische problemen; het aantal loontrekkenden en zelfstandigen dat wegens psychische problemen langer dan een jaar afwezig is op de arbeidsmarkt, kende de voorbije tien jaar een stijging met meer dan 80%.

Ondanks de brede consensus over de nood aan een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke psychologische zorg blijkt de weg ernaartoe een zaak van lange adem. De voorbije jaren werd op dat vlak een belangrijke mijlpaal gerealiseerd. Het recente wetgevend kader geeft de klinisch psychologen een duidelijke erkenning als autonoom gezondheidszorgberoep en effent het pad om een kwaliteitskader rond psychologische zorg uit te bouwen. De in 2017 opgestarte Federale Raad voor de Geestelijke Gezondheidszorgberoepen speelt hierin een cruciale rol.

Niet toevallig publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in 2016 een rapport over de organisatie en financiering van psychologische zorg voor courante, milde tot matig-ernstige vormen van psychisch lijden. Het door het KCE voorgestelde model bekijkt de psychologische zorg enkel voor volwassenen. Hoewel een vroegtijdige interventie bij kinderen en jongeren heel belangrijk is in het voorkomen van ernstige problemen op latere leeftijd, nam het Kenniscentrum die doelgroep jammer genoeg niet mee in zijn oefening. De voornaamste reden is dat we in ons land niet beschikken over recente prevalentiecijfers voor minderjarigen.

Het voorstel van het KCE is bijzonder waardevol en goed onderbouwd. Het biedt een kader van waaruit de financiële impact kan worden berekend. Een analyse van die budgettaire impact vormt een cruciaal element om de volgende mijlpaal richting financiering van psychologische zorg te realiseren. Immers, een toets van het model op zijn budgettaire haalbaarheid zal toelaten om het te vertalen naar een regelgevend kader en een realistisch financieringsmechanisme. Dergelijke toetsing gebeurt het best geobjectiveerd, op basis van internationaal aanvaarde uitgangspunten.

In dit cahier nemen we de door de OESO en de WHO geformuleerde uitgangspunten als vertrekbasis voor een budgettaire impactanalyse van het KCE-rapport. Een scenario van getrapte en gedeelde zorg, met de huisarts als spilfiguur, komt in die analyse duidelijk naar voren als het meest gunstig. Samenwerking tussen basiszorg op de eerste lijn en meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg is in dit getrapte zorgmodel dé kritische succesfactor.

De impactanalyse in dit cahier levert duidelijke krijtlijnen die toelaten om de gedragen KCE-voorstellen verder te concretiseren. De vertaling naar een operationeel model is immers nodig. Zorgnet-Icuro formuleert een aantal aanbevelingen en nodigt alle betrokkenen uit om hierover verder in debat te gaan en concreet werk te maken van een verdere operationalisering.

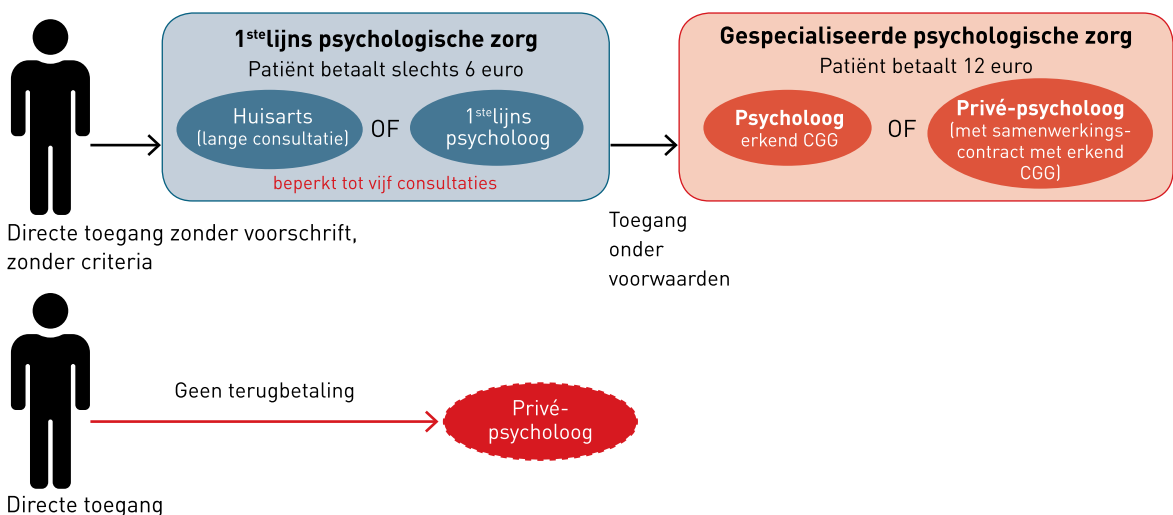
Peter Degadt,  
Gedelegeerd bestuurder

Dr. Etienne Wauters,  
Voorzitter

# Inleiding

In april 2016 publiceerde het KCE een studie over de organisatie en financiering van psychologische zorg.<sup>1</sup> Het door het KCE voorgestelde model focust op de opvang en aanpak van courante, milde tot matig-ernstige vormen van psychisch lijden bij volwassenen. De studie bekijkt een organisatie die parallel loopt met de aanpak van meer ernstige en langdurige psychische aandoeningen in de huidige GGZ-voorzieningen en netwerken. Het KCE is ervan overtuigd dat de aanpak van milde tot matig-ernstige vormen van psychisch lijden een belangrijke rol speelt bij de vroegtijdige opsporing van meer ernstige aandoeningen en hun doorverwijzing naar de al bestaande GGZ-structuren en initiatieven. Tegelijk kan vroegtijdige opsporing leiden tot het vinden van matig-ernstige en milde psychische problemen die gemakkelijk door de eerste lijn kunnen worden behandeld. Bij de uitwerking van dit model deden de KCE-onderzoekers een uitgebreide literatuurstudie van bestaande buitenlandse terugbetalingssystemen. Ze lieten zich ook sterk inspireren door de Vlaamse pilootprojecten van de 'Eerstelijns Psychologische Functie' (ELPF).<sup>2</sup> Over de kritische succesfactoren bij de implementatie van die ELPF publiceerde Zorgnet-Icuro begin 2015 al een visienota (zie de volledige tekst hiervan in bijlage 1).

Het KCE bepleit een organisatiemodel met twee niveaus: het eerste algemeen niveau is direct toegankelijk, zonder voorschrift of voorafgaande criteria. Als de zorg op het eerste niveau niet volstaat, biedt een tweede niveau – na doorverwijzing – gespecialiseerde zorg. In dat getrapte model kunnen mensen met courante, milde tot matig-ernstige psychische problemen terecht bij een eerstelijnspsycholoog of bij de huisarts. De ziekteverzekering betaalt maximaal vijf sessies terug. Wanneer blijkt dat dit niet volstaat, of wanneer al aan het begin blijkt dat het om een ernstiger problematiek gaat, kunnen mensen op het tweede niveau terecht voor meer gespecialiseerde zorg en behandeling. Het KCE beveelt aan dat de huisarts én de psycholoog van de eerste lijn die doorstroming bewaken en attesteren. Ook hier is het aantal terugbetaalde sessies beperkt, maar er moeten wel voldoende sessies worden voorzien. Het KCE stelt voor dat mensen voor die gespecialiseerde zorg terecht kunnen in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) of bij zelfstandige psychologen die een samenwerkingsovereenkomst met een CGG afsluiten.



Organisatiemodel terugbetaling psychologische zorg (KCE)

1 Eysen M. e.a. 2016. *Organisatie- en financieringsmodel voor de psychologische zorg*, KCE Reports 265A.  
2 Coppens, E., Neyens, I., Van Audenhove, Ch. 2015. *Onderzoek naar de invoering van een eerstelijnspsychologische functie in Vlaanderen: onderzoeksrapport*; Coppens, E., Van Audenhove, C. 2016. *Eerstelijnspsycholoog is succes. Lage drempel, toegankelijk en flexibel.*

Parallel aan dit beleidsvoorbereidend onderzoek loopt het wetgevend initiatief met betrekking tot de geestelijke gezondheidsberoepen. De wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen (04/04/2014) en op de uitoefening van de gezondheidsberoepen (10/05/2015) zijn belangrijke mijlpalen op het pad richting de terugbetaling van psychologische zorg. In dit wetgevend kader wordt psychotherapie gedefinieerd als een behandelvorm voorbehouden aan klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en artsen. Psychotherapeut wordt geen apart gezondheidsberoep. Tegelijkertijd komen er overgangsmaatregelen voor mensen die buiten die drie beroepsgroepen vallen maar wel een opleiding psychotherapie volgen of hebben gevolgd.

Deze publicatie wil de budgettaire impact in kaart brengen van het door het KCE voorgestelde organisatie- en gemengde financieringsmodel. Twee budgettaire scenario's worden tegenover elkaar afgewogen in het licht van een aantal fundamentele uitgangspunten voor kwaliteitsvolle psychologische zorg zoals geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling.<sup>3</sup>

3 OECD. 2014. *Making Mental Health Count – The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. OECD Health Policy Studies.

# 1. Gehanteerde uitgangspunten bij de budgettaire impactanalyse

## 1.1. Hoge prevalentie, comorbiditeit en behandelkloof

### Prevalentie van psychische stoornissen

De OESO wijdt in haar referentiewerk *Making Mental Health Count* een volledig hoofdstuk aan het belang van de psychologische zorg voor milde tot matig-ernstige psychische aandoeningen. Daaronder valt de hele groep van aandoeningen met een hoge prevalentie (op jaarbasis ongeveer 13%) op populatieniveau, zoals depressie, angststoornissen, somatoforme stoornissen, eetstoornissen, ADHD... In vergelijking met de groep van zogenaamde ernstige psychische aandoeningen<sup>4</sup>, zoals bijvoorbeeld psychotische stoornissen, zijn de symptomen bij milde tot matig-ernstige aandoeningen vaak minder ernstig en talrijk, duren ze korter en hebben ze relatief gezien een minder omvattende impact op het globaal functioneren. Het internationaal ESEMeD-onderzoek<sup>5</sup> bracht de prevalentie bij volwassenen in kaart van de *Common Mental Disorders*, met name voor stemmings- en angststoornissen, middelenafhankelijkheid en externaliserende stoornissen (onder meer ADHD bij volwassenen). Uit het onderzoek blijkt in België een *lifetime* prevalentie van die *Common Mental Disorders* van 29% en een 12-maanden prevalentie van 13%.<sup>6</sup> Volgens het OESO-rapport zijn 75% tot 80% van die *Common Mental Disorders* (CMD) mild tot matig; in ESEMeD is dat 67%.

Uit de gezondheidsenquête 2013 blijkt dat in België één op de drie personen (32%) van 15 jaar en ouder indicaties van psychisch onwelbevinden vertoont.<sup>7</sup> In de enquête wordt het algemeen psychisch welbevinden (of niet-welbevinden) ingeschat aan de hand van een vragenlijst bestaande uit 12 items (General Health Questionnaire-12), die een reeks van gemeenschappelijke symptomen voor psychopathologische problemen omvat, zonder precieze diagnose. De cijfers uit de gezondheidsenquête zijn met andere woorden weinig specifiek maar geven wel een goed zicht op de totale omvang van psychisch (niet-)welzijn.

### Impact en comorbiditeit van psychische stoornissen

De impact van de groep milde tot matig-ernstige aandoeningen op het individu en de samenleving is groot in termen van vroegere mortaliteit, hogere morbiditeit en slechtere uitkomsten voor chronische somatische problematieken. Bij wijze van voorbeeld kan worden gesteld dat de comorbiditeit tussen depressie en chronische somatische problemen (zoals diabetes, cardiovasculaire aandoeningen...) hoog is: wie een chronische somatische aandoening heeft, heeft 90% méér kans op een psychische stoornis<sup>8</sup>; 30% van de patiënten met chronische

- 4 Bij personen met ernstige psychische aandoeningen is er sprake van ernstige psychopathologie, langdurige beperkingen, meerdere zorgbehoeften en de noodzaak om behandeling, begeleiding en ondersteuning op meerdere levensdomeinen op elkaar af te stemmen. Mensen met psychotische aandoeningen vormen de grootste groep, maar ook velen met een angst-, stemmings- en persoonlijkheidsstoornis of een verslaving behoren tot de groep met ernstige psychische aandoeningen. Definitie overgenomen uit Delespaul, Philippe e.a. 2014. *Over de brug, plan van aanpak voor de begeleiding, behandeling en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*.
- 5 Het ESEMeD-onderzoek vond plaats in België, Frankrijk, Duitsland, Italië, Nederland en Spanje. De Belgische resultaten zijn onder meer beschreven in Bruffaerts, R. 2004. e.a. "Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking", *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 2: 75-85.
- 6 Bruffaerts R, e.a., "Mental Health in Belgium: Current Situation and Future Perspectives" in Kessler, R.C. & Üstün, T.B., eds. 2008. *The World Mental Health Survey Initiative Volume One: Patterns of mental illness in the WMH Surveys*, 279-304.
- 7 Gezondheidsenquête 2013, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, rapport 1: gezondheid en welzijn.
- 8 Scott K, e.a. 2007. "Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys", *Journal of Affective Disorders*, 103: 113-120.



somatische aandoeningen hebben psychische stoornissen. Patiënten met comorbide psychische en somatische gezondheidsproblemen hebben een totale gezondheidszorgkost die tot 45% hoger ligt, zo bleek uit onderzoek van de Kings Fund.<sup>9</sup>

Unipolaire depressies (de meest prevalentie psychische stoornis; 5% op jaarbasis) zijn bovendien nu al verantwoordelijk voor het grootste aandeel in de zogenaamde *Disability Adjusted Life Years* (DALY's) in de Europese landen met de meeste midden- tot hogere inkomens. Ze leiden tot 58 dagen per jaar slechter of niet functioneren in het dagelijkse leven (vooral sociaal functioneren, maatschappelijke participatie en functioneren in het gezin). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voorspelt dat tegen 2030 unipolaire depressies de belangrijkste oorzaak van DALY's zullen zijn.

### De behandelkloof bij psychische stoornissen

De behandelkloof voor depressie en angststoornissen wordt globaal gezien ingeschat op 56,3% voor depressie en 57,5% voor gegeneraliseerde angststoornis. In de ESEMeD-studie bleek dat in België 60% van de bevestigden met een diagnoseerbare psychische stoornis niet gevat is in formele behandeling. Ter vergelijking: bij diabetici ligt dat percentage van 'niet in behandeling ondanks aantoonbare aandoening' op 8%. Een vollediger beeld van het zorggebruik krijgen we wanneer we ook kijken naar de proportie personen die ooit hulp zoekt voor hun psychische stoornis. Uit analyses blijkt dat de meerderheid van personen met een angst- en stemmingsstoornis uiteindelijk toch de stap zet naar professionele hulpverlening, respectievelijk 84% en 94%. Dat betekent dus dat onze organisatie en structuur van de geestelijke gezondheidszorg niet leidt tot een makkelijke en laagdrempelige toegang tot de zorg<sup>10</sup>. Omgekeerd leidt de huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg tot een zekere mate van overbehandeling: slechts de helft van de personen in ambulante GGZ-behandeling heeft een 12-maanden psychische stoornis en tot 22% van de personen in behandeling bij een psychiater heeft geen psychische stoornis.<sup>11</sup> Die "overbehandeling" is ook te merken in de hoge doses voorgeschreven antidepressiva (cf. infra). Personen met (lichte) psychische stoornissen komen in België te snel in een sterk gespecialiseerde vorm van behandeling terecht.

## **1.2. Gedeelde zorg, stepped care en sterke netwerken tussen zorgactoren**

De WHO stelt dat *collaborative care models*, met andere woorden gedeelde zorgmodellen (waarbij interventies in nauwe afstemming gebeuren tussen actoren op de eerste lijn en actoren vanuit de gespecialiseerde GGZ) de beste en duurzaamste kansen bieden op kwaliteitsvolle zorg. De principes van getrapte zorg (*stepped care*), die uitgaan van behandeling op de laagst mogelijke behandeltriede en gepaste op- en afschaling van zorg, kunnen daarbij het uitgangsprincipe zijn. Een consult- en liaisonmodel, waarbij specialisten een adviserende rol hebben ten aanzien van actoren op de eerste lijn, is gangbaar in heel veel OESO-landen. Patiënten met een milde psychische problematiek kunnen zo direct worden geholpen door hun huisarts. Patiënten met matig-ernstige aandoeningen worden behandeld door hun huisarts in samenwerking met de zogenaamde *Community Mental Health Centers* (CMHC). Bij ernstige psychische aandoeningen wordt het zorgaanbod verder opgeschaald naar meer gespecialiseerde modules van ambulante en/of residentiële zorg. De implementatie van dergelijke getrapte zorg veronderstelt dat voldoende kennis omtrent psychische problematiek in de toekomst deel uitmaakt van het curriculum van actoren op de eerste lijn en dat de huisarts in zijn rol van eerste aanspreekpunt ook voldoende opleiding en ondersteuning krijgt. Uit de ESEMeD-studie blijkt trouwens dat wanneer patiënten met psychologische of emotionele problemen in België hulp zoeken, ze in 77% van de gevallen aankloppen bij hun huisarts.

9 Naylor, Parsonage, McDaid e.a. 2012. *In Long Term Conditions and Mental Health*.

10 Bruffaerts R, e.a. 2007. *Lifetime treatment for mental disorders in the Belgian general population. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42: 937-944.

11 Bruffaerts R, e.a. "How many people without mental disorders are treated in specialized outpatient mental health services in Belgium?" In voorbereiding.

### 1.3. Analyse van en impact op het voorschrijfgedrag en gebruik van antidepressiva

Het gebruik van antidepressiva in België ligt zeer hoog. Op basis van de beschikbare RIZIV-data voor 2014 (vanuit openbare officina) weten we dat 1.198.622 Belgen antidepressiva slikten. Dat komt neer op 304.816.205 dagelijkse dosissen op jaarbasis. De kost voor het voorschrijven van psychofarmaca ligt op 469 miljoen euro (111 dagelijkse dosissen per 1.000 inwoners voorgeschreven door huisartsen en 22 dagelijkse dosissen per 1.000 inwoners door psychiaters). Het organisatie- en financieringsmodel voor psychologische zorg moet een impact hebben op het voorschrijfgedrag van psychofarmaca en de huidige kost ervan doen dalen.

### 1.4. Stimuleren van *evidence based practices*

Voor de behandeling van milde tot matig-ernstige *common mental disorders* zoals depressie en angststoornissen is heel wat literatuur voorhanden over een *evidence based* behandel-aanpak, waarbij zowel de medicamenteuze als de psychologische en psychotherapeutische component aan bod komen. Het National Institute voor Health and Clinical Excellence (NICE) zorgt in het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld voor een ruime verspreiding onder de zorg-verleners van *evidence based* behandelrichtlijnen. Ook in België zou de psychologische zorg voor milde tot matig-ernstige psychische problemen gebaseerd moeten zijn op die *evidence based* praktijken en richtlijnen.

### 1.5. Maximaliseren van de kansen op vroegtijdige detectie en adequate toeleiding naar gepaste zorg

Niet elke milde tot matige problematiek evolueert naar een (meer) ernstige psychische aandoening. Wel heeft de duur van de onbehandelde periode een aangetoonde negatieve impact op de later gestarte behandeling (impact op frequentie en ernst van symptomen en op behandelrespons). Er is evidentie dat de eerste twee tot vijf jaar na de *onset* van een problematiek cruciaal zijn voor de verdere prognose. Tussen de aanvang van een aandoening en het eerste contact met de GGZ ligt in België een periode van gemiddeld meer dan 10 jaar. Voor stemmingsstoornissen is de duur van de onbehandelde periode gemiddeld een jaar, voor angststoornissen gemiddeld 16 jaar en voor middelenmisbruik 18 jaar (ESEMeD-studie). Hierdoor lopen patiënten een verhoogd risico dat ze een levenslange behandeling zullen nodig hebben. Tijdige detectie en directe toeleiding naar gepaste zorg zijn dus essentiële principes waaraan de organisatie en de financiering van psychologische zorg moeten worden afgetoetst. Gezondheidseconomisch onderzoek<sup>12</sup> in het Verenigd Koninkrijk toont aan dat elke pond geïnvesteerd in vroegtijdige detectie en behandeling van depressie op de werkvloer een *return on investment* (ROI) heeft van vijf pond. Voor screening op alcoholmisbruik ligt die op een factor 11,75 (investering van 1 pond levert een terugverdieneffect op van 11,75 pond). Voor de vroegtijdige detectie en behandeling van psychose ligt de ROI op een factor 18. Die terugverdieneffecten liggen niet uitsluitend binnen de zorgsector, maar ook op het vlak van bijvoorbeeld re-integratie op de arbeidsmarkt en andere domeinen.

12 Knapp, McDavid, Parsonage, 2011. *Mental Health Promotion and mental illness prevention: the economic case.*

## 2. Bouwstenen voor een budgettaire impact-analyse

De budgettaire analyse is gebeurd op basis van populatie- en prevalentiegegevens. In eerste instantie zijn de berekeningen gemaakt voor de meerderjarigen in België. Uiteraard is een vertaalslag naar minderjarigen evenzeer relevant, zeker gezien de hoge noden en de grote gezondheidswinsten die kunnen worden geboekt bij die doelgroep. Het KCE-model spreekt zich niet uit over kinderen en jongeren. De gegevens van de gezondheidsenquête in België beperken zich tot 15+, waardoor bruikbare prevalentiegegevens voor minderjarigen op Belgisch niveau ontbreken. Bovendien is de directe context bij kinderen en jongeren (ouders, school...) altijd meervoudig en meestal complexer in vergelijking met een volwassen doelgroep. Dat maakt een budgettaire vertaalslag ook minder evident. Daarom vragen we de overheid om de gezondheidsenquête uit te breiden naar kinderen en jongeren, zeker nu het landschap van de jeugdhulp en de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren volop in hervorming is.

Volgens de demografische gegevens waren er op 1/1/2016 in België negen miljoen inwoners van achttien jaar en ouder. De ESEMeD-studie<sup>13</sup> is de enige prevalentiestudie waarop we ons kunnen baseren om een inschatting te maken van de omvang van de psychische problematiek in België. Die ESEMeD-studie bracht de zogenaamde *Common Mental Disorders* in kaart en kwam uit op een 12-maandenprevalentie van 12,7%. In de ESEMeD-studie werden de ernstige psychische aandoeningen (EPA, bijvoorbeeld psychotische stoornissen) niet onderzocht. Vanuit Nederlandse prevalentiecijfers schatten we prevalentie van die EPA-groep op niveau van de Belgische populatie in op 1,7%, ofwel 152.700 landgenoten.<sup>14</sup> Dit maakt dat 1.293.456 **Belgen op jaarbasis** gebaat zijn bij vlot toegankelijke en kwaliteitsvolle psychologische zorg.

|  |            |           |
|--|------------|-----------|
| Belgische bevolking op 1/1/2016  | 18-64 jaar | 6.919.768 |
|  | 64+        | 2.062.561 |
|  | Totaal     | 8.982.329 |
| 12-maanden prevalentie milde,-matig-ernstige, ernstige aandoeningen ( <i>common mental disorders</i> )(ESEMeD) | 12,70%     | 1.140.756 |
| 12-maandenprevalentie EPA (Ph. Delespaul)  | 1,70%      | 152.700   |
| totale 12-maandenprevalentie op populatieniveau  | 14,40%     | 1.293.456 |

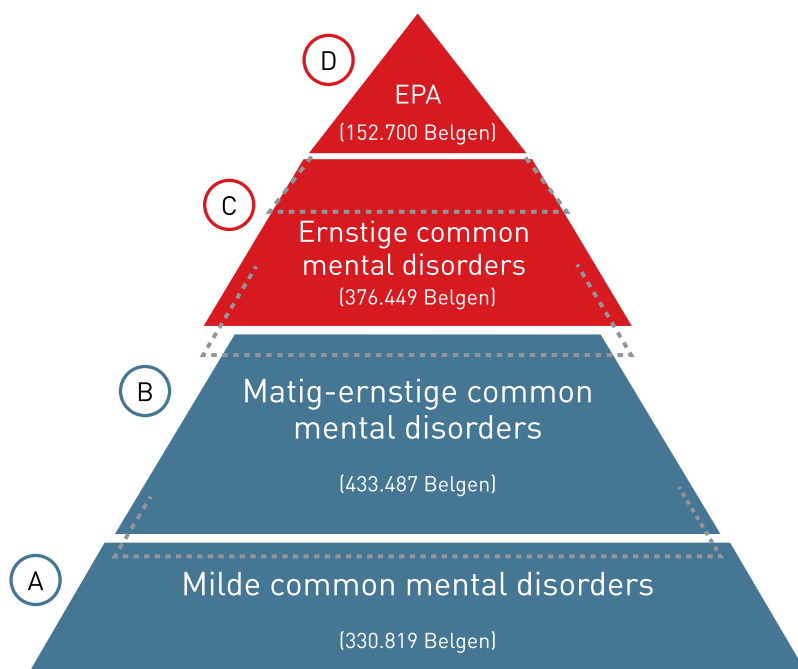
Een verdere differentiatie in functie van ernst toont ons vanuit de ESEMeD-gegevens dat, bij diegenen die voldoen aan de criteria voor een 12-maanden *common mental disorder*, 29% een milde psychische stoornis heeft, 38% een matig-ernstige en 33% een ernstige psychische stoornis.

13 Bruffaerts, R, e.a. 2008. "Mental Health in Belgium: Current Situation and Future Perspectives" in: Kessler, R.C. & Üstün, T.B., eds. *The World Mental Health Survey Initiative Volume One: Patterns of mental illness in the WMH Surveys*, 279-304.

14 Delespaul, P. e.a. 2013. "Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun aantal in Nederland", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55: 427-438.

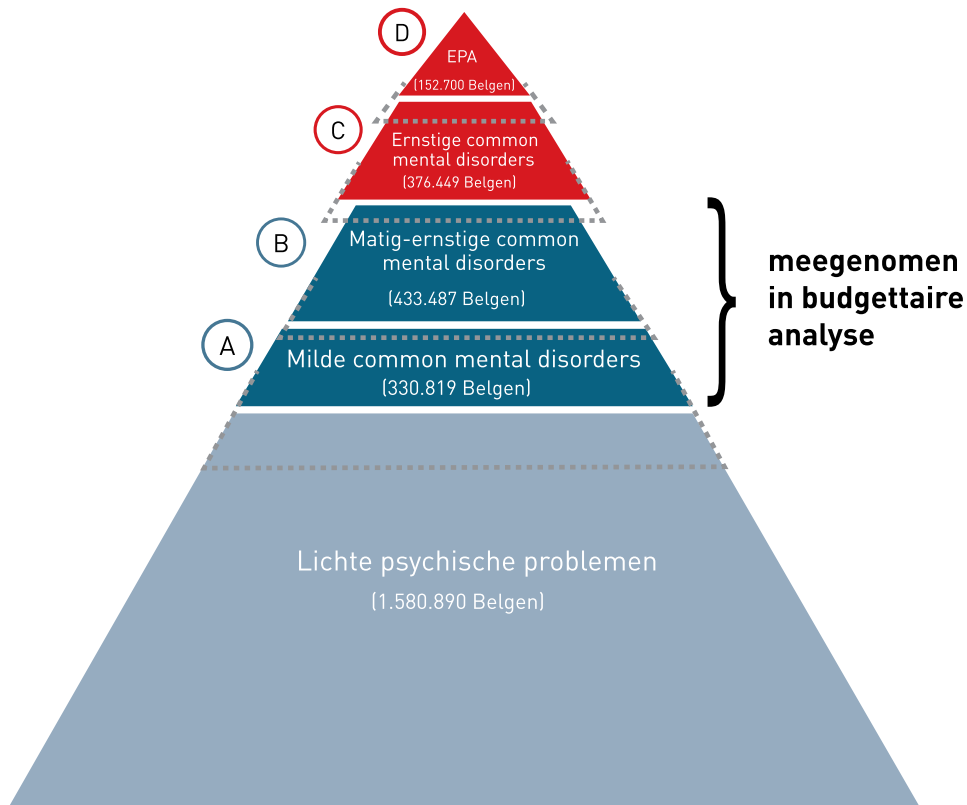
| Zorgzwaarte   | Prevalentie % | Geschat aantal Belgen |
|---|---------------|-----------------------|
| <b>12-maandenprevalentie <i>common mental disorders</i> (cmd)</b> | <b>12,70%</b> | <b>1.140.756</b>      |
| milde psychische aandoeningen (cmd)                               | 29%           | 330.819               |
| matig-ernstige psychische aandoeningen (cmd)                      | 38%           | 433.487               |
| ernstige psychische aandoeningen (cmd)                            | 33%           | 376.449               |
| <b>12-maandenprevalentie EPA</b>                                  | <b>1,70%</b>  | <b>152.700</b>        |

Op basis van de actueel beschikbare prevalentiegegevens gaan we uit van een verdeling van de jaarprevalentie van psychische problematiek op niveau van de Belgische meerderjarige populatie volgens de piramide in onderstaande figuur, waarbij 59% tot de cluster milde tot matig-ernstige problemen behoort (A+B). De figuur geeft "prevalentie-blokken" weer van qua ernst van elkaar verschillende psychische problemen. In realiteit gaat het niet om strikt gescheiden groepen. Psychische problemen situeren zich op een continuüm qua ernst en complexiteit, vandaar de stippellijnen in de figuur.



In de verdere budgettaire impactanalyse laten we de EPA-groep (D) en de populatie met een ernstige *common mental disorder* (C) buiten beschouwing. De KCE-studie richt zich namelijk op de aanpak van milde tot matig-ernstige psychische aandoeningen en voorziet een organisatiemodel parallel met en complementair aan de aanpak van ernstige en langdurige psychische aandoeningen in de huidige GGZ-voorzieningen en netwerken. We richten met andere woorden onze budgettaire oefening in wat hierna komt enkel op de prevalentie van milde tot matig ernstige problemen (A + B in bovenstaande figuur) en onderstrepen dat verdere verfijning van deze figuur op basis van actuele prevalentiecijfers noodzakelijk is.

Wat we in de budgettaire oefening niet meenemen, is de prevalentie van de lichte psychische problemen. Als we ons baseren op de gezondheidsenquête van 2013 en de daarin beschreven globale inschatting van psychisch onwelzijn in combinatie met de gegevens uit de ESEMeD-studie komen we tot volgende figuur (zie pagina 13).



In de budgettaire analyse vergelijken we twee scenario's:

- Scenario 1** gaat uit van breed aanbod aan psychologen op de eerste lijn die voor terugbetaling in aanmerking komen. De toegang tot die zorg is niet gebonden aan voorwaarden of criteria en wordt parallel aan de huisartsen georganiseerd. We nemen in scenario 1 aan dat alle milde *common mental disorders* kunnen worden verholpen door kortdurende interventies bij die psycholoog op de eerste lijn, evenals bijna driekwart van de matig-ernstige aandoeningen. Eén kwart van de matig-ernstige aandoeningen heeft in scenario 1 meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg nodig. Met andere woorden: in dit scenario ontvangen 650.231 Belgen psychologische zorg door psychologen op de eerste lijn, 114.076 Belgen hebben nood aan zorg binnen de meer gespecialiseerde GGZ:

| Zorgzwaarte                   | Zorgvorm   | Aantal Belgen |
|-------------------------------|--|---------------|
| Milde psychische aandoeningen | - psycholoog eerste lijn, beperkt # consultaties | 114.076       |
|                               | - psycholoog eerste lijn, beperkt # consultaties | 216.744       |
| Matig-ernstige aandoeningen   | - psycholoog eerste lijn, beperkt # consultaties | 319.412       |
|                               | - gespecialiseerde GGZ (ambulant)                | 114.076       |

- Scenario 2** vertrekt vanuit een getrapte zorglogica. In dit tweede scenario nemen we dezelfde prevalentiecijfers als uitgangspunt maar we schalen het zorgaanbod op naar gelang de veronderstelde verdeling van de zorgzwaarte. Die verdeling ziet er uit als volgt:

| Zorgzwaarte                   | Zorgvorm   | Aantal Belgen |
|-------------------------------|--|---------------|
| Milde psychische aandoeningen | - via zelfzorg, ondersteund door de huisarts       | 114.076       |
|                               | - door de huisarts, beperkt # langere consultaties | 216.744       |
| Matig-ernstige aandoeningen   | - psycholoog eerste lijn, beperkt # consultaties   | 319.412       |
|                               | - gespecialiseerde GGZ (ambulant)                  | 114.076       |

In dit getrapte scenario kan één op drie van de milde psychische aandoeningen (cluster A in de figuur op pagina 12) door zelfzorg of door de nu al voorhanden basiszorg vanuit de huisarts worden ondervangen. De huisarts kan daarbij onder meer beroep doen op (te ontwikkelen) *evidence based* online toepassingen en krijgt hierbij ondersteuning vanuit de gespecialiseerde GGZ (consult en liaison). Voor twee op drie van de milde psychische aandoeningen biedt de huisarts –ondersteund vanuit de eerstelijnspsychologische functie– via een systeem van (een beperkt aantal) langer durende psychologische consultaties de gepaste psychologische zorg. Indien nodig schakelt de huisarts in dit scenario de hulp in van de eerstelijnspsycholoog.

We gaan er in dit getrapte scenario van uit dat bijna driekwart van de matig ernstige problemen (cluster B uit de figuur) via kortdurende interventies door de eerstelijnspsycholoog kunnen worden opgenomen. Dit ligt in lijn van de resultaten van de evaluatie van de lopende pilootprojecten rond de eerstelijns psychologische functie. Voor één op vier van die matig ernstige problemen is gespecialiseerde ambulante GGZ nodig.

Conform het KCE-model hanteren we een gemengd financieringsmodel waarbij voor psychologische zorg op de eerste lijn:

- een praktijkvergoeding wordt voorzien voor intervisie, administratieve taken en integratie in het lokaal interdisciplinair netwerk;
- een vast forfait geldt per patiënt voor het openen/bijhouden van het Globaal Medisch Dossier met SumEHR;
- een betaling per prestatie is voorzien;
- remgeld of patiëntenbijdrage (6 euro / 1,5 euro verminderde bijdrage) per sessie wordt bepaald.

In functie van de vergelijkbaarheid tussen beide scenario's hanteren we in beide scenario's op dezelfde manier de volgende structurele parameters:

- De praktijkvergoeding voor de psycholoog op de eerste lijn bedraagt 6.000 euro per jaar. Ook in de gespecialiseerde zorg voorzien we dezelfde praktijkvergoeding.
- Voor het vast forfait per patiënt op de eerste lijn hanteerden we 60 euro. Binnen de meer gespecialiseerde zorg gaan we ervan uit dat de kost verbonden aan het elektronisch patiëntendossier én aan het noodzakelijke multidisciplinair overleg viermaal zo hoog ligt (240 euro per patiënt). Registratie-, rapportage- en communicatiekosten (multidisciplinair overleg tussen zorgprofessionals) liggen gezien de langere duur van de behandeling en de sterkere complexiteit hoger in de gespecialiseerde GGZ.
- De terugbetaling per prestatie en de patiëntenbijdrage modelleren we conform de aanbevelingen uit het KCE-rapport. We nemen als uitgangspunten:
  - Een langdurige consultatie bij de huisarts duurt 30 minuten en kost 40 euro waarvan de patiënt 6 euro betaalt (1,5 euro bij verminderde bijdrage);
  - Een sessie van 45 tot 60 minuten bij een psycholoog op de eerste lijn kost 60 euro, waarvan de patiënt 6 euro betaalt (1,5 bij verminderde bijdrage);
  - Een sessie van 45 tot 60 minuten in een CGG kost 60 euro, waarvan de patiënt 12 euro betaalt (3 euro bij verminderde bijdrage).
- In de Vlaamse pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie bedraagt het gemiddeld aantal sessies per patiënt 3,5. We nemen in beide scenario's als uitgangspunt een gemiddelde van 4 sessies op de eerste lijn, zowel voor de langerdurende consultaties bij de huisarts als voor de consultaties bij de psychologen op de eerste lijn.
- Op basis van de EPD-gegevens vanuit de Vlaamse CGG nemen we op het niveau van de meer gespecialiseerde GGZ 15 sessies als gemiddelde.

### 3. Resultaten van de analyse: naar een budgettair haalbaar model

Wanneer we op basis van bovenstaande prevalentiecijfers en parameters beide scenario's berekenen, komen we in scenario 1 uit op een kost van 324 miljoen euro<sup>15</sup> en voor scenario 2 op 281 miljoen euro. In het tweede scenario is ook de ontwikkelingskost van online toepassingen ter ondersteuning van door de huisarts geïnitieerde zelfzorg ingeschat op 25 miljoen euro op jaarbasis en is de kost voor liaison en consult vanuit GGZ naar de huisarts ingeschat op 30 euro per patiënt op jaarbasis. Voor de gedetailleerde berekeningen van beide scenario's, zie bijlage 2a en 2b. Onderstaande tabel maakt het verschil in kostprijs tussen beide scenario's duidelijk.

| <b>SCENARIO 1:</b> Behandeling van bijna alle milde tot matig ernstige klachten door vrij toegankelijke psychologen op de eerste lijn   | <b>SCENARIO 2:</b> Model van getrapte en gedeelde zorg met huisarts als spilfiguur   |
|---|--|
| <b>Bereikte patiënten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 650.231 via consultaties bij psycholoog eerste lijn</li> <li>- 114.076 via consultaties bij psycholoog in gespecialiseerde ambulante GGZ</li> </ul>                                      | <b>Bereikte patiënten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 114.076 via zelfzorg, ondersteund door huisarts (€30 per patiënt i.f.v. consult &amp; liaison vanuit GGZ)</li> <li>- 216.744 via langer durende consultaties bij de huisarts</li> <li>- 319.412 via consultaties bij psycholoog eerste lijn</li> <li>- 114.076 via consultaties bij psycholoog in gespecialiseerde ambulante GGZ</li> </ul> |
| <b>Patiëntbijdrage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psycholoog eerste lijn: € 6 (€ 1,5)*</li> <li>- Psycholoog tweede lijn: € 12 (€ 3)*</li> </ul>  | <b>Patiëntbijdrage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlengde consultatie huisarts: € 6 (€ 1,5)*</li> <li>- Psycholoog eerste lijn: € 6 (€ 1,5)*</li> <li>- Psycholoog tweede lijn: € 12 (€ 3)*</li> </ul>   |
| <b>Prestatiefinanciering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psycholoog eerste lijn: € 54 (€ 58,5)*</li> <li>- Psycholoog tweede lijn: € 48 (€ 57)*</li> </ul>   | <b>Prestatiefinanciering</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlengde consultatie huisarts: € 34 (€ 38,5)*</li> <li>- Psycholoog eerste lijn: € 54 (€ 58,5)*</li> <li>- Psycholoog tweede lijn: € 48 (€ 57)*</li> </ul>  |
| <b>Praktijkvergoeding</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psycholoog eerste lijn: € 6.000 per VTE</li> <li>- Psycholoog tweede lijn: € 6.000 per VTE</li> </ul> <b>Forfait:</b> € 60 per patiënt op de eerste, € 240 per patiënt op de tweede lijn | <b>Praktijkvergoeding</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psycholoog eerste lijn: € 6.000 per VTE</li> <li>- Psycholoog tweede lijn: € 6.000 per VTE</li> </ul> <b>Forfait:</b> € 60 per patiënt op de eerste lijn, € 240 per patiënt op de tweede lijn   |
| <b>Aantal sessies (gemiddeld)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij psycholoog eerste lijn: 4</li> <li>- Bij psycholoog tweede lijn: 15</li> </ul>   | <b>Aantal sessies (gemiddeld)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bij psycholoog eerste lijn: 4</li> <li>- Bij psycholoog tweede lijn: 15</li> </ul>  |
| <b>TOTALE KOST: € 324.057.918</b>   | <b>TOTALE KOST: € 281.764.734</b>  |

\*tussen haakjes staan de bedragen bij een verminderde patiëntenbijdrage, omwille van een verhoogde tegemoetkoming. Dit aantal is in beide scenario's constant gehouden op 30% van de patiëntenpopulatie.

15 Dat is de kost exclusief het bedrag dat ten laste komt van de patiënt.

In onderstaande tabel houden we beide scenario's tegen het licht van de hierboven beschreven internationale uitgangspunten. De kost voor scenario 1 is 15% hoger dan voor scenario 2.

| Scenario houdt rekening met                              | Scenario 1   | Scenario 2   |
|--|--|--|
| <b>Comorbiditeit fysische en psychische problematiek</b> | Psychologen functioneren parallel aan de huisarts. Kans dat comorbiditeit onvoldoende van bij de aanvang in beeld komt is reëel. <sup>16</sup> Dit risico kan worden opgevangen wanneer diagnostiek als verplicht wordt ingecalculleerd. <sup>17</sup>                                     | De huisarts bekijkt zowel de fysieke als mentale component en bewaakt vanuit zijn centrale rol de verdere integratie van beide.  |
| <b>Behandelkloof <i>common mental disorders</i></b>      | In dit scenario wordt de behandelkloof overbrugd. De kans dat dit gebeurt is in dit scenario groter in vergelijking met scenario 2, al is het risico op overconsumptie ook groter.   | In dit scenario wordt de behandelkloof overbrugd.  |
| <b>Principes van getrapte zorg</b>                       | Dit scenario is in heel beperkte mate opgebouwd volgens de principes van getrapte zorg.  | Dit scenario is sterk opgebouwd volgens de principes van getrapte zorg.  |
| <b>Impact op voorschrijfgedrag</b>                       | Aangezien de afstemming tussen de huisarts en de psycholoog op de eerste lijn in dit scenario klein is, bestaat de kans dat een deel van de populatie zowel medicamenteuze als psychologische behandeling krijgt, terwijl dit niet altijd nodig is.  | Gezien de centrale rol van de huisarts is de kans op een daling van het voorschrijfgedrag groter. Voorwaarden hiertoe zijn wel voldoende opleiding, ondersteuning en mogelijkheden tot consult en liaison voor de huisarts.  |
| <b>Evidence based practice</b>                           | De kans op toepassing van <i>evidence based practice</i> en richtlijnen is gelijk in beide scenario's. Die is afhankelijk van onder meer de installatie van een onafhankelijk instituut met een mandaat om die op Belgisch/Vlaams niveau te ontwikkelen en de toepassing ervan te bewaken. |  |
| <b>Vroegdetectie en gepaste toeleiding</b>               | De kansen op vroegtijdige detectie van ernstige psychische aandoeningen en gepaste, directe doorverwijzing naar meer gespecialiseerde GGZ zijn in dit scenario aanwezig.   | De mogelijkheden om van bij aanmelding op te schalen en direct toe te leiden naar de gepaste zorg bij ernstige psychische aandoeningen zijn in dit scenario hoger, mits voldoende ondersteuning (opleiding, consult, vraagverheldering) van de huisarts en de psychologen op de eerste lijn. |
| <b>Kostprijs</b>   | In dit scenario ligt de totale kost op 324 miljoen euro.   | In dit scenario ligt de totale kost op 281 miljoen euro.   |

De kleuren in bovenstaande tabel geven aan in welke mate de scenario's tegemoet komen aan de uitgangspunten:

■ in heel geringe mate   ■ in sterke mate   ■ in heel sterke mate

16 Het KCE voorziet een in samenspraak tussen psycholoog en huisarts op te stellen functioneel bilan na vijf sessies, in functie van doorverwijzing naar meer gespecialiseerde zorg.

17 Een duidelijke omschrijving van een noodzakelijke diagnostische sessie binnen de terugbetaalde psychologische zorg, eventueel gekoppeld aan een hogere honorering, verdient in beide scenario's aanbeveling.



Indien we in de budgettaire impactanalyse ook de prevalentie van alle lichte psychische problemen meenemen (cf. figuur p. 13), betekent dat een exponentiële verhoging van de kosten. Stel dat in het vrij toegankelijke aanbod van psychologen op de eerste lijn terugbetaling zou worden voorzien van (gemiddeld) vier sessies voor alle lichte psychische problemen, samen met de milde aandoeningen en een groot deel van de matig-ernstige aandoeningen, dan komt het totale kostenplaatje uit boven de 800 miljoen euro.

Het meenemen van alle lichte psychische klachten in een terugbetalingslogica levert met andere woorden een "onbetaalbaar" financieel plaatje op. Willen we in de toekomst terugbetaling van psychologische zorg realiseren, dan is een budgettair haalbaar model een kritische succesfactor. Het kan niet de bedoeling zijn om voor elk gevoel van mentaal onbehagen onmiddellijk één-op-één psychologische zorg in te schakelen. Om de nood voor de lichtere problemen te lenigen, moeten verder gewerkt worden aan de ontwikkeling van alternatieve vormen. Als samenleving moeten we meer investeren in preventie, in kwaliteitsvolle tools voor zelfzorg, het versterken van veerkracht en het bespreekbaar maken van beginnende psychische klachten.

## 4. Financieringstechniek psychologische zorg op de eerste lijn

Wanneer we vanuit bovenstaande budgettaire impactanalyse dieper ingaan op de financieringstechniek voor psychologische zorg, dan krijgt in beide uitgewerkte scenario's het gemengde financieringsmodel zoals voorgesteld door het KCE concreet vorm. Op de eerste lijn krijgen psychologen een praktijkvergoeding, een vast forfait per patiënt, een betaling per prestatie en een patiëntenbijdrage. Op de gespecialiseerde tweede lijn loopt eveneens een deel van de financiering via prestatiefinanciering, is een hoger forfait per patiënt gehanteerd (gekoppeld aan de grotere complexiteit van de zorgvraag), wordt eenzelfde praktijkvergoeding per voltijds equivalent voorzien en betaalt de patiënt een bijdrage die dubbel zo hoog ligt in vergelijking met de zorg op de eerste lijn.

In de grote hervormingen die op stapel staan voor de financiering van ons gezondheidszorgsysteem, wordt het zuivere prestatiefinancieringsmodel als achterhaald beschouwd. Er groeit een brede consensus dat onbegrensde terugbetaling van prestaties leidt tot overconsumptie en verspilling van financiële middelen die op een meer effectieve manier kunnen worden ingezet. Er wordt gepleit voor meer gebalanceerde (gemengde) systemen, waarvan de betaling per prestatie deel kan uitmaken maar waar evenzeer andere parameters financieel sturend zijn.<sup>18</sup> Bij de uitwerking van een nieuwe ziekenhuisfinanciering ligt de focus momenteel op een geïntegreerd model dat efficiëntie en kwaliteit nastreeft, waarbij de volumegedreven zorg voor de patiënt slechts indirect een rol kan spelen. De structuur- en prestatiegerichte financiering die sterk ingebed zit in de huidige systemen, dient te worden vervangen door andere mechanismen met de juiste positieve financiële prikkels waarmee een antwoord kan worden geboden aan nieuwe uitdagingen.<sup>19</sup> De achterliggende rationale om af te stappen van een zuiver prestatiegerichte financiering geldt evenzeer voor psychologische zorg. In de beide uitgewerkte budgettaire scenario's zou zowel op de eerste als op de tweede lijn 70% van de inkomsten voor de betrokken zorgactoren worden gegenereerd via prestatiefinanciering. Met andere woorden, zowel op de eerste als op de tweede lijn hebben psychologen er alle belang bij om hun patiënten zolang mogelijk 'vast te houden'. We weten dat dit voor een heel grote groep van milde tot matige psychische problemen overconsumptie zal stimuleren en bij een *open end*-financiering de benodigde budgetten exponentieel zal doen stijgen boven het in de hierboven uitgewerkte scenario's ingeschatte budget. Dat effect zal bovendien sterk toenemen als ook de lichte psychische problemen worden meegenomen voor terugbetaling.

Vanuit Zorgnet-Icuro pleiten we daarom sterk voor een alternatieve vorm van financiering waarbij voor psychologen op de eerste lijn, naast een forfait per patiënt, wordt gewerkt met een globale opdrachtfinanciering gekoppeld aan een minimaal aantal patiënten en een *pay-for-quality*-luik. In een vervolpublicatie zullen we verdere voorstellen voor nieuwe financieringsmechanismen presenteren, waarbij we het hierboven getrapte model verder zullen verfijnen en verbreden. Dit toekomstig financieringsmodel dient de passende financiële hefboomen te bevatten die enerzijds de gebreken in louter prestatiefinancieringssysteem wegwerken en anderzijds een billijke financiering garanderen én bijdragen tot structurele verbetering van kwaliteit, efficiëntie en *outcome*. Daarbij moeten ook *incentives* geïntegreerd worden die de samenwerking tussen de relevante zorgaanbieders voor psychologische zorg (eerste lijn, tweede lijn...) bevorderen en op een correcte manier waarderen.

18 Trybou, Jeroen en Annemans, Lieven. 2016. "Herijking van de medische nomenclatuur in België, voorstel van principes en methodiek".

19 Zie onder meer: Zorgnet-Icuro. 2014. *Together We Count*.

## 5. Conclusie en aanbevelingen

De in dit cahier uitgewerkte analyse laat toe om de budgettaire impact in te schatten (in orde van grootte) van een toekomstige financiering/terugbetaling van breed toegankelijke psychologische zorg voor milde tot matig-ernstige psychische aandoeningen. Die categorie van aandoeningen heeft een hoge prevalentie en vertegenwoordigt een hoge maatschappelijke kost. De OESO hamert op het belang van het investeren in de effectieve behandeling van mensen met een milde tot matig-ernstige psychische aandoening, niet alleen vanuit een ethisch perspectief maar ook en vooral vanuit een economische argumentatie. Mensen met een milde tot matig-ernstige problematiek hebben volgens de OESO twee tot drie keer meer kans om niet te kunnen participeren aan de arbeidsmarkt. Zoals hierboven uiteengezet, leidt het niet of inadequaat behandelen tot slechter of niet functioneren in het dagelijkse leven (met een negatieve impact op deelname aan de arbeidsmarkt, maatschappelijke participatie...). Investeren in kwaliteitsvolle psychologische basiszorg genereert op middellange termijn zowel een kostenbesparing in het gezondheidszorgsysteem als in de nationale economie.<sup>20</sup> De OESO en de WHO doen verschillende duidelijke aanbevelingen om een model van organisatie en financiering van die zorg vorm te geven. Op basis van een kwalitatieve toetsing van de aanbevelingen en een calculatie van de totale kost komen we tot de slotsom dat **getrapte en gedeelde zorg** aan te bevelen is. In dit model vervult de huisarts een centrale rol. Om die rol te kunnen opnemen, krijgt hij voldoende opleiding en ondersteuning van eerstelijnspsychologen. Indien nodig kan snel worden toegeleid naar gespecialiseerde GGZ. Terugverdieneffecten vallen in dat model te verwachten vanuit een dalende kost voor psychofarmaca en een gunstig effect op de indirecte kosten dankzij een snellere re-integratie op de arbeidsmarkt.

De uitgewerkte analyse levert duidelijke krijtlijnen op en laat tegelijk toe om een aantal aanbevelingen te formuleren over de nodige vervolgstappen. Zorgnet-Icuro wil graag mee denken over en werken aan de verdere concretisering ervan.

### Aanbeveling 1

We roepen de bevoegde overheden in dit land op om snel werk te maken van bruikbare gegevens die toelaten om een **vergelijkbare oefening** te kunnen uitwerken **voor kinderen en jongeren**. De huidige gezondheidsenquête die vandaag beperkt is tot 15+ kan naar analogie voor de doelgroep ouderen modulair worden uitgebreid. De noden wat betreft psychologische zorg bij die groep zijn hoog, de te realiseren gezondheidswinsten navenant. Het Vlaamse beleidsvoornemen om ook voor die groep een pilootproject eerstelijnspsychologische zorg op te zetten, wordt het best van bij de start wetenschappelijk omkaderd.

### Aanbeveling 2

Er is een snelle inventaris nodig van de noodzakelijke voorwaarden om **huisartsen in hun centrale rol te kunnen versterken**. Die wordt best opgemaakt samen met alle betrokken stakeholders. Het gaat zowel om ingrepen in het curriculum als in de permanente vorming, bijhorende accreditering en dagdagelijkse ondersteuning vanuit de gespecialiseerde GGZ. Psychologische zorg zou in geen enkele huisartsenpraktijk bijzaak mogen zijn. Investerings in zowel de opleiding als in de permanente ondersteuning (via vorming, liaison en consult vanuit de GGZ...) zijn dus noodzakelijk.

20 OECD. 2014. *Making Mental Health Count – The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. Health Policy Studies.

### Aanbeveling 3

Om de terugbetaling hoog op de politieke agenda te brengen, is **gezondheidseconomisch onderzoek naar de terugverdieneffecten** cruciaal.<sup>21</sup> Dit onderzoek kan bovendien inspireren om de toekomstige initiatieven rond werkbaar werk en arbeidsmarkt-re-integratie op elkaar af te stemmen. We pleiten met andere woorden voor meer onderzoeksmiddelen hiervoor.

### Aanbeveling 4

Een duidelijke omschrijving van **de noodzakelijke diagnostische activiteiten** binnen de terugbetaalde psychologische basiszorg is essentieel. Huisartsen en psychologen op de eerste lijn hebben een belangrijke triagefunctie. Als een patiënt een probleem heeft dat in een paar sessies kan worden opgelost, dan kan dit het best op de eerste lijn worden georganiseerd. Ernstige en complexe problematiek dient direct te worden doorverwezen naar meer gespecialiseerde zorg.

### Aanbeveling 5

Het verder uitwerken van **een gemengd financieringssysteem**, met zowel een forfaitair luik per patiënt als een gecombineerde financiering (deels per prestatie, deels voor een globale opdracht...).

### Aanbeveling 6

De toekomstige governancestructuur voor een model van psychologische basiszorg mag niet los worden gezien van **de huidige hervormingen in de gezondheidszorg tout court**. Samenwerking<sup>22</sup> is hét sleutelwoord, zeker in de huidige context van transities. Zowel de organisatie van de eerstelijnszorg als van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, jongeren en volwassenen en van de klinische ziekenhuisnetwerken is volop in verandering. We hopen dat het dossier van de terugbetaling van psychologische zorg er een kan zijn van maximale verbinding en operationele afstemming tussen de betrokken beleidsniveaus en alle actoren op het terrein.

21 Knapp, McDaid, Parsonage. 2011. *Mental Health Promotion and mental illness prevention: the economic case*. (toegelicht op Zorgnet-Icuro Congres 2016 "Open Minds").

22 In de internationale literatuur wordt deze samenwerking omschreven als het *collaborative care model*. Dit model verwijst naar een aanpak gericht op een optimale samenwerking tussen de zorg in de eerste lijn en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

## Bijlage 1: De eerstelijnspsychologische functie: uitgangspunten en kritische succesfactoren bij operationalisering – visienota Zorgnet-Icuro januari 2015

Deze nota tracht een antwoord te geven op de vraag hoe de uitbouw en inbedding van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) binnen de laagdrempelige eerstelijns hulp op de meest kost-efficiënte manier vorm kan krijgen. Zowel de beleidsnota van Vlaams Minister Vandeurzen als de beleidsverklaring van federaal Minister De Block zetten in op een versterking van de GGZ in de eerste lijn. De CGG hebben van oudsher sterke linken met alle actoren op de eerste lijn (huisartsen, CLB, CAW...). Ze hebben een ruime expertise opgebouwd rond kort- en langdurende trajecten voor ambulante psychotherapie in nauwe samenwerking met alle GGZ-actoren. Vanuit een onderbouwde visie (gebaseerd op de principes van geïntegreerde en getrapte zorg in samenwerking) beschrijft deze nota de uitgangspunten en kritische succesfactoren voor een geïntegreerde uitbouw van de eerstelijnspsychologische functie.<sup>23</sup>

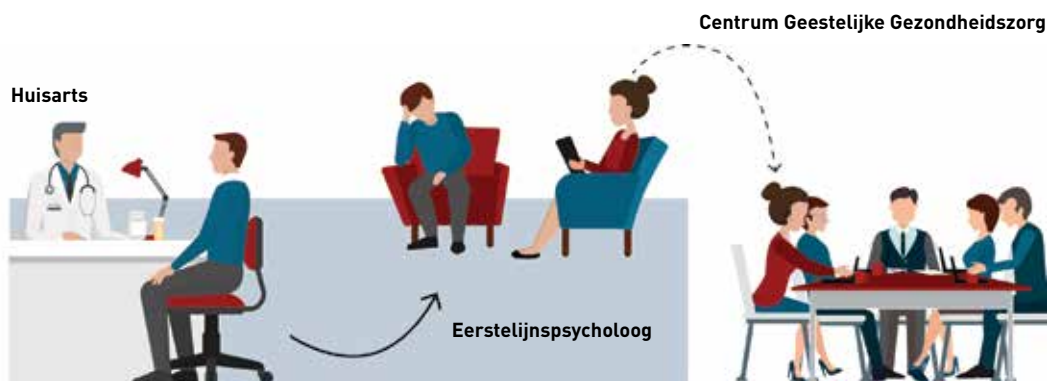
### *Uitgangspunten*

1. Bij de uitbouw van de eerstelijns psychologische functie is de **huisarts dé geprefereerde partner**, wiens generalistische competenties (bijvoorbeeld inzake inschattingsvermogen van de zwaarte van de aanmeldingsproblematiek) we maximaal willen valoriseren en ondersteunen.
2. De eerstelijnspsychologische functie wordt **georganiseerd vanuit de gezondheidszorg, meer bepaald vanuit een netwerk- en getrapte zorgmodel**. Absoluut te vermijden is een niet binnen de gezondheidszorg geïntegreerde, versplinterde uitbouw met gefragmenteerde en inefficiënte inzet van mensen en middelen. In het model van getrapte zorg speelt de huisarts bovendien een cruciale rol en behoudt hij een blijvende betrokkenheid bij de patiënt. Hij schat de ernst van de klachten in, bespreekt ze met de patiënt en motiveert hem tot het nemen van verdere stappen. De huisarts is verantwoordelijk voor het voorschrijven van medicatie, het opstellen van het behandelplan, de psycho-educatie, de initiatie van begeleidde zelfhulp en voor de doorverwijzing naar meer gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg indien nodig. Hij vervult die opdrachten in nauwe samenwerking met en met ondersteuning vanuit de geestelijke gezondheidszorg.
3. De eerstelijns psychologische functie focust op **volgende opdrachten**:
  - a. Detectie van psychische problemen;
  - b. Deskundigheidsbevordering van de eerste lijn inzake psychische problematiek;
  - c. Vroege interventie: afhankelijk van de zwaarte van psychische problematiek kan de behandeling binnen de eerste lijn gebeuren of (bij ernstige stoornissen) is doorverwijzing naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk. Daarbij heeft de eerstelijnspsycholoog een belangrijke rol als 'dispatcher' naar de GGZ;
  - d. Kortdurende psychotherapie of psychologische begeleiding, gebruik makend van *evidence based* technieken.
4. De eerstelijnspsychologische functie werkt taboe-/drempelverlagend omwille van de fysieke en mentale nabijheid: ze wordt **georganiseerd in een duidelijk samenwerkingsverband met de huisartsen en bij voorkeur in de nabijheid van de huisarts (groepspraktijk, wijkgezondheidscentra, huisartsen-wachtpost...)**.

23 In deze nota verwijst de term "eerstelijns psychologische functie (ELPF)" naar een kernopdracht die door een netwerk van actoren wordt gerealiseerd en toelaat een gepast antwoord te geven op de individuele noden van patiënten met een ggz-probleem en hun context (cfr functie-concept hervorming GGZ). De term "eerste lijns psycholoog (ELP)" verwijst naar een functiehouder (met functieprofiel, takenpakket, ..) die een belangrijke rol speelt binnen de eerstelijnspsychologische functie maar deze zeker niet als enige gestalte geeft.

### Kritische succesfactoren

- A. De eerstelijnspsychologische functie wordt altijd georganiseerd vanuit een partnership met huisartsen, de SEL, de CGG en het bredere netwerk van GGZ-actoren.
- B. De huisarts is verantwoordelijk voor het motiveren tot zorg, het opstellen van het behandelplan, het voorschrijven van psychofarmaca indien wenselijk, de psycho-educatie en de initiatie van begeleide zelfhulp. Hij zorgt voor verwijzing van de patiënt naar meer gespecialiseerde GGZ en bewaakt mee het zorgtraject van de patiënt.
- C. Vanuit de GGZ wordt een gegarandeerde feedback en correcte terugverwijzing naar de huisarts gegarandeerd.
- D. De eerstelijnspsycholoog ondersteunt de huisarts bij het opstellen van het behandelplan, de initiatie van begeleide zelfhulp, de psycho-educatie en de doorverwijzing naar gespecialiseerde GGZ. De eerstelijnspsycholoog voorziet interventies voor milde en matig ernstige psychische problemen. Deze interventies van de eerstelijnspsycholoog zijn *evidence based*, snel, kortdurend, laagdrempelig, probleemoplossend en motiverend/oriënterend volgens principes van getrapte, geïntegreerde zorg. Dit impliceert een duidelijke omschrijving van het maximaal aantal sessies dat door een eerstelijnspsycholoog wordt opgenomen. Het impliceert bovendien dat de huisarts en de eerstelijnspsycholoog over voldoende doorverwijsmogelijkheden beschikken naar de meer gespecialiseerde GGZ en dat binnen die gespecialiseerde GGZ voldoende capaciteit wordt vrijgemaakt/gecreëerd om zorgcontinuïteit te kunnen garanderen.
- E. De uitwerking en afgestemde inzet van instrumenten en methodieken ter ondersteuning van de eerstelijns psycholoog:
  - een tool voor agendabeheer waarin de huisarts idealiter rechtstreeks afspraken bij de eerstelijnspsycholoog kan boeken;
  - Elektronisch Patiënten Dossier in functie van vlotte informatiedoorstroming;
  - methoden om de beschreven opdrachten binnen de eerstelijnspsychologische functie op te nemen (via individuele of groepsaanpak).
- F. De ambulante gespecialiseerde GGZ werkt mee aan expertise- en methodiekontwikkeling, stroomlijning en modelbewaking. De eerstelijnspsycholoog wordt gecoacht door en ondersteund vanuit de GGZ (bv. via regelmatige inter- en supervisie). De periodieke aanwezigheid van een psychiater is daarbij belangrijk.
- G. De eerstelijnspsycholoog is een hoog gespecialiseerde job (veronderstelt een brede pathologiekennis en diagnostische bagage om tijdige detectie, deskundigheidsbevordering en gerichte doorverwijzing te kunnen opnemen plus een gespecialiseerde achtergrond in functie van de uitvoering van kortdurende behandelingen). Omwille van de combinatie van opdrachten en de daartoe benodigde competenties wordt de eerstelijnspsycholoog ingevuld door een master klinische psychologie met aantoonbare, ruime ervaring binnen de GGZ. Samenwerking met andere actoren en functiehouders (zoals psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters...) is een evidentie.



## Bijlage 2a: detail berekening scenario 1

| <b>KOSTEN</b>                                |                      |                                       |                                       |
|--|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>eerstelijnspsychologische zorg</b>        |                      |                                       |                                       |
| praktijkvergoeding                           | € 6.000              |                                       |                                       |
| forfait                                      | € 14.400             |                                       |                                       |
| <b>prestatiefinanciering</b>                 |                      | <b>verhoogde tegemoetkoming (30%)</b> |                                       |
| riziv  | 54                   |                                       | 58,5                                  |
| patiëntbijdrage/remgeld                      | 6                    |                                       | 1,5                                   |
| <b>gespecialiseerde psychologische zorg</b>  |                      |                                       |                                       |
| praktijkvergoeding                           | € 6.000              |                                       |                                       |
| forfait                                      | € 15.360             |                                       |                                       |
| <b>prestatiefinanciering</b>                 |                      | <b>verhoogde tegemoetkoming (30%)</b> |                                       |
| riziv  | 48                   |                                       | 57                                    |
| patiëntbijdrage/remgeld                      | 12                   |                                       | 3                                     |
| <b># patiënten</b>                           | <b>650.231</b>       | <b># patiënten</b>                    | <b>114.076</b>                        |
| gem # sessies/patiënt                        | 4                    | gem # sessies/patiënt                 | 15                                    |
| # sessies                                    | 2.600.923            | # sessies                             | 1.711.134                             |
| totale kost prestatie                        | € 143.961.098        | 72%                                   | totale kost prestatie € 86.754.477    |
| totale kost forfait                          | € 39.013.848         | 20%                                   | totale kost forfait € 27.378.139      |
| totale kost praktijkvergoedingen             | € 16.255.770         | 8%                                    | totale kost praktijkverg € 10.694.585 |
| <b>TOT COST 1e lijns psychologische zorg</b> | <b>€ 199.230.719</b> | <b>TOT COST gespec zorg</b>           | <b>€ 124.827.202</b>                  |

| <b>INKOMSTEN</b>   |          |                                   |
|--|----------|-----------------------------------|
| <b>eerstelijnspsychologische zorg</b>                          |          |                                   |
| 60 euro per uur, in nomenclatuur: prestatie minimum 45 minuten |          |                                   |
| 1VTE # uren op jaarbasis                                       |          | 1600                              |
| performantie (percentage werktijd naar patiënten-contact)      | 0,6      | 960                               |
| gem aantal sessies per patiënt                                 | 4        | 240 aantal patiënten op jaarbasis |
| inkomst prestatiefinanciering per VTE ELP                      | € 57.600 |                                   |
| <b>totaal inkomst ELP per VTE</b>                              |          | <b>€ 78.000</b>                   |
| <b>gespecialiseerde psychologische zorg</b>                    |          |                                   |
| 1VTE # uren op jaarbasis                                       |          | 1600                              |
| performantie (percentage werktijd naar patiënten-contact)      | 0,6      | 960                               |
| aantal sessies per patiënt                                     | 15       | 64 aantal patiënten op jaarbasis  |
| inkomst per VTE CGG  | € 57.600 |                                   |
| <b>totaal inkomst per psycholoog in CGG</b>                    |          | <b>€ 78.960</b>                   |
| <b>TOTAAL BELGIË</b>   |          | <b>€ 324.057.918</b>              |

## Bijlage 2b: detail berekening scenario 2

| <b>KOSTEN</b>   |                     |                                       |                                       |
|---|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ontwikkeling online toepassingen ifv ondersteuning zelfzorg | 25.000.000          |                                       |                                       |
| ondersteuning huisarts via GGZ-liaison&consult              | 3.422.267           |                                       |                                       |
| <b>eerstelijnspsychologische zorg</b>                       |                     |                                       |                                       |
| praktijkvergoeding  | € 6.000             |                                       |                                       |
| forfait   | € 14.400            |                                       |                                       |
| <b>prestatiefinanciering psycholoog</b>                     |                     | <b>verhoogde tegemoetkoming (30%)</b> |                                       |
| riziv   | 54                  |                                       | 58,5                                  |
| patiëntbijdrage/remgeld                                     | 6                   |                                       | 1,5                                   |
| <b>HUISARTS verlengde consultatie</b>                       |                     |                                       |                                       |
| prestatiefinanciering huisarts (extra kost riziv)           | 34                  |                                       | 38,5                                  |
| patiëntbijdrage/remgeld                                     | 6                   |                                       | 1,5                                   |
| # patiënten langdurige consultatie huisarts                 | 216.744             |                                       |                                       |
| gem # sessies/patiënt                                       | 4                   |                                       |                                       |
| # sessies   | 866.974             |                                       |                                       |
| <b>totale (extra) kost prestatie huisarts</b>               |                     |                                       | <b>€ 30.647.545</b>                   |
| <b>gespecialiseerde psychologische zorg</b>                 |                     |                                       |                                       |
| praktijkvergoeding  | € 6.000             |                                       |                                       |
| forfait   | € 15.360            |                                       |                                       |
| <b>prestatiefinanciering</b>                                |                     | <b>verhoogde tegemoetkoming (30%)</b> |                                       |
| riziv   | 48                  |                                       | 57                                    |
| patiëntbijdrage/remgeld                                     | 12                  |                                       | 3                                     |
| <b># patiënten</b>  | <b>319.412</b>      | <b># patiënten</b>                    | <b>114.076</b>                        |
| gem # sessies/patiënt                                       | 4                   | gem # sessies/patiënt                 | 15                                    |
| # sessies   | 1.277.646           | # sessies                             | 1.711.134                             |
| totale kost prestatie                                       | € 70.717.732        | 72%                                   | totale kost prestatie € 86.754.477    |
| totale kost forfait   | € 19.164.697        | 20%                                   | totale kost forfait € 27.378.139      |
| totale kost praktijkvergoedingen                            | € 7.985.290         | 8%                                    | totale kost praktijkverg € 10.694.585 |
| <b>TOT COST 1e lijns psychologische zorg</b>                | <b>€ 97.867.720</b> | <b>TOT COST gespec zorg</b>           | <b>€ 124.827.202</b>                  |

| <b>INKOMSTEN per VTE</b>                                       |          |     |                                   |
|--|----------|-----|-----------------------------------|
| <b>eerstelijnspsychologische zorg</b>                          |          |     |                                   |
| 60 euro per uur, in nomenclatuur: prestatie minimum 45 minuten |          |     |                                   |
| 1VTE # uren op jaarbasis                                       | 1600     |     |                                   |
| performantie   | 0,6      | 960 |                                   |
| gem aantal sessies per patiënt                                 | 4        |     | 240 aantal patiënten op jaarbasis |
| inkomst prestatiefinanciering per VTE ELP                      | € 57.600 |     |                                   |
| <b> totaal inkomst ELP per VTE</b>                             |          |     | <b>€ 78.000</b>                   |
| <b>gespecialiseerde psychologische zorg</b>                    |          |     |                                   |
| 1VTE # uren op jaarbasis                                       | 1600     |     |                                   |
| performantie   | 0,6      | 960 |                                   |
| aantal sessies per patiënt                                     | 15       |     | 64 aantal patiënten op jaarbasis  |
| inkomst prestatiefinanciering per VTE CGG                      | € 57.600 |     |                                   |
| <b> totaal inkomst per psycholoog in CGG</b>                   |          |     | <b>€ 78.960</b>                   |
| <b>TOTAAL BELGIË</b>   |          |     | <b>€ 281.764.734</b>              |









Zorgnet-Icuro  
Guimardstraat 1, 1040 Brussel

[www.zorgneticuro.be](http://www.zorgneticuro.be)  
[post@zorgneticuro.be](mailto:post@zorgneticuro.be)

