

Wetenschappelijk-beleidsmatige motiveringsnota

Inleiding

Een onafhankelijke bevraging, begin 2026 ingevuld door **20% van de Belgische volwassenpsychiaters** (Nederlandstalig n=240, Franstalig n=162) uit zowel extramurale solo- en groepspraktijken, CGG's, SSM's als intramurale poliklinieken, werd opgezet met het doel om de tussentijdse impact van de ACA-hervormingen op het extramurale ambulante werkveld zorgvuldig in kaart te brengen, mede gezien de grote spanningen die de laatste jaren in het werkveld bestaan.

Ambulante behandelsetting	Nederlandstalig (n=240)	Franstalig (n=162)	Totaal (n=402)
Solo- of groepspraktijk	159 (66%)	98 (60,5%)	257 (63,9%)
CGG / SSM	45 (18%)	73 (45,1%)	118 (29,3%)
Intramurale polikliniek	107 (45%)	67 (41,4%)	174 (43,2%)

Voor de verspreiding van de vragenlijst werd beroep gedaan op de Nederlandstalige en Franstalige LOK-voorzitters volgens de recentste lijst voorzien door het RIZIV, alsook een gesloten Nederlandstalige online Facebookgroep voor psychiaters, alsook ASO-verenigingen.

Deze frontline data bevestigen dat de ACA-hervormingen noodzakelijk zijn, maar tegelijk gerichte verfijningen en bijsturing vereisen om het extramurale ambulante werk toegankelijk, kwalitatief en aantrekkelijk te houden binnen een **duurzaam community mental health model**. Volgens de WHO staat dit evidence-based model dicht bij de mensen, bevordert het herstel en doorbreekt het sociale isolatie doorbreektⁱ. Volgens Belgischeⁱⁱ en Europeseⁱⁱⁱ prestatie-indicatoren presteert de Belgische geestelijke gezondheidszorg op dit vlak reeds ernstig onder de geldende benchmarks.

Vanuit deze constructieve invalshoek beoogt de bevraging geen hertekening van het ACA-model, maar wel essentiële preciseringen en aanvullingen die de maximale realisatie van de ACA-doelstellingen ondersteunen, in continuïteit met de oorspronkelijke intenties van de ACA-werkgroep en met behoud van draagvlak bij extramuraal werkende psychiaters.

Inhoudsopgave

Inleiding	1
Resultaten	3
Aantal RVU's: kernbezorgheid in de voorgestelde hervormingen	3
1. Psychiatrische consultatie van 3 RVU's	3
2. Multidisciplinair overleg.....	4
3. Paritaire vergoeding videoconsult i.k.v. hybride zorgmodel	4
4. Administratietijd	5
5. Lang intakegesprek	5
6. Telefonische crisisgesprekken.....	6
7. Langere consultaties	6
Evolutie van wachttijden	6
Proportionaliteit, doelmatigheid en klinische realiteit tegenover de fraudegevoeligheid van consultatie met 3 RVU's	7
Hoge inhoudelijke motivatie, lage financiële houdbaarheid	7
Signalen van uitstroom met impact op beschikbare zorgcapaciteit	8
Voorstel tot klinisch-wetenschappelijk onderbouwde, budgetneutrale bijsturing	9
Concrete voorstellen, met graad van consensus in %	9
Voorstellen gebaseerd op gevestigde nationale en internationale best practices.....	9
Voorstellen in lijn met belangrijke nationale en internationale doelstellingen m.b.t. geestelijke gezondheidszorg	10
Referenties	11

Resultaten

Aantal RVU's: kernbezorgheid in de voorgestelde hervormingen

De antwoorden over RVU's (Relative Value Units) tonen een hoge mate van eensgezindheid alsook bezorgdheid over de huidige stand van zaken. Ambulante psychiaters spreken zich duidelijk uit voor een verfijnde RVU-structuur binnen het bestaande ACA-kader, die toelaat de consultatieduur proportioneel af te stemmen op de klinische realiteit en complexiteit van zorg. Het behoud van de psychiatrische consultatie van **3 RVU's** lijkt door de ambulante psychiaters als **kritisch** beschouwd. Het draagvlak voor de 1 en 2 RVU-consultaties binnen het huidige voorstel is opvallend lager. De verfijningsvoorstellen worden gepresenteerd in volgorde van draagvlak:

Consultatietype	Nederlandstalig n=240	Franstalig n=162	Totaal n=402
Consultatie 3 RVU	229 (95,4%)	146 (91,3%)	375 (93,3%)
Multidisciplinair overleg	221 (92,1%)	151 (93,2%)	372 (92,5%)
Opstellen verslag	212 (88,3%)	141 (89,2%)	353 (87,8%)
Intake 4 RVU	215 (89,6%)	136 (83,9%)	351 (87,3%)
Telefonisch crisisgesprek 1 RVU	195 (81,3%)	138 (87,3%)	333 (82,8%)
Pariteit Video & FTF	195 (81,3%)	130 (80,2%)	325 (80,8%)
Langdurig consult	221 (92,1%)	100 (62,5%)	276 (68,8%)
Consultatie 2 RVU	169 (70,4%)	90 (56,3%)	259 (64,4%)
Consultatie 1 RVU	151 (62,9%)	56 (35%)	207 (51,5%)

1. Psychiatrische consultatie van 3 RVU's (93,3 %; overeenkomstig ELP)

Binnen dit kader ondersteunt bijna 95 % van de bevroagde psychiaters over beide taalgemeenschappen de consultatie van 3 RVU's, overeenstemmend met 60 minuten, waarvan 45 minuten klinisch patiëntencontact en 15 minuten administratietijd, conform de huidige ELP-standaardconsulten. Daarnaast blijkt een aanzienlijk meer beperkte steun voor kortere modules die binnen de ACA-voorstellen vallen: 51,5 % onderschrijft consultaties van 20 minuten en 64,4% consultaties van 40 minuten. Vele collega's geven informeel aan per definitie 2.5 RVU (50 minuten) te hanteren voor een patiëntencontact en in realiteit vaak uit te lopen tot 3 RVU (60 minuten), zeker indien verslaggeving nodig blijkt, die expliciet buiten de huidige nomenclatuurcode 109631 valt en waarbij "minstens 45 minuten" effectieve consultatietijd wordt vermeld. De ACA-logica van appropriatie care en het RIZIV Quintuple Aim kader omhelzen kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en welzijn van zorgverleners, de 3 RVU-consultatie lijkt in de huidige context van uitermate groot belang te zijn. Het grote

draagvlak voor de 3 RVU-consultatie bevestigt het brede draagvlak voor een flexibel en modulair RVU-systeem binnen de ambulante psychiatrie, dat de inherente variatie in zorgcomplexiteit adequaat weerspiegelt, gaande van crisisinterventies en intensieve therapeutische gesprekken tot de opvolging van klinisch gestabiliseerde patiënten.

2. Multidisciplinair overleg (1-4 RVU / patiënt / jaar; 92,5 %; overeenkomstig ELP)

92,5 % is van mening dat multidisciplinair overleg dient te worden vergoed, dit zowel extern (huisarts, klinisch psycholoog, mobiel team, ziekenhuisarts) als intern (multidisciplinaire groepspraktijk, CGG), minimaal tussen de 1 en 4 RVU's gelet dat modulair multidisciplinair overleg reeds terugbetaald wordt onder pseudocode 727031 binnen ELP en wetenschappelijk gefundeerd is binnen het Collaborative Care Model en het Federaal Regeerakkoord een betere samenwerking en doorverwijzing tussen ELP en ambulante psychiaters expliciet bepleit. Deze duidelijke resultaten benadrukken de nood aan flexibiliteit die aansluit bij de klinische realiteit.

Van de ondervraagde psychiaters stond 88 % achter de implementatie van het Collaborative Care Model, waarin ook **huisartsen en psychologen binnen dit overleg dienen te worden vergoed** om het model werkbaar te maken. Dit zou bij de huisartsen, zoals reeds geoperationaliseerd binnen de ELP, kunnen worden vergoed met 1-4 RVU's per jaar per patiënt i.k.v. multidisciplinair overleg. Internationaal onderzoek laat zien dat het evidence-based Collaborative Care Model (geïntegreerde multidisciplinaire zorg) op zowel korte als lange termijn betere depressieresultaten geeft dan standaardzorg^{iv} én kosteneffectief blijkt. Grondig onderbouwde documentatie m.b.t. verzekeringskundige "coding" in de eerstelijnszorg is hieromtrent vlot beschikbaar^v ^{vi}.

3. Paritaire vergoeding videoconsult i.k.v. hybride zorgmodel (80,8 %; overeenkomstig ELP)

De vaststelling dat 80,8 % van de ambulant werkende psychiaters pleit voor een identieke honorering van video- en face-to-faceconsultaties - inclusief remgeld - bevestigt het brede professionele draagvlak voor vergoedingpariteit als randvoorwaarde voor toegankelijke en continue ambulante psychiatrische zorg. Dit sluit aan bij internationale beleidskaders waarin telepsychiatrie wordt erkend als volwaardige modaliteit binnen hybride zorgmodellen (bv. sinds 2020 in Frankrijk als reactie op de rurale zorgschaarste^{vii}, Nederland, Verenigd Koninkrijk, met ook wettelijke verankering in 24 Staten van de VS^{viii}). In de Belgische context krijgt dit bijkomend gewicht door de structureel beperkte psychiatrische capaciteit: met 1,74 psychiaters per 10.000 inwoners blijft België onder het EU-gemiddelde, terwijl bovendien uitgesproken regionale verschillen bestaan (Brussel 3,30 vs. Vlaanderen 1,50 en Wallonië 1,64 per 10.000 inwoners)^{ix}.

Telepsychiatrie kan binnen deze context bijdragen aan een efficiëntere inzet van bestaande capaciteit en aan het mitigeren van regionale tekorten, zonder in te boeten aan diagnostische of therapeutische kwaliteit. Dit is bijzonder relevant voor patiëntengroepen bij wie

psychopathologie of context de mobiliteit structureel beperkt, zoals patiënten met ernstige agorafobie, psychotische kwetsbaarheid, ernstige sociale angststoornissen of obsessief-compulsieve stoornissen, evenals voor peripartumpatiënten, personen met somatische beperkingen en patiënten in rurale of onderbediende gebieden.

Het signaal dat 73 % van de psychiaters aangeeft videoconsultaties te zullen afbouwen of stopzetten bij uitblijven van vergoedingpariteit, wijst dan ook op een reëel risico op verdere capaciteitsafname en verlenging van wachttijden. Dit zou disproportioneel negatieve gevolgen hebben voor patiënten met beperkte mobiliteit, werkende mantelzorgers en inwoners van regio's met reeds bestaande zorgschaarste. In dat licht vormt harmonisatie van de honorering geen uitbreiding van zorg, maar een behouds- en stabilisatiemaatregel die essentieel is voor de toegankelijkheid, continuïteit en kosteneffectiviteit van de ambulante psychiatrische zorg in België.

4. Administratietijd (1-3 RVU's, 87,8 %; overeenkomstig ELP, 3 RVU psychiatrisch opnameverslag, 2 RVU ontslagverslag)

Administratietijd wordt door 87 % van de respondenten als essentieel beschouwd, mede in het licht van de verwachte toename van administratieve en coördinatielasten bij de heractivering van langdurig zieken, van wie ongeveer één derde uitvalt omwille van depressie of burn-out. Ook is dit in lijn met de Nederlandse richtlijnen m.b.t. gegevensuitwisseling tussen de huisarts en tweedelijns-GGZ^x. Dit ligt in het verlengde van reeds bestaande en terugbetaalde pseudocodes binnen de ELP, zoals 727053 (71,67 €) en 727075 (35,84 €), wat de beleidsmatige consistentie en praktische haalbaarheid van een expliciete honorering van administratietijd binnen de ambulante psychiatrie ondersteunt. Ook lijkt dit in proportie tot de huidige ACA-voorstellen m.b.t. psychiatrische hospitalisatieverslagen: 3 RVU voor een psychiatrisch opnameverslag en 2 RVU voor een ontslagverslag.

5. Lang intakegesprek (4 RVU's; 88%; overeenkomstig mobiele psychiatrische teams)

M.b.t. tot de duur van de intake, staat 88 % achter een intakegesprek van 4 RVU's (bv. 60 min. klinisch contact, 20 min. administratietijd), i.p.v. de 3 RVU's die nu worden voorgesteld binnen de ACA-hervormingen, gelet dat in 2024 84,8% van de psychiaters 45 min. onvoldoende vond voor een intake, en deze groep expliciet voor 60 min. klinisch contact en 30 min. administratietijd stemde, wat trouwens in Nederland de norm is.

Gezondheidseconomisch zien we volgens een grote Amerikaanse cohortstudie (n=275,000) dat één tot enkele ambulante GGZ-contacten tot 1.377 USD per patiënt per jaar besparen door minder spoedzorg, medicatie en hospitalisaties, met het grootste effect tijdens de eerste consultaties^{xi}.

6. Telefonische crisisgesprekken (1 RVU; 82%)

Telefonische crisisgesprekken worden door 82 % van de psychiaters erkend als een volwaardige psychiatrische behandelinterventie, omwille van hun opnamevermijdende, zeer kosteneffectieve en potentieel levensreddende impact. Deze interventievorm sluit rechtstreeks aan bij het Federaal Regeerakkoord 2025-2029 (p. 113), dat de ambulante rol van de psychiater bij acute en complexe zorgnoden versterkt en expliciet inzet op maximale benutting van de ambulante setting om residentiële zorg voorbehouden te houden voor patiënten met de hoogste nood. De klinische effectiviteit is wetenschappelijk onderbouwd^{xii}: een systematische review over 45 jaar toont aan dat telefonische crisisdiensten de urgentie van suïcidale ideatie verminderen en depressieve klachten verlichten. Dat dergelijke interventies vergoedbaar zijn, is bovendien niet nieuw: suïcidepreventieve gesprekken bestaan reeds binnen andere zorgberoepen (bv. CNK 5521-885 bij apothekers). Het behoud van een telefonische modaliteit, naast video, is daarbij essentieel voor de toegankelijkheid, gezien een substantiële groep patiënten — waaronder sociaal kwetsbare personen en individuen met beperkte digitale vaardigheden — voor wie videocommunicatie praktisch of psychisch niet haalbaar is, met name in acute crisissituaties.

7. Langere consultaties binnen een variabele tijdsrange (3-6 RVU's; 71 %; overeenkomstig mobiele psychiatrische teams)

Daarnaast is 71 % van de bevroagde psychiaters voorstander van aanvullende consultaties binnen een langere tijdsrange van 60 tot 120 minuten, met name voor complexe zorgsituaties zoals netwerkoverleg, systeemgesprekken en hoogcomplexiteit individuele trajecten.

Meerdere evidence-based behandelmodellen beschrijven sessieduren van 60 tot 90 minuten als standaard of aangewezen, in het bijzonder bij trauma-, persoonlijkheids- en emotieregulatieproblematiek. Deze langere, maar variabele consultatieduur vormt een inhoudelijke verdieping van het bestaande RVU-model. De klinische en wetenschappelijke onderbouwing hiervan is robuust gedocumenteerd ^{xiii, xiv, xv, xvi, xvii, xviii}, terwijl voor deze gespecialiseerde indicaties in België voorlopig nog geen structureel terugbetaalde psychotherapeutische programma's beschikbaar zijn.

Evolutie van wachttijden

Tussen 2023 en 2025 is de toegang tot ambulante psychiatrische zorg verder achteruitgegaan. In 2023 gaf nog 54,1% van de respondenten aan een aanmeldingsstop te hanteren; In 2025 blijft de problematiek verergeren, met een toename van bijna 10% over 2 jaar tijd: van de bevroagde psychiaters hanteert **58,4% aanmeldingsstop** (47,2% permanent, 11,2% tijdelijk), met telkens 10% van de psychiaters die respectievelijk een wachtlijst van 1 à 3 maanden, 3 à 6 maanden en 6 à 12 maanden hanteert. Van de 240 Nederlandstalige psychiaters heeft slechts **5,4% beschikbaarheid op korte termijn**, daar waar dit in 2023 nog 16,5% was. Deze

verergering van wachttijden zijn niet onschuldig maar hebben reële klinische en maatschappelijke gevolgen: wachttijden in de gespecialiseerde GGZ kosten naar **schatting 300 miljoen € per maand**, vooral door ziekteverzuim. Bovendien **verlaagt elke maand wachten de kans op herstel met circa 2%**, waardoor uitgestelde zorg de behandeluitkomst actief schaadt^{xix}.

Proportionaliteit, doelmatigheid en klinische realiteit tegenover de fraudegevoeligheid van consultatie met 3 RVU's

Het RIZIV geeft aan dat consultaties van 3 RVU's fraudegevoelig zijn en laat deze inschatting doorwegen in het afschaffen in deze consultatievorm, alsook van de oorspronkelijk voorziene modulaire consultaties. Deze benadering is begrijpelijk vanuit het oogpunt van controle en transparantie, maar sluit onvoldoende aan bij de klinisch-wetenschappelijke realiteit van de ambulante psychiatrische praktijk. Een te restrictieve toepassing houdt het risico in van verminderde toegankelijkheid, uitstroom van ambulant werkende psychiaters en een afname van de extramurale zorgcapaciteit, wat moeilijk te verzoenen valt met de toegenomen geestelijke-gezondheidsnoden sinds COVID-19. Internationale evidentie toont bovendien aan dat beperkingen in de toegang tot tijdige en kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg samenhangen met toegenomen hopeloosheid, persisterende suïcidale ideatie en verhoogd suïciderisico^{xx}.

Binnen deze context formuleren wij, binnen de RIZIV- en ACA-logica, een proportioneel en doelmatig alternatief: gerichte controle van outliers: artsen met uitzonderlijk hoge contactduur per dag alsook bovengemiddeld gebruik van consultaties van 3 of meer RVU's, gekoppeld aan een volledig modulaire en klinisch-wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen nomenclatuur die aansluit bij de reële zorgnoden.

Tenslotte wordt dergelijke tijdsopdeling reeds jarenlang toegepast binnen de ELP (45 minuten patiëntencontact, 15 minuten administratie), zonder rapportering van systematisch misbruik. Dat 97,8% van de ambulante psychiaters deze consultatievorm ondersteunt, wijst op een duidelijke professionele consensus.

Hoge inhoudelijke motivatie, lage financiële houdbaarheid

Werk als zelfstandige psychiater in een eigen praktijk of binnen een CGG wordt door 80,9% van de respondenten als inhoudelijk aantrekkelijk ervaren. Dit staat in scherp contrast met de financiële realiteit: 75,3% beoordeelt ambulant werken als financieel onaantrekkelijk, terwijl slechts 6,7% dit financieel aantrekkelijk noemt. 79,7% acht de huidige financiering onvoldoende om de praktijkkosten te dekken aan geconventioneerde tarieven.

De gevolgen zijn reëel en structureel: België behoort binnen Europa tot de zwakst presterende landen wat betreft het ambulant geestelijk-gezondheidsaanbod. Indien binnen de ambulante psychiatrie één RVU aan 40,00 € zou worden vergoed, geeft 84,3% van de psychiaters aan dat dit niet kostendekkend is. Dit geldt des te meer wanneer dit wordt afgezet tegen de huidige extramurale norm van consultaties van 45 minuten klinisch contact en 10-15 minuten administratietijd, die in dat scenario maximaal aan 40 minuten of twee RVU's zouden worden vergoed, wat neerkomt op 80 € per uur, terwijl conform ELP-kader en de klinische realiteit structureel ±15 minuten niet-vergoede administratietijd noodzakelijk blijft.

Signalen van uitstroom met impact op beschikbare zorgcapaciteit

De situatie weegt zwaar op het ambulante werkveld. 42,8% herkennen duidelijke tekenen van **burn-out of professionele demoralisatie** m.b.t. hun ambulante werk, terwijl 38,8% een lage motivatie rapporteren om ambulant actief te blijven binnen het huidige beleidskader. Meer nog dan andere specialismen, zijn psychiaters vatbaar voor burn-out, onder meer door te beperkte middelen binnen de geestelijke gezondheidszorg en beperkte capaciteit om structurele systeemverandering te realiseren^{xxi}.

Daarnaast is 33,6% bereid of van plan hun **ambulante activiteiten af te bouwen** in 2026. De bereidheid tot deconventionering staat op 28%. M.a.w. kiest ongeveer 20% meer psychiaters voor afbouw of stopzetting dan ambulante activiteiten dan voor deconventionering. Dit suggereert dat de **klassieke RIZIV-indicator van deconventionering het risico op implosie van de ambulante psychiatrie onderschat**. In een context van lange opleidingsduur, vergrijzing van het beroep en bestaande capaciteitskrapte wijst dit op een reëel en slechts beperkt reversibel risico voor de continuïteit van de ambulante psychiatrische zorg.

Deze structurele druk vertaalt zich reeds in concrete spanning op het veld. 49,8% van de respondenten geeft helaas aan bereid te om **te staken of over te gaan tot (collectieve) deconventionering** indien de hervormingen zoals ze er nu voor liggen door zouden gaan.

Deze signalen wijzen op een duidelijke mismatch tussen de tussentijdse effecten van de ACA-hervormingen en de Quintuple Aim-doelstellingen, waarin het welzijn van zorgverleners een essentiële randvoorwaarde vormt voor duurzaam beleid. Ook lijken de huidige nomenclatuorkaders duidelijk niet te voldoen aan de noden van de extramurale ambulante psychiatrie, met grote maatschappelijke gevolgen.

Voorstel tot klinisch-wetenschappelijk onderbouwde, budgetneutrale bijsturing

Het **extramurale psychiatrische werkveld** werd tot eind 2023 gekenmerkt door een gebrek aan formele vertegenwoordiging en een institutionele fragmentatie, waardoor geen eenduidige stem tot stand kon komen. Desondanks formuleert het werkveld vandaag een duidelijk, consistent en **eensgezind signaal** (n=402).

Concrete voorstellen, met graad van consensus in %

- **Psychiatrische consultatie van 3 RVU's** (95%, overeenkomstig ELP en bestaande nomenclatuurcode 109631), i.t.t. 1 RVU (63%) of 2 RVU (70%)
- Multidisciplinair overleg met ELP en huisarts (1-4 RVU/pt./j., 88%, overeenkomstig ELP en collaborative care model)
- Lange intakes (4 RVU's, 88%, overeenkomstig psychiatrische outreach)
- Administratie (1-3 RVU/pt./j., 87%, overeenkomstig ELP en 3 RVU psychiatrisch opnameverslag)
- Pariteit tussen face-to-face- en videoconsultaties (82%, overeenkomstig ELP)
- Telefonische crisisgesprekken (1 RVU, 82%, overeenkomstig CNK 5521-885 bij apothekers)
- Langere consultaties binnen een variabele tijdsrange van 3-6 RVU (71%, overeenkomstig psychiatrische outreach).

Het voorgestelde 20-minuten-RVU-model is op zichzelf zeker pertinent, maar de beperkte modulariteit en te enge indicatiestelling sluiten onvoldoende aan bij zowel de brede biopsychosociale expertise van de psychiater als de klinische realiteit. Bovendien ontbreekt een afdoende wetenschappelijke onderbouwing van de huidige voorstellen. De verschillende noden tussen intra- en extramurale ambulante psychiatrie lijken daarbij deels verklaarbaar door hun respectieve focus op EPA-zorg versus **populatiegerichte zorg**.

Voorstellen gebaseerd op gevestigde nationale en internationale best practices

- De Belgische eerstelijnspsychologische zorg^{xxii} zowel wat betreft individuele face-to-face en videoconsultaties, alsook multidisciplinair overleg
- De Belgische kinder- en jeugdpsychiatrie^{xxiii},
- Internationale modellen met een flexibele nomenclatuur over een brede tijdsrange, zonder expliciete indicatiestelling (±5–120 min., altijd inclusief 45–50 min.):
 - Binnen Europa: Luxemburg^{xxiv}, Nederland^{xxv}, Duitsland^{xxvi}, Verenigd Koninkrijk^{xxvii}, Zwitserland^{xxviii}
 - Buiten Europa: Canada^{xxix}, Verenigde Staten^{xxx}, Australië^{xxxi}

- Het Collaborative Care Model^{xxxii}
- Het structurele belang van psychotherapie in de psychiatrische zorg bij hoogcomplexere problematieken^{xxxiii}
- NHG-richtlijnen m.b.t. uitwisseling tussen huisartsen en tweedelijns-GGZ

Voorstellen in lijn met belangrijke nationale en internationale doelstellingen m.b.t. geestelijke gezondheidszorg

- Het Federaal Regeerakkoord 2025–2029, dat expliciet inzet op versterking van ambulante psychiatrie, structurele samenwerking met de ELP, en het inbedden van een evidence-based geestelijke gezondheidszorg
- De Netwerken GGZ (m.i.v. art. 107), gericht op vermaatschappelijking van zorg, continuïteit en multidisciplinaire samenwerking
- De ACA-logica van appropriatie care en het RIZIV Quintuple Aim kader: kwaliteit, toegankelijkheid, doelmatigheid en welzijn van zorgverleners.
- EU- en WHO-richtlijnen^{xxxiv xxxv}, die de extramurale ambulante GGZ als essentiële pijler van vermaatschappelijking van zorg erkennen, waardoor voldoende draagvlak bij extramurale psychiaters een noodzakelijke voorwaarde is.
- OECD^{xxxvi} die stelt dat hoogwaardige geestelijke-gezondheidszorgsystemen moeten waarborgen dat de zorg flexibel wordt afgestemd op individuele noden en voorkeuren van de patiënt

Deze gemotiveerde verfijning sluit bovendien aan bij een **rationeel gezondheidsbeleid**, aangezien de indirecte, maatschappelijke kosten van onbehandelde psychische aandoeningen in België de directe zorgkosten ruimschoots overstijgen ($\pm$ 2 miljard €/jaar aan uitkeringen enkel en alleen voor depressie en burn-out in 2023^{xxxvii}, of 4% van het BBP). In een context waarin euthanasie omwille van psychisch lijden wettelijk mogelijk is, dienen klinisch-wetenschappelijke evidentie en maatschappelijke verantwoordelijkheid te primeren bij het waarborgen van kwaliteit en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg.

Tenslotte lijkt veronderstelde **fraudegevoeligheid** van 3 RVU-consultaties onvoldoende onderbouwd, aangezien een vergelijkbare tijdsopdeling binnen de ELP reeds jarenlang wordt toegepast zonder aanwijzingen voor systematisch misbruik. Daarom pleiten wij, binnen de RIZIV- en ACA-logica, voor gerichte controle van outliers eerder dan het opleggen van een model dat onvoldoende aansluit met de extramurale klinisch-wetenschappelijke praktijk en a priori uitgaat van misbruik.

Referenties

- ⁱ World. (2025, July 24). *From isolation to inclusion: community-based mental health care*. Who.int; World Health Organization: WHO. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/from-isolation-to-inclusion--community-based-mental-health-care>
- ⁱⁱ *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport*. (2024, February). Fgov.be. <https://kce.fgov.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem-rapport-2024>
- ⁱⁱⁱ Vandoni, M., D'Avanzo, B., & Barbato, A. (2024). The Transition towards Community-based Mental Health Care in the European Union: Current Realities and Prospects. *Health Policy*, 144, 105081–105081. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105081>
- ^{iv} Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006525.pub2>
- ^v American Psychiatric Association. (2020). Best practices for reimbursing the collaborative care model in Medicaid. In *State Medicaid Agencies Reimbursing Psychiatric Collaborative Care Management Services* (pp. 1–3). <https://www.psychiatry.org/getmedia/3b44bcf3-cd09-4efc-8b46-12a1d17d4d81/APA-Best-Practice-for-Reimbursing-CoCM-in-Medicaid.pdf>
- ^{vi} *Get paid*. (n.d.). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/collaborative-care/get-paid>
- ^{vii} Ellson, S., & Olivier Lantres. (2023, April 12). *Reimbursing telemedicine delivery: Lessons from the French market*. Fieldfisher. <https://www.fieldfisher.com/en/insights/reimbursing-telemedicine-delivery-lessons-french-market>
- ^{viii} *Telehealth Private Insurance Laws*. (n.d.). Wwww.ncsl.org. <https://www.ncsl.org/health/the-telehealth-explainer-series/telehealth-private-insurance-laws>
- ^{ix} *Mental Health - For a Healthy Belgium*. (n.d.). Wwww.healthybelgium.be. <https://www.healthybelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/mental-health>
- ^x *Richtlijn Gegevensuitwisseling huisarts en tweedelijns GGZ*. (2026). NHG. <https://www.nhg.org/praktijkvoering/gegevensuitwisseling/gegevensuitwisseling-huisarts-ggz/>
- ^{xi} *New Research Finds Receiving Behavioral Outpatient Care Can Significantly Reduce Total Health Care Costs*. (n.d.). Cigna Newsroom. <https://newsroom.cigna.com/new-research-finds-behavioral-outpatient-care-can-reduce-total-health-care-costs>
- ^{xii} Gould, M. S., et al. (2016). *The impact of telephone crisis services on suicidal users: A systematic review of the past 45 years*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 548-568.
- ^{xiii} Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders*. Oxford University Press.
- ^{xiv} Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD*. Oxford University Press.
- ^{xv} Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- ^{xvi} Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). Guilford Press.

-
- ^{xvii} Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy* (3rd ed.). Guilford Press.
- ^{xviii} Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy*. Guilford Press.
- ^{xix} *Waiting lists for mental healthcare reduce the chance people keep or find a job*. (n.d.). Vrije Universiteit Amsterdam. <https://vu.nl/en/news/2023/waiting-lists-for-mental-healthcare-reduce-the-chance-people-keep-or-find-a-job>
- ^{xx} World Health Organization. (2014). Preventing suicide: A global imperative. WHO.
- ^{xxi} Kumar, S. (2007). Burnout in psychiatrists. *World Psychiatry*, 6(3), 186. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2175073/>
- ^{xxii} Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. (z.d.). Lijst van pseudocodes eerstelijnspsychologische zorg – Netwerken geestelijke gezondheidszorg. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/lijs_t_pseudocodes_eerstelijns_psychologische_zorg_netwerk_geestelijke_gezondheid.pdf
- ^{xxiii} Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. (2014). Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen – Artikel 2 (psychiatrie). https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatuurart02_20141001_20141031_01_dw.pdf
- ^{xxiv} Caisse nationale de santé. (z.d.). Actes médicaux et médico-dentaires – Tableau des prestations. <https://cns.public.lu/fr/professionnels-sante/publications/legislations/ammd/cns-ammd-med-tableau.html>
- ^{xxv} Nederlandse Zorgautoriteit. (2025, 4 september). GGZ-tarieven voor 2026 compleet. <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2025/09/04/ggz-tarieven-voor-2026-compleet>
- ^{xxvi} TARMED Suisse. (z.d.). 02.0010 Psychiatrische diagnostik und Therapie – Einzeltherapie (erste Sitzung, pro 5 Minuten). <https://www.tarmed-browser.ch/de/leistungen/02.0010-psychiatrische-diagnostik-und-therapie-einzeltherapie-erste-sitzung-pro-5-min>
- ^{xxvii} Royal College of Psychiatrists. (2017). Better mental health policy: College Report CR207. <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr207.pdf>
- ^{xxviii} <https://www.tarmed-browser.ch/de/leistungen/02.0010-psychiatrische-diagnostik-und-therapie-einzeltherapie-erste-sitzung-pro-5-min>
- ^{xxix} Government of Ontario. (z.d.). OHIP Schedule of Benefits and Fees. <https://www.ontario.ca/page/ohip-schedule-benefits-and-fees>
- ^{xxx} Noridian Healthcare Solutions. (z.d.). Mental health specialties – Medicare coverage. <https://med.noridianmedicare.com/web/jeb/specialties/mental-health>
- ^{xxxi} Australian Government Department of Health. (z.d.). Medicare Benefits Schedule – Item 296. <https://www9.health.gov.au/mbs/fullDisplay.cfm?q=296&qt=item&type=item>
- ^{xxxii} American Psychiatric Association. (z.d.). Collaborative care model. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/collaborative-care>
- ^{xxxiii} Bhatia, R. (2023, April). What is Psychotherapy? Psychiatry.org; American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/patients-families/psychotherapy>
- ^{xxxiv} European Commission. (2023, June 7). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a

comprehensive approach to mental health. https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf

^{xxxv} WHO. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. [Www.who.int](https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338); World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

^{xxxvi} OECD. (2021). *A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4ed890f6-en>

^{xxxvii} Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. (2023). Arbeidsongeschiktheid in 2023: Personen in invaliditeit door depressie of burn-out en de kostprijs van uitkeringen. <https://www.riziv.fgov.be/nl/statistieken/statistieken-uitkeringen/statistieken-over-arbeidsongeschiktheid-door-burn-out-of-depressie/arbeidsongeschiktheid-in-2023-hoeveel-mensen-in-invaliditeit-door-depressie-of-burn-out-hoeveel-kost-dat-aan-uitkeringen>



Dit document werd opgesteld door de Belgische Federatie voor Ambulante Psychiatrie (BFAP) met als doel beleidsmatige reflectie en inhoudelijke dialoog te ondersteunen. De inhoud geeft de standpunten en analyses van BFAP weer op basis van beschikbare gegevens en professionele expertise, maar houdt geen formeel mandaat, bindend standpunt of representatie in namens individuele leden, andere beroepsorganisaties of syndicale structuren. Aan de inhoud kunnen geen rechten worden ontleend; BFAP kan niet aansprakelijk worden gesteld voor het gebruik of de interpretatie ervan door derden. Reproductie of verspreiding is toegestaan mits expliciet akkoord van BFAP.