

Medische functie in de mobiele teams

(en bij uitbreiding in alle functies van de netwerken GGZ)

Auteur: Werkgroep Medische Functie van het overlegorgaan 107

1 BESCHRIJVING VAN HET HEDEN

1.1 Situering van de medische functie in de netwerken 107

Bij de opstart van de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen (zogenaamde 107-projecten) werden de netwerken geacht mobiele teams te creëren door bedcapaciteit in de ziekenhuizen te “bevroren” en de vrijgekomen VTE, die gekoppeld waren aan deze bedden, in te zetten in de mobiele teams (minstens 1 mobiel team voor crisiszorg en 1 team voor langerdurende zorg in het thuismilieu). Om de opstart en de overgang te realiseren ontvingen de opstartende netwerken gedurende 3 jaar op forfaitaire wijze bijkomende financiering voor werkingskosten.

In de werking van deze mobiele teams is ook de inzet van een psychiater vereist.

Naar analogie met de werkingskosten, werd per netwerk forfaitair een bedrag van 231.000 € toegekend voor de financiering van de medische functie in de beide type mobiele teams.

Na de eerste projectfase willen de overheden onder leiding van de federale overheid de werking van de mobiele teams uitbreiden tot het hele Belgische grondgebied. Dit veronderstelt:

- dat er overall een netwerk GGZ volwassenen actief is
 - dat binnen alle netwerken mobiele teams het volledige werkingsgebied van het netwerk dekken.
- Het gevolg is een verwachte uitbreiding van het aantal mobiele teams en het aantal VTE in deze teams om de doelstelling van de landelijke dekking te behalen.

De bestaande netwerken kunnen, mits goedkeuring door de overheden, bijkomende bedden bevroren en bijgevolg extra VTE inzetten voor mobiele teams.

1.2 Basisproblemen in de huidige financiering van de medische functie

1) De inzet van de psychiater in het ziekenhuis wordt niet vergoed via het BFM maar via toezichtshonoraria. Bij bevroering van ziekenhuisbedden, vermindert de inzet van de psychiaters in het ziekenhuis maar deze toezichtshonoraria zijn niet vervat in de alternatieve inzet van ziekenhuismiddelen in de mobiele equipes en worden dus niet overgedragen van het ziekenhuis naar de mobiele teams. Zonder enige actie, is er dus ook geen overdracht van middelen ter financiering van de medische functie in de mobiele teams, wanneer er bijkomende bedden worden “bevroren”;

2) Bij de opstart van de projecten 107 werd het bedrag voor de vergoeding van de medische functie toegekend PER NETWERK (met uitzondering van 3 grote netwerken, die een dubbel forfaitair bedrag ontvangen). Deze constructie was OK in een opstartfase met 2 mobiele teams per netwerk maar is niet meer houdbaar bij de vooropstelde uitbreiding van het aantal mobiele teams. Met andere woorden: binnen de huidige logica van een forfaitair bedrag per netwerk zijn de ziekenhuizen noch de psychiaters vragende partij voor bijkomende inzet in de mobiele teams want de vereiste bijkomende inzet van psychiaters in deze mobiele teams wordt niet geregeld en dus niet vergoed =>

45 verlies van toezichtshonoraria op bevroren bedden maar geen bijkomende vergoeding voor de extra
46 inzet van de psychiater in de mobiele teams.

47
48 3) De huidige gehanteerde logica vertrekt van een budgetneutrale operatie: X bedden worden
49 bevroren en het aantal VTE wordt alternatief ingezet in de mobiele teams. De impliciet
50 veronderstelde logica geldt geenszins voor de inzet van de medische functie: de inzet van de
51 medische functie in een mobiel team 2A of 2B is groter dan wat vereist als medische inzet op de
52 bevroren bedden in het ziekenhuis. Ter vergelijking: bevroering van 30T-bedden = 10 à 12 VTE
53 medewerkers maar slechts 0.25 psychiater (1 psychiater per 120 T-bedden). Inzake
54 toezichtshonoraria vertegenwoordigen 30 erkende T-bedden € 65.574,13 (cijfers RIZIV 2015).
55 Omgerekend naar een vergoeding van 120€ per uur = 10,51 uur psychiatertijd. Echter een arts in het
56 mobiele team 2B zorgt voor niet 30 patiënten maar voor 160 , in een meer eisende context en voor
57 patiënten die ook zonder 107 door een ambulante psychiater zouden gevolgd worden maar
58 bovendien voor wie hospitalisatie wordt voorkomen en kortere ziekenhuis opname mogelijk wordt
59 gemaakt dankzij een betere extramurale opvang. Met andere woorden: meer patiënten, betere
60 kwaliteit van zorg en moeilijkere begeleiding dient gehonoreerd en niet budgetneutraal te worden
61 afgehandeld.

62
63 **BESLUIT**

64 Bij de vooropstelde uitbreiding van het aantal (VTE in de) mobiele teams, zal:
65 EN de financieringswijze van de medische functie in de mobiele teams moeten herbekeken worden
66 EN zullen er bijkomende middelen moeten worden voorzien, bovenop de reeds ingezette forfaitaire
67 middelen en een alternatieve inzet van de toezichtshonoraria op de te bevroren bedden.
68 Indien deze bijkomende middelen niet onmiddellijk beschikbaar zijn, zal de landelijke dekking door
69 mobiel teams ook in de tijd moeten worden uitgesmeerd.

70

71 2 WERKZAAMHEDEN VAN DE WERKGROEP

72

73 De werkgroep wenst een breed toepasbare invulling van de medische functie en de verloning ervan
74 in de netwerken 107 naar voor te schuiven. En dus voor de mobiele teams een advies formuleren dat
75 in tweede instantie ook mee vorm kan geven aan de medische functie in alle zorgvormen binnen het
76 netwerk. Hierbij pleit de werkgroep voor een gelijke verloning voor gelijke opdrachten, los van de
77 zorgvorm waarin men deze prestaties levert. Tussen zorgvormen en organisaties kunnen natuurlijk
78 verschillen optreden in de aard van de opdrachten en/of het volume van deze opdrachten.

79 De werkgroep wil zijn werkzaamheden verrichten in twee fases:

- 80 - op korte termijn: het beschrijven van de inhoud van de medische functie in de mobiele equipes 2A
- 81 en 2B en het formuleren van een voorstel van financiering van deze medische functie in deze
- 82 mobiele equipes;
- 83 - op langere termijn: voorstellen formuleren voor de financieringswijze van de medische functie in
- 84 de andere zorgvormen.

85

86 Om op korte termijn te komen tot voorstellen ivm de medische functie in de mobiele equipes, is de
87 werkgroep NIET vertrokken van de huidige forfaitaire financiering van de medische functie. Noch van

88 het idee van een alternatieve inzet van de bestaande medische functie op de “bevroren” bedden
89 (wat een budgettair neutraal scenario als uitgangspunt neemt).
90 De werkgroep deed een poging om de opdrachten van een psychiater in een mobiel team 2A dan wel
91 2B te schrijven (WAT) om vervolgens een inschatting te maken van de vereiste vergoeding om deze
92 opdrachten te financieren (HOEVEEL in uren en kostprijs).
93

94 **3 OPDRACHTEN VAN DE PSYCHIATER IN DE MOBIELE TEAMS**

95

96 **3.1 Uitgangspunten**

97

98 Om de opdrachten van de psychiater in een mobiel team te kunnen beschrijven is het
99 voorafgaandelijk nodig om te bepalen wat de doelgroep en de doelstelling van de zorg is in een 2A-
100 team, respectievelijk 2B-team. De werkgroep medische functie bouwde verder op de voorstellen
101 vanuit de werkgroep mobiele teams, die binnen het overlegorgaan 107 specifiek werd belast met het
102 formuleren van een advies over de invulling van de mobiele teams.

103 Schematisch kan het opzet van een 2A, respectievelijk 2B-team worden voorgesteld als:

104

Zie voorstellen vanuit de WG Medische functie:		
	2A	2B
Voorkomen	1 team per 150.000 inwoners	0,11% van de populatie
		Niet alle EPA
		enkel EPA met
		of nood aan pluridisciplinaire opvolging
		en/of zorgmijder
		die nood hebben aan mobiliteit van hulpverleners (brenzorg)
	mensen in tijdelijke crisis	mensen met intensieve nood aan opvolging aan huis
aantal teams		
doelpopulatie enkel volwassenen	46	47
doelpopulatie volwassenen en ouderen	60	61
aantal VTE/team	12	9
caseload per VTE	2 à 2,5	18
clients gelijktijdig in de caseload van het team	24 à 30	160
duur van de zorg	mediaan 4 weken	niet bepaald
		OPGELET
		andere profilering van het doelpubliek van 2B in vergelijking met het advies NRZV

105

106

107 **3.2 Opdrachten van de psychiater in de mobiele teams**

108

109 Verderbouwend op het advies van de NRZV van 8 oktober 2015, onderscheidde de werkgroep 4
110 soorten activiteiten:

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

- a) **Beleidsstaken:** deze opdrachten hebben betrekking op de inzet van de psychiater in beleidsstaken, hetzij op niveau van het ruimere netwerk 107, hetzij op niveau van de organisatie van het mobiel team;
- b) **Klinische aansturing** van het team, waarbij de psychiater via indirect patiëntgebonden activiteiten, de teamleden van het mobiel team leidt en ondersteunt met zijn klinische expertise;
- c) **Klinische contacten:** directe face-to-face contacten tussen de psychiater en de cliënt
- d) **Kwaliteitsbevorderende activiteiten:** hoewel we er van uitgaan dat aan elke activiteit impliciet een kwaliteitsverhogend proces gekoppeld is (PDCA-cyclus), is het ook aangewezen om ook expliciet de nodige psychiatertijd te voorzien voor expliciet kwaliteitsbevorderende activiteiten.

123 Daarnaast nemen de psychiaters van het mobiel team deel aan permanentie-opdrachten. Omdat
 124 deze permanentie-opdrachten vaak opgenomen worden in een ruimer verband, samen met
 125 andere GGZ-voorzieningen, zullen we in deze nota niet verder ingaan op deze permanentie.
 126 Wanneer we de opdrachten van de psychiater in de mobiele teams schematisch voorstellen,
 127 komen we tot:

Opdrachten van de psychiater zoals verwoord in het advies NRZV maar ingedeeld volgens inzicht van de werkgroep		
Beleidsstaken (niet cliëntgebonden)	op NETWERK niveau	vergaderingen netwerkstructuren GGZ-promotie en -preventie samenwerking andere teams bevorderen /afstemmen / onderhouden
	op TEAM niveau	overleg met teamverantwoordelijke/leider registratie / jaarverslag statistische en epidemiologische gegevens verzamelen en verwerken
Klinische aansturing van het team (cliëntgebonden)	Aansturing teamleden ivm aanpak cliënten	supervisie en coaching teamleden telefonische ondersteuning van teamleden tijdens hun huisbezoek Beschikbaarheid voor snelle afhandeling nieuwe aanmeldingen (zeker in 2A) Hanteren en bewaken inclusiecriteria: afwegen van aanmeldingen Hanteren en bewaken van criteria einde zorg door mobiel team
	Cliëntopvolging	Dagelijke opvolging patientcasussen Cliëntgebonden teambespreking Bijhouden medisch dossier + registratie van medische cliëntgegevens
	Contacten stakeholders rond de cliënt	Contacten verwijzer en huisarts van de patiënt bij start zorg en tussentijds Contacten verwijzer en huisarts van de patiënt bij einde zorg Contacten met familie en naasten van de patiënt
Klinische contacten	Consultatie Psychotherapie (min 45 min) Huisbezoek	getuigschriften voor de patiënt Diagnosestelling Behandeling Evaluatie - planning - opvolging behandeling indien nodig medicatievoorschrijven
Kwaliteit		deelname onderzoeken deelname kwaliteitsinitiatieven vorming geven aan het team, vb seminars geven eigen vorming van de psychiater

128
129

130 3.3 [Inschatting van de benodigde psychiatertijd](#)

131
132 Op basis van de kenmerken van de doelpopulatie in het mobiel team 2A, respectievelijk 2B, poogde
133 de werkgroep een inschatting te maken van vereiste inzet van de medische functie.

134 De huidige realiteit bood enige maar beperkte referentie. Immers, de huidige inzet van de medische
135 functie wordt ook ingegeven door de huidige forfaitaire financiering van de medische functie: men
136 kan niet meer psychiatertijd inzetten dan wordt gefinancierd, zelfs al is er meer nood aan
137 psychiatertijd om kwaliteitsvolle zorg te bieden.

138 Anderzijds vervullende de bestaande teams geen identieke opdrachten voor identieke doelgroepen –
139 laat staan met de beoogde doelgroepen zoals beoogd in bovenstaande uitgangspunten. Met andere
140 woorden: de bestaande invulling van de medische functie bevat slechts een beperkte indicatie over
141 de toekomstige vereiste inzet van de medische functie in de mobiele teams.

142
143 De werkgroep kwam niet tot een éénduidig standpunt.

144 Zeker over de inschatting van het aantal klinische contacten, bleven er verschillende meningen
145 bestaan.

146 In functie van de visie op de rol van de psychiater als behandelaar, de efficiëntie van een huisbezoek
147 in vergelijking met een consult en de vooropgestelde populatie van de mobiele teams, wijzigt de
148 inschatting van het aantal klinische contacten.

149 Vandaar dat in onderstaand schema de vereiste klinische contacten enkel indicatief werden ingevuld
 150 en voorwerp uitmaken van verdere bespreking.
 151

MINIMAAL VEREISTE PSYCHIATERINZET				
Voorstel	2A (caseload van het team = 30)	minimaal ingeschatte psychiaterinzet per week	2B (caseload van het team = 160)	minimaal ingeschatte psychiaterinzet per week
inhoud	capaciteit		capaciteit	
BELEID				
algemeen beleid	2u/ Week	2	2u/ Week	2
netwerkactiviteit	1u/week	1	1u/week	1
kwaliteit	1u/week	1	1u/week	1
KLINISCHE AANSTURING				
Briefing- dagelijks patiëntopvolging - ondersteuning teamleden	dagelijks 1,5u	7,5	dagelijks 1u	7,5
Cliëntgebonden teambespreking	4 teamvergaderingen van 1 uur per week	4	3 teamvergadering à 1 uur per week driemaandelijks opvolging patiënten	3 1
		minimaal ingeschatte psychiaterinzet per week		
			minimaal ingeschatte psychiaterinzet per week	
KLINISCHE CONTACTEN				
veronderstelling: 2 à 3 klinische contacten per zorgperiode, waarvan 1 huisbezoek	2A		2B	
consultaties	1 à 2		consultaties: afhankelijk als behandelaar of niet	
huisbezoek	(1 huisbezoek * 2 uur * 30 pt) / maand	15	huisbezoek: afhankelijk als behandelaar of niet	
Permanentie	pro memorie	pro memorie	pro memorie	pro memorie
Totalen per week			Totalen per week	
subtotaal beleid		4	subtotaal beleid	4
subtotaal klinische aansturing		11,5	subtotaal klinische aansturing	11,5
subtotaal klinische contacten		15 + consultaties	subtotaal klinische contacten	afhankelijk
Totaal per week		30,5 (incl huisbezoeken) + consultaties	Totaal per week	15,5 + klinische contacten

152
 153 als minimaal
 154 Op weekbasis :

155
 156
 157 Bovenstaande inschatting kan nog het voorwerp uitmaken van verdere verfijning.

158 4 FINANCIERING VAN DE MEDISCHE FUNCTIE IN DE MOBIELE TEAMS

159

160 4.1 Uitgangspunten

161

162 - Er wordt uitgegaan van een billijke vergoeding voor de medische functie in de mobiele teams.
163 Om de billijkheid in te vullen wordt enerzijds gekeken naar de bestaande vergoeding in het
164 ziekenhuis en dit in verhouding tot het aantal uren inzet. Anderzijds wordt gekeken naar de
165 vergoeding voor de gemiddelde geneesheer-specialist. De billijke vergoeding moet psychiaters ook
166 aanzetten om de overstap te maken van een activiteit in een ziekenhuis naar een activiteit in een
167 mobiel team.

168

169 - Verschillende financieringswijzen zijn mogelijk: forfaitair / per caseload / per prestatie. Elk van deze
170 financieringswijzen heeft zowel sterke als zwakke punten, zowel voor de overheid, de ziekenhuizen,
171 mobiele equipes als voor de psychiaters. Een zorgvuldige en goed overdachte inzet van de
172 financieringswijze is noodzakelijk.

173

174 - Hetzelfde kan gezegd worden van huisbezoeken door de psychiater: zij bieden een meerwaarde
175 ~~zijn~~, zowel voor de behandeling van de patiënt als voor de inhoudelijke ondersteuning van de
176 teamleden. Anderzijds is dit een handeling die veel psychiatertijd vergt en dus in verhouding een
177 dure interventie is. Ook hier is een afgewogen gebruik van de interventie "huisbezoek door de
178 psychiater" aan de orde.

179

180 - Naast de vergoeding voor de inzet van de medische functie, moet ook gekeken worden naar wat
181 een patiënt kan/wil betalen. De doelpopulatie van de mobiele teams bevindt zich in een kwetsbare
182 positie: hetzij in crisis, waarbij de patiënt al dan niet zelf vragende partij is voor een interventie, hetzij
183 in een psychisch kwetsbare positie, waarbij een deel van deze patiënten ook zorg mijden. Vragen die
184 aan de orde zijn in dit kader:

- 185 ○ Welk remgeld wordt gevraagd aan de patiënt? Hoe is dit in verhouding met andere
- 186 zorgvormen?
- 187 ○ Betaalt de patiënt de volle prestatie en vordert hij een deel terug via zijn mutualiteit of kan
- 188 er gewerkt worden met een systeem derdebetalers wanneer de patiënt zich in een
- 189 (financieel) kwetsbare positie bevindt?
- 190 ○ In welke mate kan men prestaties aanrekenen aan personen die zorg mijden of zelf geen
- 191 vragende partij waren voor zorg?

192

193 4.2 Financieringswijze

194

195 De inzet van de medische functie in het ziekenhuis wordt hoofdzakelijk vergoed op prestatiebasis.
196 Uitzonderingen zijn vb de forfaitaire vergoeding voor de hoofdgeneesheer.

197 Naar analogie met deze financieringswijze in de ziekenhuizen, zijn de psychiaters vragende partij
198 voor:

- 199 a) Voor het grootste deel van de inzet een prestatiefinanciering via nomenclatuur :
200 vb opvolgingshonorarium (naar analogie van toezichtshonorarium in het ZH,
201 vb teamvergaderingen (naar analogie met pluridisciplinair overleg in het ZH),

202 vb verslagen bij begin en einde (naar analogie met psychiatrisch intake/ontslagonderzoek)
203 klinische contacten

204 b) Kleine deel forfaitaire financiering voor forfaitaire inzet

205

206 MAAR:

207 Uit het gesprek op 5 april 2017 tussen vertegenwoordigers van de werkgroep medische functie en
208 beleidsverantwoordelijken van zowel het kabinet, het RIZIV als de FOD, bleek dat

209 - op de korte termijn van de lopende legislatuur (2 jaar) een herijking van de nomenclatuur en dus

210 een creatie van verschillende nieuwe nomenclatuur voor de mobiele teams, (naar analogie met de

211 prestaties in de ziekenhuizen) niet mogelijk is. Tegelijk bleek uit dit gesprek de wens vanuit de

212 overheden om in 2018 aan uitbreiding te doen van (VTE in) mobiele teams. De werkgroep is dan ook

213 op zoek gegaan naar een tijdelijke oplossing. Deze tijdelijk oplossing bestaat er in om, in afwachting

214 van de creatie van nieuwe nomenclatuurnummers, een groter deel van de inzet van de medische

215 functie forfaitair te vergoeden.

216

217 4.3 Tussentijds voorstel

218

219 **In afwachting van** ontwikkeling van nieuwe en aangepaste nomenclatuur, waarvoor de werkgroep

220 uitkijkt naar een engagementsverklaring van de overheden om hier werk van te maken,

221

222 en **op voorwaarde van:**

223 1) snelle introductie pseudonomenclatuur, waarbij administratieve signalen worden

224 uitgewisseld tussen de mobiele teams via de ziekenhuisfacturatiesystemen en de

225 mutualiteiten voor elk begin en/einde van zorg in een mobiel team 2A en 2B. Hierdoor is

226 administratief gekend welke patiënten in zorg worden genomen door een mobiel team en

227 voor welke periode;

228

229 2) de creatie van minimum één nieuw/aangepast nomenclatuurnummer voor een huisbezoek

230 door de psychiater. De huidige bestaande nomenclatuurprestatie "huisbezoek door een

231 geneesheer-specialist" is enkel aanrekenbaar wanneer de huisarts om deze interventie

232 verzoekt en dit staft in zijn dossier. Bovendien bedraagt de waardering van de prestatie

233 huisbezoek (€ 32,62) een derde minder dan prestatie "consultatie (€ 47,08) en is ook lager

234 dan de omgekeerde beweging (bezoek door een huisarts in het psychiatrische ziekenhuis op

235 vraag van de psychiater = € 37,07). De huidige gestelde condities (op vraag van de huisarts)

236 en de waardering staan de effectieve inzet van de interventie "huisbezoek door de psychiater

237 van een mobiel team" in de weg. Er wordt voorgesteld om deze prestatie in het kader van

238 een mobiel team gelijk te stellen met een interventie van twee uur (inclusief

239 verplaatsingstijd).

240

241 3) Een algemene invoering van de regeling derdebetaler voor alle klinische contacten door de

242 psychiaters van het mobiel team 2A en 2B voor de patiënten in zorg van deze teams.

243

244 stelt de werkgroep volgende **gemengde financieringswijze** voor:

245

246 4.3.1 Een forfaitaire vergoeding door de FOD

247

248 Deze forfaitaire vergoeding dekt voor een mobiel team **2A** (zie hoger voor de motivatie van het
249 aantal uren):

250 - Beleid : 4u

251 Deze forfaitaire vergoeding dekt voor een mobiel team **2B** (zie hoger voor de motivatie van het
252 aantal uren):

253 - Beleid: 4u

254 Om te kunnen spreken van een billijke vergoeding, wordt uitgegaan van een vergoeding van 140
255 euro per uur.

256

257 4.3.2 Een capaciteitsgebonden vergoeding door de FOD

258

259 Deze capaciteits gebonden financiering wordt niet rechtstreeks gekoppeld aan het reëel aantal
260 patiënten in de caseload (want deze informatie is niet beschikbaar op de FOD) maar wel gekoppeld
261 aan het aantal VTE van het team.

262 Hierbij kan het team bij monde van het netwerk aangeven hoeveel VTE zij wenst in te zetten (vb in
263 een groeiscenario: 8 VTE bij de opstart in 2018, 10 VTE in 2019 en 12 VTE in het mobiel team 2A in
264 het jaar 2010). Rekening houdende met de vooropgesteld caseload in respectievelijk het mobiel
265 team 2A (2 à 2,5 patiënten in de actieve caseload per VTE) dan wel 2B (18 patiënten in de actieve
266 caseload per VTE), wordt een forfaitair bedrag per jaar toegekend in verhouding tot een volledig
267 team van 12 VTE in een mobiel team 2A en 9 VTE in een mobiel team 2B.

268

269 Voor een mobiel team 2A: klinische aansturing: 11,5u

270 Voor een mobiel team 2B: klinische aansturing: 11,5u

271

272 Net zoals de forfaitaire vergoeding via de FOD, wordt ook hier uitgegaan van een vergoeding van 140
273 euro per uur.

274

275 4.3.3 Op prestatievergoeding op basis van nomenclatuur – verrekend via het RIZIV

276

277 Zowel in de mobiele teams 2A als 2B gaat het hier om de prestaties consultaties en de aangepaste
278 nomenclatuur huisbezoek (zie voorwaarde 2 hoger).

279

280 Er zijn enerzijds argumenten om alle klinische contacten (consultaties en huisbezoeken) op louter
281 prestatiebasis te financieren. Tegelijk zijn er argumenten om een beperkt aantal consultaties en/of
282 huisbezoeken te beschouwen als standaardinzet van de medische functie en bijgevolg beter in te
283 kantelen in de capaciteitsgebonden financiering.

284

285 Omdat er op heden te veel onzekere factoren zijn (onder meer remgelden, derde betaler,
286 omschrijving en waardering huisbezoek) kan de werkgroep geen gedragen standpunt formuleren
287 welke en hoeveel consultaties en huisbezoeken per patiënt in de financieringswijze “prestatiebasis”
288 thuishoren en idem dito in de capaciteitsfinanciering”.

289

290

291 4.4 Samenvatting: tussentijds voorstel van een gemengd financieringssysteem

292

293 4.4.1 Te financieren door de FOD

294 Op weekbasis:

295 - Voor elk volledig team 2A met 12 VTE =

296 ○ 4,5 uren forfaitaire vergoeding voor medische inzet voor beleid = 560 €

297 ○ En 11,5 uren capaciteitsgebonden financiering en dus 1610 € voor een volledig team van 12
298 VTE

299 - Voor elk volledig team 2B met 9 VTE

300 ○ 4,5 uren forfaitaire vergoeding voor medische inzet voor beleid = 560 €

301 ○ En 11,5 uren capaciteits financiering en dus 1610 € voor een volledig team van 9 VTE

302 Eventueel aan te vullen met een beperkt aantal consultaties en huisbezoeken in capaciteitsgebonden
303 financiering: zie hieronder.

304

305 4.4.2 Te financieren door het RIZIV

306

307 Zowel in 2A als 2B: op prestatiebasis voor consultaties en huisbezoeken.

308 Per patiënt in een mobiel team 2A gedurende een mediane zorgperiode van 4 weken;

309 ○ 2 à 3 klinische contacten waarvan huisbezoek (ter waarde van 2 uur)

310 Voor patiënten in een mobiel team 2B: per jaar per patiënt: afhankelijk

311

312 **Afhankelijk van de oplossing voor de onzekerheden, kunnen een deel van deze consultaties en**
313 **huisbezoeken worden ondergebracht in de financiering per capaciteit en bijgevolg verschuiven**
314 **naar een FOD-financiering.**

315

316 Opmerking:

317 De consultaties door psychiater in de mobiele teams hoeven op macro niet gelijk te staan met
318 meeruitgaven. Immers, een deel van de patiënten die nu nog niet in zorg zijn in een mobiel team,
319 worden ook reeds gevolgd door een ambulante psychiater, die nu ook consultaties aanrekenen. Door
320 de introductie van meer (VTE in de) mobiele teams zal voor deze gevallen enkel de facturerende
321 psychiater wijzigen maar daarom niet leiden tot meer gefactureerde consultaties!

322 De werkgroep herhaalt de absolute voorwaarde om de beschrijving en de waardering van de
323 prestatie "Huisbezoeken" aan te passen voor patiënten in een mobiel team die in hun thuisomgeving
324 worden bezocht door een psychiater.

325

326 De werkgroep is vragende partij naar een formeel platform om bovenstaande voorstellen verder te
327 verfijnen en in de tijd verder op te volgen in functie van aanpassingen in de nomenclatuur en
328 waarderingen.

329 De werkgroep is van oordeel dat de beschikbaarheid van vereiste middelen die nodig zijn om de
330 medische functie in de mobiele teams te honoreren, parallel moet lopen met de uitbreiding van het
331 aantal mobiele teams. Indien deze middelen niet beschikbaar zijn, moet men onderzoeken hoe men
332 de landelijke dekking geleidelijker kan invullen.