

# Medische functie in de mobiele teams

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

Auteur: Werkgroep Medische Functie van het overlegorgaan 107  
(Updating na vergadering van de werkgroep op 8 juni 2017).

## 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 “bevriezen” 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 overal 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 bevriezen 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 bevrozing 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

45 bijkomende inzet van psychiaters in deze mobiele teams wordt niet geregeld en dus niet vergoed =>  
46 verlies van toezichtshonoraria op bevroren bedden maar geen bijkomende vergoeding voor de extra  
47 inzet van de psychiater in de mobiele teams.

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

63

#### 64 BESLUIT

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

71

## 72 2 WERKZAAMHEDEN VAN DE WERKGROEP

73

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

80 De werkgroep wil zijn werkzaamheden verrichten in twee fases:

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

86

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

89 het idee van een alternatieve inzet van de bestaande medische functie op de “bevroren” bedden  
90 (wat een budgettair neutraal scenario als uitgangspunt neemt).  
91 De werkgroep deed een poging om de opdrachten van een psychiater in een mobiel team 2A dan wel  
92 2B te schrijven (WAT) om vervolgens een inschatting te maken van de vereiste vergoeding om deze  
93 opdrachten te financieren (HOEVEEL in uren en kostprijs).  
94

### 3 OPDRACHTEN VAN DE PSYCHIATER IN DE MOBIELE TEAMS

#### 3.1 Uitgangspunten

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

Schematisch kan het opzet van een 2A, respectievelijk 2B-team worden voorgesteld als (tabel 1):

Tabel 1

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
<b>aantal teams</b>		
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
		<b>OPGELET</b>
		andere profilering van het doelpubliek van 2B in vergelijking met het advies NRZV

#### 3.2 Opdrachten van de psychiater in de mobiele teams (tabel 2)

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

- a) Beleidstaken: deze opdrachten hebben betrekking op de inzet van de psychiater in beleidstaken, 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.

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

130 Tabel 2

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	
	op TEAM niveau	samenwerking andere teams bevorderen /afstemmen / onderhouden	
		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	Intakeverslag naar de verwijzer en/of huisarts (+ pat. contact)
			Contacten verwijzer en huisarts van de patiënt bij einde zorg
		Ontslagverslag naar de verwijzer en/of huisarts (+ pat contact)	
		Contacten met familie en naasten van de patiënt	
Klinische contacten	Consultatie	Intake-consultatie (zie onder klinische aansturing)	
		Tussentijdse consultatie	
		Eindconsultatie (zie onder klikkische aansturing)	
	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	

132  
133

### 134 3.3 Inschatting van de benodigde psychiatertijd

135  
136 Op basis van de kenmerken van de doelpopulatie in het mobiel team 2A, respectievelijk 2B, poogde  
 137 de werkgroep een inschatting te maken van vereiste inzet van de medische functie.  
 138 De huidige realiteit bood enige maar beperkte referentie. Immers, de huidige inzet van de medische  
 139 functie wordt ook ingegeven door de huidige forfaitaire financiering van de medische functie: men  
 140 kan niet meer psychiatertijd inzetten dan wordt gefinancierd, zelfs al is er meer nood aan  
 141 psychiatertijd om kwaliteitsvolle zorg te bieden.  
 142 Anderzijds vervullende de bestaande teams geen identieke opdrachten voor identieke doelgroepen –  
 143 laat staan met de beoogde doelgroepen zoals beoogd in bovenstaande uitgangspunten. Met andere  
 144 woorden: de bestaande invulling van de medische functie bevat slechts een beperkte indicatie over  
 145 de toekomstige vereiste inzet van de medische functie in de mobiele teams.

146

147

148 Vandaar dat in onderstaand schema (tabel 3) de vereiste klinische contacten enkel indicatief werden  
 149 ingevuld en voorwerp uitmaken van verdere bespreking. Er is voor gekozen op korte termijn, in de  
 150 overgangperiode, het eerste contact plus verslaggeving en het slotcontact plus verslaggeving te  
 151 plaatsen binnen de klinische aansturing met de voorziene uurvergoeding. De beweegreden is dat het  
 152 op die manier gekoppeld is aan de opdracht van de 2 A en 2 B psychiater waarvan alzo automatisch  
 153 verwacht wordt dat hij dit doet. Idem voor de huisbezoeken (zie ook 4 financiering van de medische  
 154 functie in de mobiele teams).

155

156

157 Tabel 3

158

Minimaal vereiste psychiaterinzet				
Voorstel	2A (caseload van het team = 30)		2B (caseload van het team = 160)	
Inhoud	Capaciteit	Minimaal ingeschatte psychiaterinzet per week	Capaciteit	Minimaal ingeschatte psychiaterinzet per week
Beleid	2u/wk	2		2
		Minimaal ingeschatte psychiater inzet per week		Minimaal ingeschatte psychiater inzet per week
<b>Klinische aansturing</b> Opdrachtinvulling (tabel 2) Beginconsultatie, eindconsultatie + verslag (1 huisbezoek * 2 uur voor 1/3 van de pt)/ maand (30pt*0,3*2u)/maand = 5u/week		12 7,5 5	<b>Klinische aansturing</b> Opdrachtinvulling (tabel 2) Beginconsultatie, eindconsultatie + verslag 2 huisbezoeken * 2 uur per week	12 1 4
Klinische contacten	2 A		2 B	
consultaties	Noodzakelijke, bijkomende consultaties		Consultaties afhankelijk als behandelaar of niet	
Permanentie	Pro memorie	Pro memorie	Pro memorie	Pro memorie
Totalen per week		26,5 bijkomende consultaties	Totalen per week	19+ bijkomende consultaties

159

160

## 161 4 FINANCIERING VAN DE MEDISCHE FUNCTIE IN DE MOBIELE TEAMS

162

### 163 4.1 Uitgangspunten

164

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

171

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

176

177 - Hetzelfde kan gezegd worden van huisbezoeken door de psychiater: zij bieden een meerwaarde  
178 zowel voor de behandeling van de patiënt als voor de inhoudelijke ondersteuning van de teamleden.  
179 Anderzijds is dit een handeling die veel psychiatertijd vergt en dus in verhouding een dure  
180 interventie is. Ook hier is een afgewogen gebruik van de interventie "huisbezoek door de psychiater"  
181 aan de orde. Naast de huisbezoeken door de teamleden gaat de werkgroep uit van de ingeschatte  
182 noodzaak dat bij 1 op 3 patiënten in zorg van een 2A-team een huisbezoek door de psychiater is  
183 aangewezen, schatting is 2 huisbezoeken per week à 2 x 2 uur. Gelet op deze specifieke subgroep van  
184 patiënten binnen 2B, gaat de werkgroep uit van verscheidene huisbezoeken bij deze subgroep van  
185 patiënten.

186

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

- 192 ○ Welk remgeld wordt gevraagd aan de patiënt? Hoe is dit in verhouding met andere
- 193 zorgvormen?
- 194 ○ Betaalt de patiënt de volle prestatie en vordert hij een deel terug via zijn mutualiteit of kan
- 195 er gewerkt worden met een systeem derdebetaler wanneer de patiënt zich in een
- 196 (financieel) kwetsbare positie bevindt?
- 197 ○ In welke mate kan men prestaties aanrekenen aan personen die zorg mijden of zelf geen
- 198 vragende partij waren voor zorg?

199

### 200 4.2 Financieringswijze

201

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

- 204 Naar analogie met deze financieringswijze in de ziekenhuizen, zijn de psychiaters vragende partij  
205 voor:
- 206 a) Voor het grootste deel van de inzet een prestatiefinanciering via nomenclatuur :  
207 vb opvolgingshonorarium (naar analogie van toezichtshonorarium in het ZH,  
208 vb teamvergaderingen (naar analogie met pluridisciplinair overleg in het ZH),  
209 vb verslagen bij begin en einde (naar analogie met psychiatrisch intake/ontslagonderzoek)  
210 klinische contacten
  - 211 b) Kleine deel forfaitaire financiering voor forfaitaire inzet

212

213 MAAR:

214 Uit het gesprek op 5 april 2017 tussen vertegenwoordigers van de werkgroep medische functie en  
215 beleidsverantwoordelijken van zowel het kabinet, het RIZIV als de FOD, bleek dat  
216 - op de korte termijn van de lopende legislatuur (2 jaar) een herijking van de nomenclatuur en dus  
217 een creatie van verschillende nieuwe nomenclatuur voor de mobiele teams, (naar analogie met de  
218 prestaties in de ziekenhuizen) niet mogelijk is. Tegelijk bleek uit dit gesprek de wens vanuit de  
219 overheden om in 2018 aan uitbreiding te doen van (VTE in) mobiele teams. De werkgroep is dan ook  
220 op zoek gegaan naar een tijdelijke oplossing. Deze tijdelijk oplossing bestaat er in om, in afwachting  
221 van de creatie van nieuwe nomenclaturnummers, een groter deel van de inzet van de medische  
222 functie forfaitair te vergoeden.

223

#### 224 4.3 Tussentijds voorstel

225

##### 226 In afwachting van

- 227 1) ontwikkeling van nieuwe en aangepaste nomenclatuur, waarvoor de werkgroep uitkijkt naar  
228 een engagementsverklaring van de overheden om hier werk van te maken,
- 229 2) de creatie op kortere termijn van een nieuw/aangepast nomenclaturnummer voor een  
230 huisbezoek door de psychiater. De huidige bestaande nomenclatuurprestatie "huisbezoek  
231 door een geneesheer-specialist" is enkel aanrekenbaar wanneer de huisarts om deze  
232 interventie verzoekt en dit staat in zijn dossier. Bovendien bedraagt de waardering van de  
233 prestatie huisbezoek (€ 32,62) een derde minder dan prestatie "consultatie (€ 47,08) en is  
234 ook lager dan de omgekeerde beweging (bezoek door een huisarts in het psychiatrische  
235 ziekenhuis op vraag van de psychiater = € 37,07). De huidige gestelde condities (op vraag van  
236 de huisarts) en de waardering staan de effectieve inzet van de interventie "huisbezoek door  
237 de psychiater van een mobiel team" in de weg.

238

##### 239 en op voorwaarde van:

- 240 1) snelle introductie pseudonomenclatuur, waarbij administratieve signalen worden  
241 uitgewisseld tussen de mobiele teams via de ziekenhuisfacturatiesystemen en de  
242 mutualiteiten voor elk begin en/einde van zorg in een mobiel team 2A en 2B. Hierdoor is  
243 administratief gekend welke patiënten in zorg worden genomen door een mobiel team en  
244 voor welke periode;
- 245
- 246
- 247 2) Een algemene invoering van de regeling derdebetaler voor alle klinische contacten door de  
248 psychiaters van het mobiel team 2A en 2B (voor zover niet vervat in de caseloadfinanciering)



249 voor de patiënten in zorg van deze teams die moet bijdragen tot de betaalbaarheid van  
250 financieel kwetsbare mensen  
251

252 stelt de werkgroep voor **de KORTE TERMIJN** volgende **GEMENGDE FINANCIERINGSWIJZE** voor  
253 waarbij in afwachting van aangepaste nomenclatuur de prestaties huisbezoeken en begin- en  
254 eindconsultatie deze prestaties meer forfaitair worden vergoed:

255

#### 256 4.3.1 Een forfaitaire vergoeding door de FOD

257

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

260 - Beleid : 2u

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

263 - Beleid: 2u

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

266

#### 267 4.3.2 Een capaciteitsgebonden vergoeding door de FOD (voor klinische aansturing)

268

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

272 Hierbij kan het team bij monde van het netwerk aangeven hoeveel VTE zij wenst in te zetten (vb in  
273 een groeiscenario: 8 VTE bij de opstart in 2018, 10 VTE in 2019 en 12 VTE in het mobiel team 2A in  
274 het jaar 2020). Rekening houdende met de vooropgesteld caseload in respectievelijk het mobiel  
275 team 2A (2 à 2,5 patiënten in de actieve caseload per VTE) dan wel 2B (18 patiënten in de actieve  
276 caseload per VTE), wordt een forfaitair bedrag per jaar toegekend in verhouding tot een volledig  
277 team van 12 VTE in een mobiel team 2A en 9 VTE in een mobiel team 2B.

278

279 Voor een mobiel team 2A:

280 klinische aansturing: 12u

281 In afwachting van een aangepaste nomenclatuur:

282 begin- en eindconsultatie inclusief verslaggeving: 7,5u

283 huisbezoeken: 5 u

284 Totaal: 24,5 uur capaciteitsgebonden financiering

285

286 Voor een mobiel team 2B:

287 klinische aansturing: 12u

288 In afwachting van aangepaste nomenclatuur:

289 begin- en eindconsultatie inclusief verslaggeving: 1 u

290 huisbezoeken: 4 u

291 Totaal: 17u capaciteitsgebonden financiering

292

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

295

296 4.3.3 Op prestatievergoeding op basis van nomenclatuur – verrekend via het RIZIV

297

298 Zowel in de mobiele teams 2A als 2B gaat het hier om de bijkomende consultaties (naast de begin-  
299 en eindconsultatie).

300

301

#### 302 4.4 [Samenvatting: tussentijds voorstel op de KORTE TERMIJN van een gemengd](#) 303 [financieringssysteem](#)

304

305 4.4.1 Te financieren door de FOD

306 Op weekbasis:

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

308 ○ 2 uren forfaitaire vergoeding voor medische inzet voor beleid = 280 €

309 ○ En 24,5 uren capaciteitsgebonden financiering en dus 3430 € voor een volledig team van 12  
310 VTE

311 - Voor elk volledig team 2B met 9 VTE

312 ○ 2 uren forfaitaire vergoeding voor medische inzet voor beleid = 280 €

313 ○ En 17 uren capaciteits financiering en dus 2240 € voor een volledig team van 9 VTE

314

315 4.4.2 Te financieren door het RIZIV

316

317 Zowel in 2A als 2B: op prestatiebasis voor bijkomende consultaties.

318 Opmerking:

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

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

327

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

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