

La fonction médicale au sein des équipes mobiles

(et, par extension, pour toutes les fonctions des réseaux SSM)

Auteur : groupe de travail fonction médicale de l'organe de concertation 107
(version actualisée après la réunion du groupe de travail le 8 juin 2017)

1 DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

1.1 Contexte de la fonction médicale au sein des réseaux 107

A la création des réseaux en soins de santé mentale pour adultes (les projets dits "107"), les réseaux étaient censés créer des équipes mobiles par le biais du "gel" de la capacité en lits dans les hôpitaux et de l'affectation, dans les équipes mobiles, des ETP ainsi libérés qui étaient initialement mobilisés pour ces lits (au moins une équipe mobile pour les soins de crise et une équipe pour les soins de plus longue durée à domicile). Les réseaux en phase de démarrage ont reçu pendant 3 ans, sur une base forfaitaire, un financement supplémentaire pour couvrir les frais de fonctionnement liés au lancement et à la transition.

Le fonctionnement de ces équipes mobiles nécessite également la présence d'un psychiatre. Par analogie avec les frais de fonctionnement, un montant de 231.000 € a été octroyé de façon forfaitaire, par réseau, pour le financement de la fonction médicale dans les deux types d'équipes mobiles.

A l'issue de la première phase de projet, les autorités souhaitent étendre le fonctionnement des équipes mobiles à l'ensemble du territoire belge, sous la direction de l'autorité fédérale. Cela suppose :

- qu'un réseau SSM adulte soit actif partout
 - qu'au sein de chaque réseau, les équipes mobiles couvrent la zone d'activité entière du réseau.
- Partant, on s'attend à une extension du nombre d'équipes mobiles et du nombre d'ETP au sein de ces équipes mobiles, en vue d'atteindre l'objectif de la couverture nationale.

Les réseaux existants peuvent, moyennant l'approbation des autorités, geler des lits supplémentaires et affecter des ETP supplémentaires pour les équipes mobiles.

1.2 Problèmes de base dans le financement actuel de la fonction médicale

1) La mobilisation du psychiatre à l'hôpital n'est pas financée via le BMF mais via les honoraires de surveillance. Avec le gel de lits hospitaliers, la mobilisation des psychiatres à l'hôpital diminue mais les honoraires de surveillance ne sont pas inclus dans l'affectation alternative des moyens hospitaliers pour les équipes mobiles et ils ne sont donc pas transférés de l'hôpital aux équipes mobiles. En l'absence d'action, il n'y a donc pas de transfert des moyens en vue du financement de la fonction médicale au sein des équipes mobiles lorsque des lits supplémentaires sont "gelés".

2) Au moment du lancement des projets 107, le montant de l'indemnité de la fonction médicale était octroyé PAR RESEAU (à l'exception de 3 grands réseaux, qui ont reçu un double montant forfaitaire). C'était adéquat pour la phase de lancement, avec deux équipes mobiles par réseau mais,

45 avec l'extension du nombre d'équipes mobiles, cela n'est plus tenable. En d'autres termes : dans la
46 logique actuelle d'un montant forfaitaire par réseau, ni les hôpitaux ni les psychiatres ne souhaitent
47 une implication supplémentaire des équipes mobiles car l'affectation supplémentaire des psychiatres
48 dans ces équipes mobiles n'est pas réglée et donc pas indemnisée => perte des honoraires de
49 surveillance pour les lits gelés mais pas d'indemnité supplémentaire pour la mobilisation
50 supplémentaire des psychiatres au sein des équipes mobiles.

51
52 3) La logique actuelle est basée sur une opération budgétairement neutre : X lits sont gelés et le
53 nombre d'ETP correspondant est affecté aux équipes mobiles. La logique implicite supposée ne vaut
54 en aucun cas pour la mobilisation de la fonction médicale : la mobilisation de la fonction médicale au
55 sein d'une équipe mobile 2A ou 2B est plus importante que ce qui est exigé en tant qu'utilisation
56 médicale pour les lits gelés à l'hôpital. En guise de comparaison : gel de 30 lits T = 10 à 12
57 collaborateurs ETP mais seulement 0.25 psychiatre (1 psychiatre par 120 lits T). En ce qui concerne
58 les honoraires de surveillance, 30 lits T agréés représentent € 65.574,13 (chiffres INAMI 2015).
59 Converti en une indemnité de 120 € par heure = 10,51 heures de prestation psychiatrique.
60 Cependant, un médecin au sein de l'équipe mobile 2B ne s'occupe pas de 30 patients mais de 160 ,
61 dans un contexte plus exigeant et avec des patients qui, sans le 107, seraient suivis par un psychiatre
62 en ambulatoire mais pour lesquels l'hospitalisation est évitée et une admission de plus courte durée
63 est rendue possible grâce à une meilleure prise en charge extramurale. En d'autres termes : un plus
64 grand nombre de patients, une meilleure qualité des soins et une approche plus complexe doivent
65 être valorisés et non réglés de façon budgétairement neutre.

66
67 CONCLUSION :
68 Dans le cadre de l'extension supposée du nombre d'équipes mobiles (du nombre d'ETP dans ces
69 équipes), il faudra :
70 ET revoir le mode de financement de la fonction médicale au sein des équipes mobiles
71 ET prévoir des moyens supplémentaires, en plus des moyens forfaitaires déjà investis et prévoir une
72 utilisation alternative des honoraires de surveillance pour les lits gelés.
73 Si ces moyens supplémentaires ne sont pas disponibles dans l'immédiat, la couverture nationale
74 devra également être échelonnée dans le temps par les équipes mobiles.

75
76 **2 ACTIVITES DU GROUPE DE TRAVAIL**
77

78 Le groupe de travail souhaite mettre en avant, au sein des réseaux 107, une définition largement
79 applicable de la fonction médicale et la rémunération. Il s'agit donc, pour les équipes mobiles, de
80 formuler un avis susceptible, dans un deuxième temps, de donner forme à la fonction médicale, pour
81 toutes les formes de soins au sein du réseau. A cet égard, le groupe de travail préconise une
82 rémunération égale pour des missions identiques, quelle que soit la forme de soins dans le cadre de
83 laquelle ces prestations sont effectuées. Bien entendu, il peut y avoir des divergences entre les
84 formes de soins et les organisations en ce qui concerne la nature et/ou le volume de ces missions.
85 Le groupe de travail souhaite réaliser ses activités en deux phases :
86 - à court terme : décrire le contenu de la fonction médicale au sein des équipes mobiles 2A et 2B et
87 formuler une proposition de financement de cette fonction médicale au sein de ces équipes mobiles ;

88 - à plus long terme : formuler des propositions concernant le mode de financement de la fonction
89 médicale dans d'autres formes de soins.

90

91 Pour pouvoir formuler des propositions à court terme en ce qui concerne la fonction médicale au
92 sein des équipes mobiles, le groupe de travail ne s'est PAS basé sur le financement forfaitaire de la
93 fonction médicale, ni sur la possibilité d'une mobilisation alternative de la fonction médicale pour les
94 lits "gelés" (laquelle est basée sur un scénario budgétairement neutre).

95 La groupe de travail a tenté de rédiger les missions d'un psychiatre au sein d'une équipe mobile 2A et
96 2B (QUOI), afin de pouvoir ensuite évaluer l'indemnité nécessaire pour le financement de ces
97 missions (COMBIEN : en heures et en coûts).

98

99 **3 MISSIONS DU PSYCHIATRE AU SEIN DES EQUIPES MOBILES**

100

101 **3.1 Points de départ**

102

103 Pour décrire les missions du psychiatre au sein d'une équipe mobile, il convient au préalable de
 104 déterminer quel est le groupe cible et quels sont les objectifs des soins au sein d'une équipe 2A et
 105 d'une équipe 2B. Le groupe de travail fonction médicale s'est basé sur les propositions du groupe de
 106 travail équipes mobiles, lequel a été spécifiquement chargé, au sein de l'organe de concertation 107,
 107 de formuler un avis sur la définition des équipes mobiles.

108 L'organisation d'une équipe 2A et d'une équipe 2B peuvent être schématisées comme suit :

109

110

Voir les propositions du GT fonction médicale		
	2A	2B
Présence	1 équipe par 150.000 habitants	0,11% de la population
		Pas toutes les pathologies psychiatriques graves
		uniquement les pathologies psychiatriques graves, avec
		Ou besoin de suivi pluridisciplinaire
		Et/ou un patient qui évite les soins
		Qui ont besoin de la mobilité des prestataires de soins (soins à apporter)
	Personnes temporairement en crise	Personnes avec un besoin intensif de suivi à domicile
Nombre d'équipes		
Population cible : uniquement adultes	46	47
Population cible : adultes et personnes âgées	60	61
Nombre d'ETP/équipe	12	9
Case-load par ETP	2 à 2,5	18
Clients simultanément dans le case-load de l'équipe	24 à 30	160
Durée des soins	Médiane 4 semaines	Indéterminé
		ATTENTION
		Autre profilage du public cible des équipes 2B en comparaison avec l'avis CNEH

111 **3.2 Missions du psychiatre au sein des équipes mobiles**

112

113 Sur la base de l’avis du CNEH du 8 octobre 2015, le groupe de travail distingue 4 types d’activités :

- 114 a) Tâches politiques : ces missions portent sur l’affectation d’un psychiatre dans le cadre des
- 115 tâches politiques, soit au niveau du réseau 107 élargi, soit au niveau de l’organisation de
- 116 l’équipe mobile ;
- 117 b) Direction clinique de l’équipe : le psychiatre, par le biais d’activités indirectement liées aux
- 118 patients, dirige les membres de l’équipe mobile et les soutient, de par son expertise clinique ;
- 119 c) Contacts cliniques : contacts directs en face à face entre le psychiatre et le client
- 120 d) Activités de promotion de la qualité : bien que l’on parte du principe qu’un processus
- 121 d’amélioration de la qualité est implicitement lié à chaque activité (cycle de qualité PDCA), il
- 122 est également conseillé de prévoir explicitement la durée d’activité psychiatrique nécessaire
- 123 pour les activités explicites d’amélioration de la qualité.

124

125 Par ailleurs, les psychiatres de l’équipe mobile participent aux missions de permanence. Etant donné

126 le fait que ces missions de permanence sont souvent englobées dans une perspective plus large, avec

127 d’autres équipements SSM, nous n’aborderons pas davantage cette permanence.

128 Les missions du psychiatre au sein des équipes mobiles peuvent être schématisées comme suit :

129

Missions du psychiatre telles que définies dans l’avis CNEH mais scindées selon la vision du groupe de travail		
Tâches politiques	Au niveau du RESEAU	Réunions structures réseau
(pas lié aux clients)		Promotion et prévention SSM
		Promotion/harmonisation/maintenance de la collaboration avec les autres équipes
	Au niveau de l’EQUIPE	Concertation avec le responsable/chef de l’équipe
		Enregistrement/rapport annuel
		Rassembler et traiter les données statistiques et épidémiologiques
Direction clinique de l’équipe	Diriger les membres de l’équipe en ce qui concerne la gestion des clients	Supervision et coaching des membres de l’équipe
(lié aux clients)		Soutien téléphonique des membres de l’équipe lors des visites à domicile
		Disponibilité pour le traitement rapide des nouvelles demandes d’intervention (certainement au sein des équipes 2A)
		Utiliser et surveiller les critères d’inclusion : évaluer les demandes d’intervention
		Utiliser et surveiller les critères de clôture des soins par l’équipe mobile

		Suivi journalier des cas de patients
		Discussion d'équipe liée aux clients
		Tenue à jour du dossier médical + enregistrement des données médicales de patient
		Gérer les contacts avec le référent et le médecin généraliste du patient au début des soins et en cours du traitement
		Rapport de l'examen au référent + médecin généraliste au début des soins, y inclus le contact avec le patient
		Gérer les contacts avec le référent et le médecin généraliste du patient à la fin de la prise en charge
		Rapport de l'examen au référent + médecin généraliste à la fin de la prise en charge, y inclus le contact avec le patient
		Contacts avec la famille et les proches du patient
Contacts cliniques	Consultation	Consultation au début de la prise en charge (voir ci-dessus direction clinique)
		Consultation intermédiaire
		Consultation à la fin de la prise en charge (voir ci-dessus direction clinique)
	Psychothérapie (min. 45 minutes)	
	Visite à domicile	
		Attestations pour le patient
		Etablissement du diagnostic
		Traitement
		Evaluation – planning – suivi du traitement
		Si nécessaire, prescription de médicaments
Qualité		Participation à des études
		Participation à des initiatives qualité
		Donner une formation à l'équipe, p.ex. un séminaire
		Formation propre du psychiatre

130

131 3.3 [Evaluation de la durée de l'activité psychiatrique nécessaire](#)

132

133 Sur la base des caractéristiques de la population cible des équipes mobiles 2A et 2B, le groupe de
134 travail a tenté d'évaluer la mobilisation de la fonction médicale nécessaire.

135 La réalité de terrain actuelle ne n'offre que quelques références limitées. En effet, la mobilisation
136 actuelle de la fonction médicale est inspirée du financement forfaitaire actuel : on ne peut pas
137 prévoir une durée d'activité psychiatrique plus importante que le financement y afférent, même si
138 les besoins à cet égard ont augmenté en vue d'offrir des soins de qualité.

139 Par ailleurs, les équipes existantes ne remplissent pas toutes les mêmes fonctions et ne s'occupent
 140 pas des mêmes groupes cibles – et certainement les groupes cibles tels que visés dans les points de
 141 départ ci-dessus. En d'autres termes : la définition actuelle de la fonction médicale comporte
 142 seulement une indication limitée à propos de l'affectation future requise de la fonction médicale au
 143 sein des équipes mobiles.

144
 145 Le groupe de travail n'est pas arrivé à une position univoque.

146 Les avis sont partagés, et certainement en ce qui concerne l'évaluation du nombre de contacts
 147 cliniques.

148 L'évaluation du nombre de contacts cliniques varie selon la vision sur le rôle du psychiatre en tant
 149 que traitant, l'efficacité d'une visite à domicile en comparaison avec une consultation et la
 150 population présumée des équipes mobiles. Dès lors, dans le schéma suivant, les contacts cliniques
 151 requis ont été complétés à titre purement indicatif et feront l'objet d'une discussion ultérieure.

152

DURÉE MINIMALE REQUISE DE L'ACTIVITÉ PSYCHIATRIQUE				
Proposition	2A (caseload de l'équipe= 30)		2B (caseload van het team = 160)	
Inhoud	Capacité	Durée minimale requise de l'activité psychiatrique par semaine	Capacité	Durée minimale requise de l'activité psychiatrique par semaine
Beleid	2u/wk	2		2
Direction clinique		Durée minimale requise de l'activité psychiatrique par semaine	Direction clinique	Durée minimale requise de l'activité psychiatrique par semaine
Direction clinique			Direction clinique	
taches : voir tableau 2		12	taches : voir tableau 2	12
Consultation au début et à la fin y compris le rapport au référent et médecin généraliste		7,5	Consultation au début et à la fin y compris le rapport au référent et médecin généraliste	1
(1 visite à domicile * 2 heures pour 1/3 des pt)/ mois (30pt*0,3*2h)/mois = 5h/semaine		5	2 visites à domicile * 2 h apr semaine	4
Contacts cliniques	2A		2 B	
consultations	Consultations nécessaires en plus		Consultations dépendant si le psychiatre de l'équipe est médecin traitant du patient ou pas	
Permanence	Pro memorie	Pro memorie	Pro memorie	Pro memorie
Totales pae semaine		26,5 h + consultations supplémentaires	Totalen per week	19h + consultations supplémentaires

153

154

155 4 FINANCEMENT DE LA FONCTION MEDICALE AU SEIN DES EQUIPES MOBILES

156

157 4.1 Points de départ

158

159 - On part du principe d'une rémunération équitable pour la fonction médicale au sein des équipes
 160 mobiles.

161 Pour pouvoir définir le caractère équitable, on se réfère, d'une part, à la rémunération existante à
 162 l'hôpital et ce, en rapport avec le nombre d'heures utilisées et, d'autre part, à l'indemnité pour le
 163 médecin-spécialiste moyen. L'indemnisation équitable doit inciter les psychiatres à faire la transition
 164 d'une activité à l'hôpital vers une activité au sein d'une équipe mobile.

165
166
167
168
169
170
171
172
173
174
175
176
177
178
179
180
181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200
201
202
203
204
205
206
207
208
209

- Plusieurs modes de financement sont possibles : forfaitaire / par case-load / par prestation. Chacun de ces modes de financement présente des avantages et des inconvénients, tant pour l'autorité, les hôpitaux, les équipes mobiles que pour les psychiatres. Il y a lieu d'utiliser le mode de financement de façon consciencieuse et réfléchi.

- Il en va de même pour les visites à domicile par le psychiatre : elles comportent une plus-value, tant pour le traitement du patient que pour le soutien des membres de l'équipe sur le plan du contenu. Par ailleurs, il s'agit d'un acte dont la durée d'activité psychiatrique est importante et qui représente donc proportionnellement une intervention onéreuse. Ici aussi, il convient d'évaluer l'intervention "visite à domicile par le psychiatre". A part des visites à domicile par les membres de l'équipe, le groupe de travail estime que une visite à domicile par le psychiatre est indiquée pour un patient sur trois dans une équipe 2A. Le groupe de travail estime également que pour 10% des patients d'une équipe 2B des visites à domicile par le psychiatre sont indiquées. Vu la spécificité de cette sélection de patients, plusieurs visites à domicile par le psychiatre sont nécessaires pour cette sélection de patients pendant la prise en charge.

- Outre l'indemnité pour la mobilisation de la fonction médicale, il y a lieu d'examiner ce qu'un patient peut/souhaite payer. La population cible des équipes mobiles se trouve dans une situation vulnérable : les patients sont soit en situation de crise et ils sont demandeurs -ou non- d'une intervention, soit dans une situation psychologiquement vulnérable, et une partie d'entre eux évite les soins. Les questions pertinentes, dans ce cadre, sont les suivantes :

- Quel est le ticket modérateur demandé au patient ? Quel est le rapport avec d'autres formes de soins ?
- La patient paie-t-il la prestation complète et réclame-t-il une partie via sa mutuelle ou peut-on envisager un système de tiers payant, lorsque le patient se trouve en situation précaire (sur le plan financier) ?
- Dans quelle mesure peut-on compter les prestations à des personnes qui évitent les soins ou qui ne les demandent pas ?

4.2 Mode de financement

La mobilisation de la fonction médicale à l'hôpital est principalement indemnisée sur la base des prestations.

Dans les exceptions figure notamment l'indemnité forfaitaire pour le médecin en chef.

Par analogie avec ce mode de financement au sein des hôpitaux, les psychiatres demandent :

- a) Pour la majeure partie de la mobilisation, un financement de la prestation via la nomenclature :
 - p.ex. les honoraires de suivi (par analogie avec les honoraires de surveillance à l'hôpital)
 - p.ex. les réunions d'équipe (par analogie avec la concertation pluridisciplinaire à l'hôpital),
 - p.ex. les rapports de début ou de fin (par analogie avec l'admission psychiatrique /l'examen de sortie) des contacts cliniques
- b) Petite partie de financement forfaitaire pour la mobilisation forfaitaire

210 MAIS :
211 D'après une conversation qui a eu lieu le 5 avril 2017 entre les représentants du groupe de travail
212 fonction médicale et les responsables politiques, tant du Cabinet que de l'INAMI et du SPF, il est
213 ressorti :
214 - qu'au terme de la législature en cours (2 ans), une révision de la nomenclature, et donc la création
215 d'une nomenclature différente et nouvelle pour les équipes mobiles n'était pas possible (par
216 analogie avec les prestations au sein des hôpitaux). La conversation a également mis au jour le
217 souhait des autorités d'extension des équipes mobiles (les ETP au sein de ces équipes) en 2018. Le
218 groupe de travail s'est donc mis à la recherche d'une solution temporaire. Cette solution temporaire
219 consiste, en attendant la création de nouveaux numéros de nomenclature, à indemniser de façon
220 forfaitaire une plus large partie de la mobilisation de la fonction médicale.

221

222 4.3 Proposition temporaire

223

224 En attendant

- 225 1) l'élaboration d'une nouvelle nomenclature adaptée, pour laquelle le groupe de travail
226 s'attend à une déclaration d'engagement des autorités afin de pouvoir y travailler,
227
- 228 2) La création à court terme de numéro de nomenclature nouveau/adapté pour la prestation
229 "visite à domicile". On peut actuellement facturer le numéro de nomenclature existant
230 "visite à domicile par un médecin-spécialiste" en cas que cette intervention est demandée
231 par le médecin-généraliste ce qui doit être prouvé par une note dans le dossier du patient. En
232 plus, la valeur de cette prestation (€ 32,62) est un tiers plus bas que la prestation
233 "consultation (€ 47,08) et est aussi plus bas que le transport dans le sens inverse (visite par le
234 médecin généraliste dans l'hôpital psychiatrique à la demande du psychiatre). Les conditions
235 (à la demande du médecin généraliste) et la valeur évitent actuellement l'utilisation au sein
236 de l'équipe mobile l'intervention "visite à domicile" par le psychiatre.

237

238 3)

239 et **pourvu qu'il y ait :**

- 240 1) Une introduction rapide d'une pseudo-nomenclature, où des signaux administratifs sont
241 échangés entre les équipes mobiles et les mutualités via les systèmes de facturation
242 hospitaliers, pour chaque début et fin de soins au sein des équipes mobiles 2A et 2B. De ce
243 fait, l'administration est informée des patients qui sont admis pour recevoir des soins par
244 une équipe mobile et de la période en question ;
245
- 246 2) Une introduction générale de la réglementation relative au tiers payant pour tous les
247 contacts cliniques par les psychiatres des équipes mobiles 2A et 2B pour les consultations qui
248 ne sont pas repris dans le financement par capacité afin de contribuer à l'accessibilité des
249 soins pour une grande partie des patients des équipes mobiles qui se trouvent dans une
250 précarité financière.

251

252

253

254

255 Le groupe de travail propose à court terme le mode de financement mixte suivant :
256 en attendant la nomenclature nouvelle pour les consultations au début et à la fin de la prise en
257 charge et la nomenclature adaptée pour les visites à domicile, ces prestations sont financées de
258 manière plus forfaitaire :

259

260 4.3.1 Une indemnité forfaitaire par le SPF

261

262 Cette indemnité forfaitaire couvre, pour une équipe mobile **2A** (voir plus haut la motivation du
263 nombre d'heures) :

264 - Politique : 2 h.

265 Cette indemnité forfaitaire couvre également, pour une équipe mobile **2B** (voir plus haut la
266 motivation du nombre d'heures):

267 - Politique : 2 h.

268 Pour pouvoir parler d'une indemnité équitable, on se base sur une indemnité de 140 euros par
269 heure.

270

271 4.3.2 Une indemnité liée à la capacité par le SPF

272

273 Ce financement lié à la capacité n'est pas directement lié au nombre de patients dans le case-load
274 (car ces informations ne sont pas disponibles au SPF), mais il est couplé au nombre d'ETP de l'équipe.
275 A cet égard, l'équipe par l'intermédiaire du réseau a indiqué combien d'ETP elle souhaite affecter
276 (p.ex. dans un scénario de croissance : 8 ETP au lancement, en 2018, 10 ETP en 2019 et 12 ETP au
277 sein de l'équipe mobile 2A en 2020). Compte tenu du case-load présupposé des équipes mobiles 2A
278 (2 à 2,5 patients dans le case-load actif par ETP) et 2B (18 patients dans le case-load actif par ETP), un
279 montant forfaitaire est octroyé sur une base annuelle, en fonction d'une équipe complète de 12 ETP
280 dans une équipe mobile 2A et de 9 ETP dans une équipe mobile 2B.

281

282 Pour une équipe mobile 2A :

283 direction clinique : 12 heures

284 En attendant la nomenclature adaptée:

285 Consultations au début et à la fin de la prise en charge: 7,5h

286 Visites à domicile: 5 h

287 Total: 24,5 heures de financement lié à la capacité

288

289

290 Pour une équipe mobile 2B :

291 direction clinique : 12 heures

292 En attendant la nomenclature adaptée:

293 Visites à domicile: 4 h

294 Total: 16 heures de financement lié à la capacité

295

296 Comme pour l'indemnité forfaitaire du SPF, on se base également sur une indemnité de 140 euros
297 par heure.

298

299 4.3.3 Indemnité de prestation sur la base de la nomenclature – comptabilisée via l'INAMI

300

301 Il s'agit, en l'occurrence, tant pour les équipes mobiles 2A que pour les équipes mobiles 2B, des
302 prestations dans le cadre de consultations supplémentaires au de des consultation au début et à la
303 fin de la prise en charge au sein de l'équipe 2a ou 2b.

304

305 4.4 Résumé : proposition intermédiaire de système de financement mixte

306

307 4.4.1 A financer par le SPF

308 Sur une base hebdomadaire :

309 - Pour chaque équipe mobile complète 2A avec 12 ETP =

310 ○ 2 heures d'indemnité forfaitaire pour la mobilisation médicale pour la politique = 280 €

311 ○ Et 24,5 heures de financement lié à la capacité et donc 3430 € pour une équipe complète de
312 12 ETP

313 - Pour chaque équipe complète 2B avec 9 ETP

314 ○ 2 heures d'indemnité forfaitaire pour la mobilisation médicale pour la politique = 280 €

315 ○ En 16 heures de financement lié à la capacité et donc 2240 € pour une équipe complète de 9
316 ETP

317

318 4.4.2 A financer par l'INAMI

319

320 Tant pour les 2A que pour les 2B : sur la base des prestations pour les consultation supplémentaires
321 au de-là des consultation au début et à la fin de la prise en charge.

322

323 Remarques :

324 Les consultations par le psychiatre au sein des équipes mobiles ne doivent pas, au niveau macro, être
325 équivalentes à des dépenses supplémentaires. En effet, une partie des patients qui ne sont pas
326 encore en traitement dans le cadre d'une équipe mobile, sont déjà suivis par un psychiatre en
327 ambulatoire, qui compte également des consultations. Pour ces cas, l'introduction d'un plus grand
328 nombre d'équipes mobiles (d'ETP dans ces équipes) modifiera uniquement le psychiatre qui facture
329 mais n'entraînera pas plus de consultations facturées.

330 Le groupe de travail répète la condition absolue pour adapter la description et l'évaluation de la
331 prestation "visite à domicile" pour les patients d'une équipe mobile à qui un psychiatre rend visite à
332 domicile.

333

334 Le groupe de travail souhaite qu'une plate-forme formelle chargée d'affiner les propositions
335 susmentionnée et d'assurer un suivi, en fonction des adaptations de la nomenclature et des
336 évaluations.

337 Le groupe de travail estime que la disponibilité des moyens nécessaires pour honorer la fonction
338 médicale au sein des équipes mobiles doit aller de pair avec l'extension du nombre d'équipes
339 mobiles. Si ces moyens ne sont pas disponibles, il convient d'examiner comment prévoir une
340 couverture nationale de façon plus progressive.

341