

Ongelijkheden en hun berekenbaarheid

B. SABBE

In een context van toenemende welvaart wordt de residentiële psychiatrie zorg in Vlaanderen voor bepaalde patiëntencategorieën onbetaalbaar en blijven er onaanvaardbare discriminaties bestaan in vergelijking met de somatische zorg. Patiënten breken voortijdig een behandeling af omdat ze die niet meer kunnen betalen, psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ'en) stellen vast dat naar schatting $\pm 10\%$ (juiste cijfers ontbreken) van de patiënten de (vorige) ziekenhuisfactuur niet kan betalen. Voorts blijkt dat ook in de 'actieve welvaartsstaat' het behoud en/of het hervinden van werk of van een maatschappelijk betekenisvolle taak voor vele psychiatrische patiënten problematisch is; de toegankelijkheid van niet-categoriale voorzieningen zoals beschuttende en sociale werkplaatsen, arbeidszorgcentra, arbeidstrajectbegeleiding et cetera lijkt veeleer af dan toe te nemen. De Koningin Fabiolastichting concludeerde recentelijk dat een nieuwe en snel toenemende groep van armen bestaat uit (ex-)psychiatrische patiënten. Een deel van hen is niet meer verzekerd tegen ziekte en riskeert uitsluiting uit alle zorgstructuren.

Ten aanzien van de intramurale psychiatrische zorg blijken zowel de reguliere, verplichte, ziekteverzekering als de aanvullende verzekeringen bij ziekenfondsen en particuliere verzekeraars grote lacunes te vertonen. Een eerste probleemgroep zijn die patiënten met een zeer laag inkomen die, veelal in samenhang met hun ziektebeeld, 'met niets meer in orde zijn'. Bij ziekenhuisopname vervalt hun werkloosheidsuitkering – indien die er al was –, meestal moeten zij een aanvraag voor het bestaansminimum indienen bij het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW). Afgezien van de lange duur van de procedure, vinden heel wat OCMW-besturen dat een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis beschouwd dient te worden als samenwonende (met de medepatiënten): in dit geval belandt men in de laagste categorie van het bestaansminimum. Nochtans wordt de patiënt in het ziekenhuis niet als samenwonende beschouwd op het ogenblik dat de factuur wordt opgemaakt! In te veel gevallen is de helling van de financiële berg waartegen de patiënt moet opfietsen te steil, en wordt hij ertoe gedwongen de behandeling vroegtijdig af te breken.

Een tweede probleemgroep zijn patiënten met beperkte financiële draagkracht ten gevolge van gezinslast, vooral uit een-verdienergezinnen. Het hoge persoonlijke aandeel in de ziekenhuiskosten wordt pas na één jaar opname verlaagd, in tegenstelling tot het algemeen ziekenhuis, waar deze periode slechts negentig dagen bedraagt. Het vangnet van de sociale en fiscale franchise is te beperkt en treedt voor mensen met een zeer beperkt inkomen te laat in werking. Om te vermijden dat het hele gezin het

gelag moet meebetalen, stappen ook veel van deze patiënten vroegtijdig uit de behandeling. De kleine subgroep die zeer lang opgenomen blijft, heeft een zo hoog persoonlijk aandeel dat de rekening zonder OCMW-steun volstrekt onbetaalbaar is.

Een derde probleemgroep zijn de zogenaamde *new chronics*, vooral patiënten met schizofrenie die periodiek kortere of langere tijd in het ziekenhuis verblijven. Pogingen om tussen de opnames door huisvesting en sociale interacties buiten het ziekenhuis te behouden, worden om financiële redenen te snel gefnuikt. Het zorgsysteem sanctioneert het 'dubbellevens' 'in' en 'buiten' het ziekenhuis. Blijvende langdurige hospitalisatie is dan om economische redenen, en niet om behandeltechnische redenen, de meest aangewezen oplossing.

Ten slotte behoeven de criteria om hulp van derden te verkrijgen dringend aanpassing: ze houden hoofdzakelijk rekening met somatische (algemene dagelijkse levensverrichtingen, ADL-) beperkingen en dito zorgbehoeften. Als psychiater de betreffende formulieren invullen is een steeds weerkerende confrontatie met de discriminatie van de psychiatrische patiënt. Er dienen specifieke schalen ontwikkeld te worden – met bijbehorende tegemoetkomingen – die het psychische disfunctioneren in kaart brengen, vooral om patiënten die terugkeren naar de thuis(vervangende) situatie te ondersteunen.

Worden deze lacunes in de verplichte ziekteverzekering dan opgevuld door de aanvullende en/of hospitalisatieverzekeringen (aanvullende verzekeringen voor de kosten van opname in een ziekenhuis)? Slechts zeer ten dele. Op een enkele uitzondering na bieden de meeste commerciële maatschappijen geen dekking voor de gevolgen van een 'geestesziekte' of beperken zij de vergoeding (voor een overzicht zie Budget & Recht (2000)). Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de kosten van bevallingen of van palliatieve verzorging! Soms wordt voorafgaande toestemming van de verzekeraar geëist, of wordt alleen dekking geboden bij 'objectief waarneembare symptomen': van exclusie van het subject gesproken! Psychiater en patiënt worden hier geconfronteerd met een uiterst moeilijk criterium, dat de poort voor willekeur breed openzet. Dit geldt evenzeer voor het criterium van 'voorbeschikte aandoening' die een wissel trekt op de verzekeraarbaarheid van psychiatrische ziektes zoals persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en bipolaire stemmingsstoornissen. Ook in de aanvullende of hospitalisatieverzekering van het ziekenfonds blijken de voorwaarden voor tegemoetkoming wisselend en discriminerend: enkel voor een beperkte duur, of opname in deze instelling wel en in gene instelling niet (cave gesloten instellingen), beperkingen allerhande.

Op de vraag naar het waarom van deze exclusies antwoordde

LITERATUUR

- Goed verzekerd naar het ziekenhuis? (2000).
Budget & Recht, 149, 17-20.

een woordvoerder van de commerciële verzekeraars dat in tegenstelling tot de somatische zorg het voor de verzekeringsexperts moeilijk uit te maken is of een psychiatrische behandeling noodzakelijk is of niet. Wellicht heeft dat te maken, aldus de zegsman, met het feit dat de geneeskundig adviseurs, meestal traumatologen, met deze problematiek onvoldoende vertrouwd zijn. Overigens werd daaraan toegevoegd dat bijvoorbeeld slachtoffers van een bankoverval de behandeling van de psychische gevolgen van het incident wel vergoed krijgen, allicht omdat er in dit geval een duidelijke oorzaak-gevolgrelatie is.

De bovengenoemde exclusies en discriminaties moeten het voorwerp zijn van sociaal-psychiatrisch onderzoek en actie. Deze tak van de psychiatrie behoeft in Vlaanderen verdere ontwikkeling: zo is er momenteel nog geen enkele hoogleraarsfunctie in dit veld gecreëerd, en is er behoefte aan een door de beroepsgroep aangestuurd sociaal-psychiatrisch onderzoekscentrum, dat het huidige onderzoek coördineert en amplificeert. Dit onderzoek moet het thans door de verzekeraars gebruikte argument weerleggen, dat verzekeraarbaarheid van psychiatrische ziekten onberekenbaar en onbetaalbaar zou zijn. Aan het nieuw opgerichte 'forum psychiatrie' van de Vereniging voor Vlaamse Zenuwartsen kan worden gevraagd of het in samenspraak met patiënten- en familieverenigingen en de verzekeraars de ontwikkeling van dergelijk onderzoek stimuleert en helpt te realiseren. De huidige discriminaties in de hospitalisatieverzekeringen van de commerciële verzekeraars dienen weggewerkt te worden. Van de ziekenfondsen mag worden verwacht dat zij als aanbieders van aanvullende verzekeringen als eerste de uitsluiting van psychiatrische patiënten ongedaan maken en zo een voorzet geven voor een ommekeer in de commerciële sector.

Toegankelijkheid van aanvullende hospitalisatieverzekeringen zal evenwel maar een gedeeltelijke oplossing van het betaalbaarheidsprobleem brengen. De fundamentele oplossing ligt in de opheffing van allerlei discriminerende bepalingen in de sociale zekerheid en in het bijzonder in de ziekteverzekering ten aanzien van patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis. De belangrijkste pijnpunten zijn bekend, de weg naar de oplossingen ook. Nu nog de wil.