

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.**

BRUSSEL, 12/04/2001

Bestuur van de Gezondheidszorgen

Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

Afdeling "Programmatie en Erkenning".

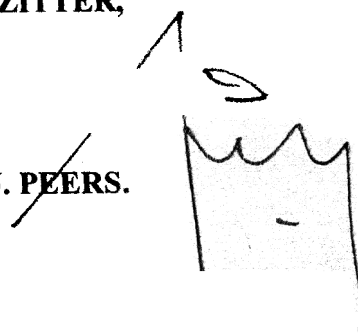
Permanente werkgroep "PSYCHIATRIE"

O/Ref. : NRZV/D/PSY/193-1

**ADVIES M.B.T. HET WAARBORGEN VAN DE
BETAALBAARHEID EN TOEGANKELIJKHEID VAN
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (*)**

DE VOORZITTER,

Prof. Dr. J. PEERS.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'P' and 'S' followed by a wavy line and a vertical line, representing the name of Prof. Dr. J. Peers.

(*) Dit advies werd bekrachtigd op het Speciaal Bureau dd. 12/04/2001

ALGEMEEN

In diverse verklaringen en in de beleidsbrieven van zowel minister M. Aelvoet als minister F. Vandenbroucke wordt gesteld dat één van de beleidsprioriteiten erin bestaat om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg te bewaren en/of te herstellen.

Concreet wordt verwezen naar de noodzaak om bijzondere aandacht te hebben voor “kwetsbare groepen” van chronisch zieken ...

In de beleidsverklaring van minister F. Vandenbroucke wordt anderzijds een pleidooi gehouden voor “een samenleving met actieve mensen”. In dit kader wordt niet alleen verwezen naar het wegwerken van de zgn. werkloosheidsvallen, maar ook van de zgn. “inactiviteitsvallen” in de sociale zekerheid.

Psychiatrische patiënten lopen door hun ziek zijn niet alleen meer risico om uit diverse sociale rollen gesloten te worden, ze worden ook uitgesloten van een plaats op de “arbeidsmarkt”. Dit resulteert in een inkomstenverlies op een ogenblik dat uitgaven, voortvloeiend uit de ziekte, fors toenemen. Anderzijds verloopt de wederinschakeling in de reguliere arbeidsstelsels bijzonder moeilijk. Zelfs in alternatieve arbeidsstatuten zoals beschutte werkplaatsen, sociale werkplaatsen en centra voor arbeidszorg worden (ex-)psychiatrische patiënten zelden met open armen opgenomen als doelgroep van deze voorzieningen. Inmiddels is vastgesteld dat het vinden van arbeid of een betekenisvolle sociale rol of activiteit één van de belangrijkste steunpunten is in de rehabilitatie van psychisch zieken.

In de beleidsverklaringen van minister Vande Lanotte (als minister bevoegd voor o.a. Maatschappelijke Integratie en Sociale Economie) stellen we vast dat er expliciet gepleit wordt voor armoedebestrijding via werkcreatie. Het valt op dat in de beleidsplannen m.b.t. tewerkstelling van risicogroepen en/of armoedebestrijdingsinitiatieven nergens de band gelegd wordt met de bestrijding van de marginalisering van psychisch zieken.

Nochtans werd meermaals aangetoond hoe geestelijke-gezondheidsproblemen leiden tot sociale uitsluiting, marginalisering en armoede (nieuwe armen). Het verlies van werk, gecombineerd met langdurig hoge remgelden in de zorg, spelen in dit marginaliseringsproces van psychiatrische patiënten een belangrijke rol.

Een gericht en samenhangend beleid is ter zake meer dan ooit nodig.

Overigens wordt vastgesteld dat niet alleen de psychiatrische patiënten en hun families lijden onder de stigmatisering die nog steeds weegt op het psychisch ziek zijn, maar dat ook de voorzieningen en de hulpverleners die instaan voor de zorgverlening voor deze patiënten eveneens door ditzelfde stigma getroffen worden.

Een voorbeeld hiervan is de bijna systematische uitsluiting (zo niet zeer strikte beperking) van uitkeringen en zorg voor psychiatrische aandoeningen, niet alleen in privaat-commerciële verzekeringen, maar tot nog toe ook in aanvullende hospitalisatieverzekeringen van mutualiteiten en ziekenfondsen.

Daarom is meer dan welke zorg ook de psychiatrische zorg aangewezen op een correcte en volwaardige kostendekking via de verplichte en dus solidaire nationale ziekteverzekering.

Aanbevelingen m.b.t. de te nemen beleidsinitiatieven

Financiële toegankelijkheid

Tot op heden werd op uiteenlopende en vaak weinig consequente wijze getracht om bij het bepalen van de eigen bijdrage van patiënten en hun families rekening te houden met de draagkracht en draaglast van de zieke en zijn gezinsleden. Dit gebeurt veelal op categorieën van verzekerbaarheid of parameters van afhankelijkheid die weinig relevant zijn voor psychische ziekten (die door de aard van het ziek zijn vaak recidiverend zijn en langdurig zijn en waarbij cumulatieve elementen belangrijk zijn). Het resultaat is soms tegenstrijdig, meestal onsamenhangend en bijna steeds te weinig selectief en dus niet performant met het oog op het inschatten van de eigen bijdrage, de nood aan vervangingsinkomsten en de subsidiëring van de reële zorgkosten. Daarom wordt voorgesteld om een globaal onderzoek op te zetten naar het bepalen van performantere parameters van draagkracht en draaglast voor het bepalen van de aard en de hoogte van de eigen bijdrage in de zorgverlening en de hoogte van het vereiste vervangingsinkomen.

2 **Activering**

Behoud en/of hervinden van werk of een maatschappelijk betekenisvolle taak is voor psychisch zieke mensen essentieel voor de behandeling en rehabilitatie. Bij het uittekenen en concretiseren van het beleidskader ten aanzien van niet-categoriale initiatieven zoals beschutte werkplaatsen, sociale werkplaatsen, arbeidszorgcentra, arbeidstrajectbegeleiding ... moeten expliciet positieve stimuli ingebouwd worden opdat deze initiatieven zich ook zouden richten op (ex-)psychiatrische patiënten (vandaag worden zij er vaak de facto uitgesloten).

Overigens zullen er specifieke maatregelen genomen moeten worden om de inspanningen tot werkhervatting niet, zoals nu het geval is, financieel af te straffen doordat de combinatie van werk en uitkering voor de betrokkene leidt tot een lager, eenzelfde of een nauwelijks hoger inkomen.

Om er bovendien voor te zorgen dat psychiatrische patiënten voldoende toegeleid en begeleid worden naar arbeid en reïntegratie moet binnen het kader van de

opdrachten van de geestelijke gezondheidszorg meer invulling kunnen worden gegeven aan de zorgfunctie "activering". Deze opdracht moet gerealiseerd worden doorheen de diverse fasen van behandeling, verzorging, begeleiding ... Binnen de nieuw op te zetten, doelgroepgerichte zorgcircuits zal in de beschrijving van de diverse zorgopdrachten telkens een invulling gegeven moeten worden aan de zorgfunctie "activering". (Zie advies NRZV dd. 8/2/2001 waarin o.a. voor de doelgroep volwassenen met langdurige en ernstige problemen een voorstel van zorgvernieuwing wordt geadviseerd.)

3. Armoedebestrijding

Binnen de totale groep van armen is een nieuwe en snel toenemende subgroep de arme psychiatrische of ex-psychiatrische patiënt. Zowel in het uitstippelen van het armoedebeleid als in het uitwerken van de herstructurering van voorzieningen uit de GGZ zal voorkomen moeten worden dat grote groepen van psychiatrische patiënten worden uitgesloten uit zorgstructuren, waarin zij worden opgevangen zonder dat een volwaardig en financieel toegankelijk alternatief wordt geboden.

In Engeland en de Verenigde Staten leiden grote groepen van patiënten een zwervend bestaan in de straten van grootsteden als gevolg van een ondoordacht en kortzichtig op besparingen geïnspireerd hervormingsbeleid in de GGZ.

4. Vervangingsinkomens

Ook aan de inkomstenzijde zijn er een aantal algemene en specifieke knelpunten. Vooreerst zijn sommige "psychiatrische patiënten" er nooit in geslaagd een intrede te doen op de reguliere arbeidsmarkt of is hun tewerkstellingsstatuut of verloop daarvan dermate precair dat ze geen volwaardige rechten op een vervangingsinkomen opbouwen. Bovendien doen zich in de regelgeving nog een aantal anomalieën voor die dringend gecorrigeerd moeten worden.

Zo worden voor het "betalen" van een verhoogd persoonlijk aandeel in de verpleegdagprijs alle opgenomen psychiatrische patiënten, behalve de gezinshoofden, beschouwd als alleenstaanden en krijgen daardoor een hoger remgeld te betalen. Voor het bepalen van het vervangingsinkomen worden deze "alleenstaanden" echter als samenwonenden beschouwd (gevolg : een lager inkomen). Deze anomalie bestaat enkel voor patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis en moet dringend ongedaan gemaakt worden.

Een ander probleem is er voor alle personen met een belangrijk verlies aan zelfredzaamheid en die aanspraak kunnen maken op de tegemoetkoming hulp van derden.

Deze tegemoetkoming voorziet een compensatie voor de extra kosten die verbonden zijn aan het inschakelen van derden om de verhoogde afhankelijkheid op te vangen. Voor psychiatrische patiënten, en in het bijzonder voor de patiënten die zich in een thuis- of thuisvervangende situatie bevinden (bv. beschut wonen), is er vooral het probleem ten aanzien van de schaal die gehanteerd wordt om de mate van afhankelijkheid te meten. De schalen zijn in essentie gericht op het fysisch disfunctioneren (ADL-schalen). Ze miskennen het psychisch disfunctioneren en dit heeft allerlei repercussies op de begeleiding, hulp en

toezicht die dit van een derde vereist. De problemen doen zich het scherpst voor als psychiatrische patiënten terugkeren naar de thuis- of thuisvervangende situatie.

Het voorstel bestaat erin om een specifieke schaal vast te stellen voor het bepalen van het psychisch disfunctioneren.

5 Chronisch zieken

De regering neemt zich ook voor om het cumulatieve effect van kosten en remgelden bij chronisch zieken te remediëren met specifieke maatregelen.

Er werd reeds een eerste reeks maatregelen genomen. Daarin werd weinig of geen rekening gehouden met de chronisch psychiatrische patiënten. De ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid kondigen een tweede reeks van maatregelen aan waarin wel rekening gehouden zal worden met de kwetsbaarheid van psychiatrische patiënten.

Binnen de begrotingsdoelstelling voor de herfinanciering van de chronische zieken moet daarom jaarlijks een substantieel pakket van financiële middelen gereserveerd worden voor de financiering van zorgvernieuwendende projecten voor psychiatrische patiënten.

6 Financiële drempels in de zorgprogramma's

Deze en andere initiatieven om de GGZ (ook voor chronische problematieken) betaalbaar te maken, zijn van groot belang om oneigenlijke financiële drempels in de diverse onderdelen van het huidige zorgaanbod en in de toekomstige modules van het voorzieningsoverschrijdende zorgprogramma weg te werken. Het wegwerken van deze financiële drempels zal eveneens bijdragen tot het verbeteren van de afstemming tussen enerzijds de zorgvraag en anderzijds het gebruik dat gemaakt wordt van het zorgaanbod.

De in de pers aangekondigde beleidsinitiatieven van minister van Sociale Zaken F. Vandenbroucke (zie bijlage) om de psychiatrische zorg betaalbaarder te maken voor mensen met gezinslasten of ten laste van een gezin, zijn zeer zeker een eerste stap in de goede richting.

Bij het betaalbaar maken van de psychiatrische zorg voor grote groepen van patiënten met een beperkt inkomen en/of draagkracht zal een meer geïndividualiseerde correctie vereist zijn die ook rekening houdt met de kosten van medicatie, eigen bijdrage in hospitalisatie, kosten van chronisch ziek zijn, ...

Het voorzien in een individuele vaststelling van het bedrag van de staatstussenkomst in PVT en het aanpassen en verruimen van de kosten die in aanmerking zullen komen voor het bepalen van het bedrag van de zogenaamde maximumfactuur laten toe om daadwerkelijk rekening te houden met de individuele draagkracht en draaglast van patiënten.

Voor het PVT is er echter nog een specifiek probleem m.b.t. de retroactieve doorberekening van de reële kosten van investeringen en interestlasten in de huisvestingsprijs van het PVT. De historische achterstand in de verrekening van

de meerkost van nieuwbouw en/of vernieuwbouw kan bezwaarlijk ten laste gelegd worden van de huidige bewoners van het PVT. Deze kosten zouden per PVT globaal en eenmalig ten laste genomen moeten worden in de begroting van Volksgezondheid.

Tot slot wordt aandacht gevraagd voor de problematiek van de aanrekening van beheersvergoedingen en kosten van de voorlopige bewindvoering van de goederen bij psychiatrische patiënten met een beperkt inkomen. Voor deze patiënten dienen deze beheersvergoedingen en kosten via een pro-Deoprocedure ten laste genomen te worden.

Persbericht Frank Vandenbroucke van 12 maart 2001 Psychiatrische zorg betaalbaarder voor mensen met gezinslast en hun gezinsleden

Vandenbroucke maakt psychiatrische zorg betaalbaarder voor mensen met een gezinslast en hun gezinsleden
[terug naar lijst persberichten](#)

Minister van Sociale Zaken Vandenbroucke maakt opname in een psychiatrisch ziekenhuis betaalbaarder voor mensen met gezinslast en voor hun gezinsleden. Mensen met gezinslast en hun gezinsleden zullen 308 fr per dag minder moeten betalen in de dure opnameperioden (d.i.: gedurende de laatste 9 maanden van het eerste jaar en vanaf het zesde jaar). Het remgeld van 478 frank per dag wordt teruggebracht tot 170 fr per dag.

Dit maakte minister Vandenbroucke vandaag (maandag) bekend tijdens een werkbezoek aan het psychiatrisch centrum te St.-Truiden.

Concreet wordt het bedrag van 478 fr per dag zoals dit geldt vanaf de vierde maand van opname tot de 12^{de} maand en vanaf het zesde jaar van opname teruggebracht tot 170 fr. Voor bijvoorbeeld 365 dagen opname brengt dit de kost voor de patiënt terug van 176.470 fr naar 62.050 fr. Hiermee hoopt Vandenbroucke de vaak benarde financiële situatie van psychiatrische patiënten die een gezin te onderhouden hebben, te verlichten. 'Het is niet aanvaardbaar dat een heel gezin in armoede terecht komt omdat de kostwinner langdurig opgenomen moet worden' aldus de minister. Het voorziene budget van de maatregel bedraagt 90 miljoen fr. De maatregel gaat in in het najaar.

Vandenbroucke vindt ook de tussenkomst voor mensen met gezinslast die in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven te laag. Een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) is bedoeld voor chronische patiënten als alternatief voor een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. De staatstussenkomst bedraagt 400 fr per dag, waardoor een PVT-bewoner 712 fr per dag of 21.360 fr per maand zelf dient te betalen. Vandenbroucke verhoogt de tussenkomst, voor personen met gezinslast, tot 500 frank. Hij doet dit in overleg met minister Aelvoet. Er komt ook een individuele procedure, waarbij in het geval van financiële problemen het OCMW kan bijspringen. Zestig procent van de kosten die het OCMW maakt, zullen door de staat worden terugbetaald.

In de toekomst zullen de hoge kosten die vele psychiatrische patiënten hebben, opgevangen kunnen worden door de Maximumfactuur. Hierdoor zal de patiënt per jaar niet meer moeten uitgeven dan een welbepaald plafond, berekend op basis van zijn inkomen. In eerste instantie zullen de medicatiekosten in de teller van de factuur worden opgenomen. Andere uitgaven, zoals voor hospitalisatie, zullen volgen.

Naast de financiële toegankelijkheid tot psychiatrische zorg, wil de minister de behandeling en de integratie in de samenleving van psychiatrische patiënten bevorderen via de uitbouw van dagactiviteitencentra en flexibele vormen van arbeid. Activiteit (bijvoorbeeld arbeid) is een essentieel onderdeel van het behandelingsproces van de psychisch zieke. Het is een instrument in het kader van revalidatie en rehabilitatie. Voor de patiënt kan het ook een hefboom zijn om zich na zijn ziekteperiode terug te integreren in de maatschappij.

Binnen de lijst 'prioriteiten gezondheidszorg 2001' is, in overleg met Aelvoet, een bedrag van 70,9 miljoen op jaarbasis voorzien voor de uitbouw en ondersteuning van dagactiviteitencentra voor psychiatrische patiënten.

In 2002 wil Frank Vandenbroucke voor mensen met ziekte-uitkeringen de cumulatiebeperving van de uitkering met een inkomen uit arbeid versoepelen. Het bestaande systeem van toegelaten arbeid is immers vrij complex. Ten eerste is het moeilijk te weten te komen hoeveel iemand mag bijverdienen zonder risico op verlies van de uitkering. Ten tweede riskeren vele verzekerden die momenteel een beroep doen op "toegelaten arbeid" om uiteindelijk netto minder inkomen over te houden dan wanneer ze niet gaan werken. Een hervorming van het systeem van toegelaten arbeid is gepland voor het jaar 2002. Hiervoor is reeds een budget voorzien van 200 miljoen.

Vandenbroucke drukte zijn bijzondere dank uit voor de mensen van de patiëntenorganisatie SIMILES en voor de diverse experts van het psychiatrisch werkveld die hem op het spoor hebben gezet van de belangrijke knelpunten inzake de financiële toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg. "De 'betaalbaarheid van zorg' voor financieel zwakke groepen in onze samenleving is voor mij fundamenteel", zo zei de minister tijdens zijn bezoek aan het centrum te St.-Truiden.