

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

9 mai 2023

PROPOSITION DE LOI

**modifiant diverses dispositions
en vue d'octroyer le statut affection
chronique et le droit à un forfait
malades chroniques aux patients souffrant
d'un trouble psychiatrique grave**

Avis de la Cour des Comptes

Voir:

Doc 55 **2156/ (2020/2021)**:
001: Proposition de loi de Mme Van Hoof.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

9 mei 2023

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van diverse bepalingen,
met het oog op de toekenning van het statuut
van chronische aandoening en het recht
op een chronisch forfait voor patiënten
met een ernstige psychiatrische aandoening**

Advies van het Rekenhof

Zie:

Doc 55 **2156/ (2020/2021)**:
001: Wetsvoorstel van mevrouw Van Hoof.

09475

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurig papier)



Avis relatif à la proposition de loi 55/2156 concernant le statut des patients souffrant de troubles psychiques graves

Approuvé en assemblée générale de la Cour des comptes du 26 avril 2023

1 Demande d'avis

Par lettre du 13 février 2023, la présidente de la Chambre des représentants a transmis à la Cour des comptes la demande de la commission de la Santé et de l'Égalité des chances de lui fournir, en application de l'article 79, 1^{er} alinéa du règlement de la Chambre, un avis contenant une estimation des dépenses nouvelles ou de la diminution de recettes qui découleraient de l'adoption de la proposition de loi 55/2156.

2 Cadre légal actuel

Les patients atteints d'une affection chronique peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'avantages qui visent à les aider à couvrir les frais médicaux liés à leur traitement.

Une personne qui a des frais de soins de santé récurrents peut bénéficier de deux avantages cumulables :

- Le statut Affection chronique qui est octroyé :
 - automatiquement en fonction de certaines dépenses de soins de santé ;
 - ou sous condition d'une attestation médicale.
- Une intervention forfaitaire qui requiert la reconnaissance de la situation de dépendance.

2.1 Statut de personne atteinte d'une affection chronique

2.1.1 Conditions

Pour bénéficier du statut de personne atteinte d'une affection chronique (désigné comme « statut Affection chronique »), l'article 37vicies/1 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après : « loi du 14 juillet 1994 ») prévoit trois catégories de bénéficiaires. L'arrêté royal du 15 décembre 2013 précise les critères d'application.

En fonction de certaines dépenses de soin de santé

Le statut est reconnu automatiquement par l'organisme assureur aux personnes qui ont eu des dépenses de soins de santé d'au moins 365,18 euros (montant de 2022) par trimestre pendant huit trimestres consécutifs (critère financier). Ces dépenses de soins de santé incluent la part remboursée par l'assurance soins de santé et la part personnelle.

Le statut est accordé pour une période de deux ans, renouvelable une fois et ensuite d'année en année.



En cas d'attestation médicale indiquant une affection rare ou orpheline

Les personnes qui satisfont au critère financier précédent et souffrent, en outre, d'une maladie rare ou orpheline bénéficient du statut pour une période de cinq ans renouvelable. La maladie doit être attestée par un certificat médical.

Les personnes qui ont droit à l'intervention forfaitaire

La reconnaissance du statut Affection chronique est automatique pour les bénéficiaires de l'intervention forfaitaire (voir le point 2.2). Le statut accordé sur cette base l'est pour une période de deux ans, renouvelable une fois et ensuite d'année en année.

2.1.2 Avantages

Les personnes qui ont le statut Affection chronique bénéficient automatiquement des avantages suivants :

- tiers payant chez le médecin et le dentiste, c'est-à-dire paiement uniquement de la partie non remboursée des soins ;
- diminution du plafond des parts personnelles dans le cadre du maximum à facturer.

Le maximum à facturer est un système qui limite les dépenses de soins de santé à un certain seuil. Si le total des frais qui restent à la charge du patient après l'intervention de l'assurance soins de santé atteint ce seuil au cours de l'année, les frais supplémentaires lui sont remboursés intégralement par son organisme assureur.

Pour bénéficier du maximum à facturer, il faut se trouver dans une des trois catégories suivantes :

- avoir des revenus inférieurs à certains seuils ;
- bénéficier de l'intervention majorée, c'est-à-dire percevoir une allocation de remplacement de revenus ;
- avoir un enfant de moins de 19 ans¹.

Les personnes qui bénéficient du maximum à facturer et qui ont, en outre, le statut Affection chronique bénéficient d'un avantage supplémentaire : le seuil du maximum à facturer est abaissé de 112,62 euros. Cela signifie que le seuil au-delà duquel les dépenses sont remboursées est plus vite atteint. Il peut donc en résulter un avantage financier de 112,62 euros pour le bénéficiaire du statut ou son ménage.

Ainsi une personne dont le maximum à facturer serait de 500 euros et qui aurait, en outre, le statut Affection chronique, verrait ce seuil réduit à 387,38 euros. Tous les frais qui excéderaient ce seuil seraient donc mis à charge de l'assurance soins de santé.

¹ Pour les enfants de moins de 19 ans, un calcul séparé est effectué pour chaque enfant, indépendamment des revenus du ménage. Dès que le montant des frais médicaux pour un enfant atteint 732,03 euros, le maximum à facturer est appliqué, et si nécessaire combiné à la règle pour les malades chroniques.



2.2 Intervention forfaitaire

2.2.1 Conditions

Pour bénéficier de l'intervention forfaitaire, il faut avoir supporté une part personnelle dans le coût des soins de santé d'au moins 450 euros par an. En outre, il faut se trouver dans une des situations de dépendance décrites par l'arrêté royal du 2 juin 1998.

Les conditions pour bénéficier de l'intervention forfaitaire ne sont pas liées au statut Affection chronique. Toutefois, elles donnent automatiquement droit à ce statut.

2.2.2 Avantages

L'intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé est fixée à 350,35 euros par an. Selon la situation de dépendance, elle est majorée de 50 ou 100 % et atteint donc 525,53 euros ou 700,73 euros.

3 Proposition de loi 55/2156

La proposition de loi vise à élargir aux patients atteints de troubles psychiatriques graves le statut Affection chronique, d'une part, et le bénéfice de l'intervention forfaitaire, d'autre part. En effet, selon les auteurs de la proposition de loi, ces dispositifs devraient également couvrir les situations liées aux troubles psychiatriques graves. La proposition de loi ne modifie pas les avantages eux-mêmes.

3.1 Adaptation du groupe cible pour le statut Affection chronique

L'article 2 de la proposition de loi modifie l'article 37vicies/1, alinéa 1^{er}, de la loi du 14 juillet 1994, en ajoutant un quatrième critère pour ouvrir le droit au statut Affection chronique : être atteint d'un trouble psychiatrique grave. Pour les patients atteints de ce type de trouble, le critère financier (365,18 euros par trimestre pendant huit trimestres consécutifs) ne doit pas être rempli.

Les articles 3 à 7 de la proposition de loi répercutent, dans l'arrêté royal du 15 décembre 2013, les changements apportés à la loi. De manière similaire aux patients atteints de maladies rares ou orphelines, les patients avec un diagnostic de trouble psychiatrique grave bénéficieraient du statut pendant cinq ans. Pour ouvrir le droit, un certificat médical d'un médecin spécialiste doit être remis à l'organisme assureur.

Le patient doit avoir un diagnostic principal de trouble psychiatrique pendant au moins deux ans. L'évaluation de l'état du patient doit être réalisée à partir d'instruments de santé mentale courants comme le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) ou la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

L'évaluation de la gravité du trouble devra, en outre, s'appuyer sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) qui vise à cerner et objectiver l'effet de la pathologie psychiatrique sur le fonctionnement psychosocial du patient. Ainsi, si ce dernier obtient un score inférieur ou égal à 50 sur cette échelle, il bénéficiera du statut Affection chronique.



3.2 Adaptation du groupe cible de l'intervention forfaitaire

À certaines conditions, des personnes recevant des soins psychothérapeutiques ou psychologiques pourraient également bénéficier de l'intervention forfaitaire (voir le point 2.1.2).

Ainsi, l'article 8 de la proposition de loi vise à ajouter aux critères définissant l'état de dépendance à l'article 2, 2) a) à i) de l'arrêté royal du 2 juin 1998, d'autres critères. Seraient considérés comme atteints d'une dépendance vis-à-vis d'autrui les patients qui recevraient, pour six mois au moins, l'accord d'un médecin-conseil pour un traitement psychothérapeutique donné par un médecin spécialiste en psychiatrie ou pour des soins psychologiques.

Les personnes qui rentrent dans ces critères ne sont pas nécessairement atteintes d'un trouble psychiatrique grave : il n'est en effet plus question de diagnostic, d'échelle d'évaluation ou encore de chronicité. En théorie, n'importe quelle personne atteinte d'un trouble psychologique léger pourrait rentrer dans le deuxième critère, si le médecin-conseil l'accepte.

Cette condition doit toujours se cumuler avec la condition de l'article 2, 1) qui précise qu'il faut avoir une part personnelle dans les dépenses de santé supérieure à 450 euros par an.

Comme l'article 6 de l'arrêté royal du 2 juin 1998 qui précise les catégories de bénéficiaires qui reçoivent une intervention majorée n'est pas modifié, les patients qui se trouvent dans les conditions de l'intervention forfaitaire ne bénéficieront que de l'intervention simple de 350 euros.

4 Groupe cible des bénéficiaires

4.1 Difficultés pour cerner le groupe cible

Selon les auteurs de la proposition de loi, les mesures visent à assurer une protection à des personnes qui ne sont pas suffisamment couvertes pour l'instant.

Toutefois, le groupe cible est difficile à cerner, car les critères utilisés dans la proposition de loi ne correspondent pas à des données de santé disponibles. Par ailleurs, les données sur les traitements des personnes atteintes d'un trouble en santé mentale ne sont pas toutes disponibles au niveau fédéral. En effet, depuis la sixième réforme de l'État, les soins de santé mentale ont été transférés aux communautés, à l'exception des hospitalisations qui restent encore en partie dans les compétences fédérales et du remboursement des soins de santé mentale par l'assurance soins de santé et indemnités². Ainsi, à l'Inami, seules les données ayant fait l'objet d'un remboursement par l'assurance soins de santé et indemnités sont disponibles.

Les données accessibles ne permettent donc pas de déterminer exactement le nombre de personnes qui bénéficieraient de la mesure étendant le statut Affection chronique (point 3.1)

² Article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.



ni le nombre de personnes qui bénéficieraient de la mesure étendant le bénéfice de l'intervention forfaitaire (point 3.2). La délimitation de ces groupes cibles est donc incertaine et se base sur une série d'hypothèses.

4.2 Estimation du nombre de personnes concernées par le statut Affection chronique

4.2.1 Sur la base des données du SPF Santé publique

Le SPF Santé publique récolte les données sur les hospitalisations dans un hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général. Par contre, les données des personnes qui séjournent dans une maison de soins psychiatriques ou dans une initiative d'habitations protégées ont été transférées aux communautés et ne sont plus disponibles au SPF Santé publique³.

Les données relatives aux séjours en hôpital pour des motifs psychiatriques permettent de cerner un groupe d'individus qui ont été atteints à un moment donné par un trouble psychiatrique assez grave pour justifier une hospitalisation. Pour 2021, le SPF Santé publique recense 98.756⁴ séjours en hôpital liés à des motifs d'ordre psychiatrique.

Ce nombre pourrait être une sous-estimation du nombre d'individus avec un trouble psychiatrique grave, puisque ces derniers ne sont pas nécessairement hospitalisés chaque année. Inversement, ce nombre pourrait constituer une surestimation puisque certaines personnes peuvent être hospitalisées à la suite d'une crise aiguë, sans chronicité, liée à un problème ponctuel.

4.2.2. Étude des Pays-Bas sur le nombre de personnes atteintes d'un trouble psychiatrique grave

L'étude néerlandaise, citée dans la proposition de loi⁵, évalue à 1,3 % la proportion de personnes atteintes de troubles psychiatriques graves dans la population néerlandaise.

En supposant que cette proportion est identique dans la population belge, il y aurait $11.584.008^6 \times 0,013 = 150.592$ personnes avec un trouble psychiatrique grave, qui pourraient théoriquement bénéficier du statut Affection chronique.

Ce nombre surestime cependant le nombre de personnes qui bénéficieraient réellement du statut Affection chronique puisque toutes ne demanderaient pas à bénéficier de ce statut.

³ Communication du SPF Santé publique.

⁴ Cette statistique peut inclure des doublons, puisque deux séjours d'une même personne dans deux institutions différentes ne sont pas éliminés.

⁵ Philippe Delespaul, *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*, 2013, *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

⁶ Population belge en 2022, selon *Statbel*.



4.3 Estimation du nombre de personnes concernées par l'intervention forfaitaire

4.3.1 Sur la base de données de l'Inami

Une estimation du nombre de personnes concernées par l'extension de l'intervention forfaitaire aurait été possible via le nombre des personnes qui ont eu une part personnelle dans les dépenses de soins supérieures à 450 euros (seuil financier de l'intervention forfaitaire) et qui ont eu des soins psychothérapeutiques ou psychologiques. Toutefois, l'Inami ne dispose pas de données suffisantes pour réaliser une estimation significative dans ce domaine⁷.

4.3.2 Sur la base des données de l'Agence intermutualiste

D'après les données de l'Agence intermutualiste 3,1 % des bénéficiaires de l'assurance soins de santé et indemnités ont eu au moins une consultation chez un psychiatre en 2021, c'est-à-dire 11.325.223 personnes assujetties à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités $\times 3,1 \% = 351.082$ ⁸.

Surestimation du nombre de personnes concernées par l'intervention forfaitaire

Le nombre de 351.082 est une surestimation puisqu'il s'agit de toutes les personnes qui sont passées chez un psychiatre au moins une fois sur l'année. Or, selon la proposition de loi, pour bénéficier de l'intervention forfaitaire, les personnes devraient recevoir un traitement psychothérapeutique chez un psychiatre ou un traitement psychologique pendant au moins six mois.

Sous-estimation

En revanche, ce nombre ne reprend que les consultations chez un psychiatre et non les consultations pour un traitement psychologique qui, en dehors des médecins, peut être donné également par un psychologue clinicien ou un orthopédoclinicien⁹.

4.3.3 Sur la base des données de Sciensano

L'enquête de santé par interview réalisée par Sciensano se base sur des données autorapportées récoltées auprès d'un échantillon représentatif et extrapolées à l'ensemble de la population. Depuis 1997, cette enquête est répétée au bout de quatre à cinq ans par Sciensano. La même enquête est reproduite dans les autres pays de l'Union européenne, avec la même méthode¹⁰.

D'après les résultats en matière de santé mentale, en 2018, sur la population belge de plus de 15 ans :

- 17,7 % de la population présentait des difficultés psychologiques témoignant d'une pathologie mentale probable ;
- 3,4 % avaient un trouble anxieux sévère ;

⁷ Selon l'Inami, ces données sont disponibles dans les bases de données des mutualités.

⁸ Agence intermutualiste, *Consultation chez un psychiatre*, base de données consultée le 6 avril 2023, www.aim-ima.be.

⁹ Article 68/1 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé.

¹⁰ <https://www.sciensano.be/fr/projets/enquete-de-sante>



- 1,3 % avaient un trouble dépressif sévère¹¹.

Ces données ne peuvent s'additionner et sont données à titre indicatif. Toutes les personnes en difficulté psychologique ne consultent pas nécessairement un professionnel de la santé mentale. Il est donc difficile de les utiliser pour estimer le groupe cible de l'intervention forfaitaire.

4.3.4 Sur la base des résultats de l'étude néerlandaise

L'estimation sur la base de l'étude néerlandaise est de 150.592 personnes présentant un trouble psychiatrique grave (voir le point 4.2.2).

Surestimation

Toutes les personnes avec un trouble psychiatrique grave n'ont pas nécessairement une part personnelle dans les dépenses de plus de 450 euros et toutes ne recevraient pas les soins visés par la proposition de loi.

Sous-estimation

En revanche, il est possible que le groupe cible de l'intervention forfaitaire, c'est-à-dire les personnes recevant (avec l'accord du médecin-conseil) pendant au moins six mois un traitement psychothérapeutique par un psychiatre ou un traitement psychologique soit plus large que le groupe des personnes avec un trouble psychiatrique grave au sens de l'étude néerlandaise.

Néanmoins, ce nombre étant celui qui cerne avec le plus de précision le nombre de personnes faisant partie du groupe cible de la loi, il sera utilisé ci-après pour les estimations de l'incidence financière.

5 Incidence financière

5.1 Extension du statut Affection chronique

La mesure étendant le statut Affection chronique permettrait aux bénéficiaires de diminuer le seuil du maximum à facturer de 112,5 euros (voir le point 3.1). Cela implique que ce montant serait pris en charge par l'assurance soins de santé et que les dépenses de la sécurité sociale augmenteraient.

En s'appuyant sur l'hypothèse du point 4.2.2, l'augmentation des dépenses serait de : $150.592 \times 112,5 \text{ euros} = 16.941.600 \text{ euros}$.

Ce résultat contient un facteur de surestimation puisque toutes les personnes présentant un trouble psychiatrique grave ne feraient pas nécessairement une demande d'aide dans le cadre de la proposition de loi.

Un second facteur de surestimation est lié au mécanisme du maximum à facturer. Toutes les personnes présentant un trouble psychiatrique grave n'auraient pas des dépenses de santé

¹¹ Sciensano, L. Gisle et autres, *Santé mentale. Enquête de santé 2018*, numéro de rapport : D/2020/14.440/3, Bruxelles, 2018, www.enquetesante.be.



assez élevées pour dépasser le seuil diminué du maximum à facturer. Pour celles qui n'atteignent pas ce seuil, l'avantage ne s'appliquerait pas.

En revanche, ce résultat contient également un facteur de sous-estimation puisque toutes les personnes qui auraient droit à l'intervention forfaitaire dans le cadre de la proposition de loi bénéficieraient automatiquement du statut Affection chronique. Or, ces personnes ne seraient pas toutes susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble psychiatrique grave et de figurer dans la population délimitée par l'étude néerlandaise.

5.2 Extension du groupe cible de l'intervention forfaitaire

La deuxième mesure permet aux bénéficiaires potentiels de recevoir une intervention forfaitaire de 350 euros.

En s'appuyant sur l'hypothèse reprise au point 4.3.4, l'augmentation des dépenses atteindrait : $150.592 \times 350,35 \text{ euros} = 52.759.907,2 \text{ euros}$. Ce montant contient également des facteurs de surestimation et de sous-estimation (voir le point 4.3.4).

Comme l'estimation de l'impact des deux mesures reposent sur le même groupe cible, le nombre de personnes bénéficiant de l'intervention forfaitaire n'augmenterait pas le nombre de personnes avec le statut Affection chronique.

6 Conclusion

Sur la base de l'hypothèse de calcul explicitée supra, la mesure liée au maximum à facturer aurait une incidence maximale de 16,9 millions d'euros. Pour la mesure portant sur l'intervention forfaitaire, l'incidence atteindrait 52,8 millions d'euros au maximum. Au total, la Cour des comptes estime que l'adoption de la proposition de loi pourrait entraîner des dépenses supplémentaires de maximum 69,7 millions d'euros pour l'assurance soins de santé.

Elle souligne toutefois qu'il s'agit probablement d'une surestimation puisque toutes les personnes du groupe cible ne feraient pas nécessairement appel à un diagnostic posé par un psychiatre dans les conditions de la loi et toutes ne seraient pas nécessairement traitées pendant au moins six mois avec l'accord du médecin-conseil.



Advies bij het wetsvoorstel 55/2156 inzake het statuut van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

Goedgekeurd in de algemene vergadering van het Rekenhof van 26 april 2023

1 Vraag om advies

Op grond van artikel 79, 1e lid, van het reglement van de Kamer van Volksvertegenwoordigers heeft de Kamervoorzitter in een brief van 13 februari 2023 de vraag van de commissie Gezondheid en Gelijke kansen aan het Rekenhof toegezonden om een advies te formuleren met daarin een raming van de nieuwe uitgaven of van de minderontvangsten die zouden voortvloeien uit de goedkeuring van het wetsvoorstel 55/2156.

2 Huidig wettelijk kader

Patiënten met een chronische aandoening kunnen onder bepaalde voorwaarden voordelen genieten om de medische kosten van hun behandeling te helpen dekken.

Personen met vaak terugkerende kosten voor gezondheidszorg kunnen twee voordelen cumuleren:

- het statuut Chronische aandoening, dat in de volgende gevallen wordt toegekend:
 - automatisch in functie van bepaalde uitgaven voor gezondheidszorg,
 - of mits voorlegging van een medisch getuigschrift;
- een forfaitaire vergoeding die erkenning van de afhankelijkheidssituatie vereist.

2.1 Statuut van persoon met een chronische aandoening

2.1.1 Voorwaarden

Om het statuut van persoon met een chronische aandoening te genieten (het zogenaamde “statuut Chronische aandoening”), voorziet artikel 37*vicies/1* van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (hierna: “wet van 14 juli 1994”) in drie categorieën begunstigden. Het koninklijk besluit van 15 december 2013 legt de toepassingscriteria vast.

In functie van bepaalde uitgaven voor gezondheidszorg

De verzekeringsinstelling kent het statuut automatisch toe aan personen wier uitgaven voor gezondheidszorg, per trimester en gedurende acht opeenvolgende trimesters (financieel criterium), minstens 365,18 euro (bedrag van 2022) bedragen. Deze uitgaven voor gezondheidszorg omvatten het door de verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaalde en het persoonlijke deel.



Het statuut wordt toegekend voor een periode van twee jaar, die eenmaal en vervolgens van jaar tot jaar kan worden verlengd.

In geval van medisch getuigschrift waaruit blijkt dat het om een zeldzame aandoening of een weesziekte gaat

Aan personen die aan het bovengenoemde financiële criterium voldoen en die tevens aan een zeldzame aandoening of een weesziekte lijden, wordt het statuut verleend voor een hernieuwbare periode van vijf jaar. De ziekte moet worden gestaafd door een medisch getuigschrift.

De personen die recht hebben op een forfaitaire vergoeding

De erkenning van het statuut Chronische aandoening gebeurt automatisch voor begunstigden van de forfaitaire vergoeding (cf. punt 2.2). Op deze basis wordt het statuut toegekend voor een periode van twee jaar, die eenmaal en vervolgens van jaar tot jaar kan worden verlengd.

2.1.2 Voordelen

De personen met het statuut Chronische aandoening genieten automatisch de volgende voordelen:

- derdebetalersregeling bij arts en tandarts, d.w.z. dat ze enkel het niet-terugbetaalde deel van de zorg betalen;
- verlaging van het plafond van het persoonlijke aandeel in het kader van de maximumfactuur.

De maximumfactuur is een systeem dat de uitgaven voor gezondheidszorg tot een bepaalde drempel beperkt. Indien de totale kosten die voor de patiënt overblijven na tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging tijdens het jaar deze drempel bereiken, worden de extra kosten volledig door zijn verzekeringsinstelling vergoed.

Om het systeem van de maximumfactuur te kunnen genieten, moet de persoon aan een van de volgende drie voorwaarden voldoen:

- een inkomen ontvangen dat onder bepaalde grenzen ligt;
- de verhoogde tegemoetkoming genieten, m.a.w. een inkomensvervangende tegemoetkoming ontvangen;
- een kind jonger dan 19 jaar hebben.

De personen die de maximumfactuur genieten en die bovendien het statuut Chronische aandoening hebben, komen in aanmerking voor een extra voordeel: de drempel van de maximumfactuur wordt verlaagd met 112,62 euro. Dit betekent dat de drempel waarboven de uitgaven worden terugbetaald, sneller wordt bereikt. Dit kan de begunstigde van het statuut of zijn huishouden een financieel voordeel van 112,62 euro opleveren.

Zo zou voor een persoon wiens maximumfactuur 500 euro zou bedragen en die bovendien het statuut Chronische aandoening zou hebben, deze drempel beperkt worden tot 387,48 euro. De verzekering voor geneeskundige verzorging zou dus alle kosten boven deze drempel voor haar rekening nemen.



2.2 Forfaitaire vergoeding

2.2.1 Voorwaarden

Om de forfaitaire vergoeding te genieten, moet het persoonlijke aandeel in de kost van de gezondheidszorg minstens 450 euro per jaar bedragen. Bovendien moet men zich in één van de in het koninklijk besluit van 2 juni 1998 beschreven situaties van afhankelijkheid bevinden.

De voorwaarden om de forfaitaire vergoeding te kunnen genieten, staan los van het statuut Chronische aandoening. Toch openen ze automatisch het recht op dit statuut.

2.2.2 Voordelen

De forfaitaire vergoeding van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgelegd op 350,35 euro per jaar. Naargelang de afhankelijkheidssituatie wordt ze verhoogd met 50 of 100 % en bedraagt ze dus 525,53 euro of 700,73 euro.

3 Wetsvoorstel 55/2156

Het wetsvoorstel beoogt het statuut Chronische aandoening en het voordeel van de forfaitaire vergoeding uit te breiden tot patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Volgens de indieners van het wetsvoorstel zouden deze regelingen immers ook situaties moeten dekken die verband houden met ernstige psychiatrische aandoeningen. Het wetsvoorstel wijzigt de voordelen zelf niet.

3.1 Aanpassing van de doelgroep voor het statuut Chronische aandoening

Artikel 2 van het wetsvoorstel wijzigt artikel 37*vicies*/1, 1^e lid, van de wet van 14 juli 1994, door er een vierde criterium aan toe te voegen om het recht op het statuut Chronische aandoening te openen: een ernstige psychiatrische aandoening hebben. Voor de patiënten met dat soort aandoeningen moet het financiële criterium (365,18 euro per trimester gedurende acht opeenvolgende trimesters) niet vervuld zijn.

De artikelen 3 tot en met 7 van het wetsvoorstel weerspiegelen de wetswijzigingen in het koninklijk besluit van 15 december 2013. Net zoals patiënten met een zeldzame aandoening of een weesziekte zouden patiënten met de diagnose ernstige psychiatrische aandoening gedurende vijf jaar het statuut kunnen genieten. Om hiervoor in aanmerking te komen, moet bij de verzekeringsinstelling een medisch getuigschrift van een gespecialiseerd arts worden ingediend.

De patiënt moet gedurende minstens twee jaar een hoofddiagnose van een psychiatrische aandoening hebben. De beoordeling van de toestand van de patiënt moet gebaseerd zijn op standaardinstrumenten voor geestelijke gezondheid, zoals de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) of de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10).

De beoordeling van de ernst van de aandoening moet bovendien worden gebaseerd op de *Global Assessment of Functioning* (GAF), die tot doel heeft het effect van de psychiatrische pathologie op het psychosociaal functioneren van de patiënt vast te stellen en te



WETSVOORSTEL 2156 / 4

objectiveren. Als de patiënt op deze schaal minder dan of gelijk aan 50 scoort, krijgt hij het statuut Chronische aandoening.

3.2 Aanpassing van de doelgroep van de forfaitaire vergoeding

Onder bepaalde voorwaarden zouden personen die psychotherapeutische of psychologische zorg krijgen ook in aanmerking kunnen komen voor de forfaitaire vergoeding (cf. punt 2.1.2).

Zo beoogt artikel 8 van het wetsvoorstel andere criteria toe te voegen aan de criteria die de staat van afhankelijkheid definiëren in artikel 2, 2) a) tot i) van het koninklijk besluit van 2 juni 1998. Patiënten zouden worden beschouwd als afhankelijk zijnde van anderen wanneer ze gedurende minstens zes maanden het akkoord van een adviserend arts zouden krijgen voor een psychotherapeutische behandeling door een arts-specialist in de psychiatrie of voor psychologische zorg.

De personen die aan deze criteria voldoen, hebben niet noodzakelijkerwijs een ernstige psychiatrische aandoening: het gaat niet meer om de diagnose, de beoordelingsschaal of de chroniciteit. In theorie zou iedere persoon met een lichte psychologische aandoening aan het tweede criterium kunnen voldoen, als de adviserend arts daarmee instemt.

Deze voorwaarde moet altijd worden gekoppeld aan de voorwaarde van artikel 2, 1), dat bepaalt dat het persoonlijke aandeel in de gezondheidsuitgaven meer dan 450 euro per jaar moet bedragen.

Aangezien artikel 6 van het koninklijk besluit van 2 juni 1998, tot bepaling van de categorieën van begunstigten die een verhoogde vergoeding krijgen, niet wordt gewijzigd, zullen patiënten die onder de voorwaarden van de forfaitaire vergoeding vallen, enkel de eenvoudige vergoeding van 350,35 euro ontvangen.

4 Doelgroep van de begunstigten

4.1 Moeilijke identificatie van de doelgroep

De maatregelen in het wetsvoorstel zijn bedoeld om mensen die momenteel onvoldoende gedekt zijn, bescherming te bieden.

De doelgroep is echter moeilijk te identificeren, aangezien de in het wetsvoorstel gebruikte criteria niet overeenstemmen met de beschikbare gezondheidsgegevens. Bovendien zijn niet alle gegevens over de behandeling van mensen met een psychische stoornis op federaal niveau beschikbaar. Sinds de zesde staatshervorming is de geestelijke gezondheidszorg immers overgeheveld naar de gemeenschappen, met uitzondering van de hospitalisaties, die nog steeds gedeeltelijk onder de federale bevoegdheid vallen, en de terugbetaling van de geestelijke gezondheidszorg door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.¹ Zo beschikt het RIZIV enkel over de gegevens die door de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn terugbetaald.

¹ Artikel 5 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen.



Op basis van de beschikbare gegevens kan dus niet precies worden bepaald hoeveel mensen baat zouden hebben bij de maatregel tot uitbreiding van het statuut Chronische aandoening (punt 3.1), en evenmin hoeveel mensen baat zouden hebben bij de maatregel tot uitbreiding van het voordeel van de forfaitaire vergoeding (punt 3.2). De afbakening van deze doelgroepen is dus onzeker en gebaseerd op een aantal veronderstellingen.

4.2 Schatting van het aantal personen dat in aanmerking komt voor het statuut Chronische aandoening

4.2.1 Op basis van de gegevens van de FOD Volksgezondheid

De FOD Volksgezondheid verzamelt gegevens over hospitalisaties in een psychiatrisch ziekenhuis of in een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis. Gegevens over personen die in een psychiatrisch verzorgingstehuis of in een initiatief voor beschut wonen verblijven, zijn daarentegen overgedragen aan de gemeenschappen en niet langer beschikbaar bij de FOD Volksgezondheid.²

Op basis van gegevens over ziekenhuisopnames om psychiatrische redenen is de identificatie mogelijk van een groep personen die op een bepaald moment getroffen zijn door een psychiatrische aandoening die ernstig genoeg is om een hospitalisatie te rechtvaardigen. Voor 2021 telt de FOD Volksgezondheid 98.756³ ziekenhuisopnames om psychiatrische redenen.

Dit aantal zou een onderschatting kunnen zijn van het aantal personen met een ernstige psychiatrische aandoening, aangezien zij niet noodzakelijk elk jaar worden gehospitaliseerd. Omgekeerd zou dit aantal een overschatting kunnen zijn, aangezien sommige mensen kunnen worden gehospitaliseerd na een acute, niet-chronische crisis als gevolg van een eenmalig probleem.

4.2.2. Nederlandse studie over het aantal personen met een ernstige psychiatrische aandoening

De Nederlandse studie, waarnaar het wetsvoorstel verwijst⁴, schat het aandeel personen met ernstige psychiatrische aandoeningen in de Nederlandse bevolking op 1,3%.

Ervan uitgaande dat dit aandeel in de Belgische bevolking hetzelfde is, zouden er $11.584.008^5 \times 0,013 = 150.592$ personen zijn met een ernstige psychiatrische aandoening, die in theorie voor het statuut Chronische aandoening in aanmerking zouden kunnen komen.

Dit cijfer overschat echter het aantal personen dat daadwerkelijk het statuut Chronische aandoening zou kunnen genieten, aangezien niet iedereen dit statuut zou aanvragen.

² Mededeling van de FOD Volksgezondheid.

³ Deze statistiek kan dubbele informatie bevatten, aangezien twee verblijven van eenzelfde persoon in twee verschillende instellingen niet worden geëlimineerd.

⁴ Philippe Delespaul, *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*, 2013, *Tijdschrift voor Psychiatrie*.

⁵ Belgische bevolking in 2022, volgens *Statbel*.



4.3 Schatting van het aantal personen dat in aanmerking komt voor de forfaitaire vergoeding

4.3.1 Op basis van de RIZIV-gegevens

Een schatting van het aantal personen dat voor de uitbreiding van de forfaitaire vergoeding in aanmerking komt, zou mogelijk zijn geweest op basis van het aantal personen wier persoonlijke aandeel in de zorgkosten meer dan 450 euro (financiële drempel van de forfaitaire vergoeding) bedroeg en die psychotherapeutische of psychologische zorg kregen. Het RIZIV beschikt evenwel niet over voldoende gegevens om op dit gebied een significante raming te maken.⁶

4.3.2 Op basis van de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap

Volgens de gegevens van het Intermutualistisch Agentschap had 3,1 % van de begunstigten van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in 2021 minstens één raadpleging bij een psychiater, m.a.w. 11.325.223 personen die vallen onder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen $\times 3,1 \% = 351.082$.⁷

Overschatting van het aantal personen dat in aanmerking komt voor de forfaitaire vergoeding

Het cijfer 351.082 is een overschatting, aangezien het betrekking heeft op alle personen die in de loop van het jaar minstens één keer een psychiater hebben geraadpleegd. Om voor de forfaitaire vergoeding in aanmerking te komen, zouden personen volgens het wetsvoorstel echter minstens zes maanden een psychotherapeutische behandeling bij een psychiater of een psychologische behandeling moeten volgen.

Onderschatting

Dit cijfer heeft echter enkel betrekking op consultaties bij een psychiater en niet op consultaties voor een psychologische behandeling, die behalve door artsen ook door een klinisch psycholoog of een klinisch orthopedagoog kan worden gegeven.⁸

4.3.3 Op basis van gegevens van Sciensano

De door Sciensano georganiseerde gezondheidsenquête via interviews is gebaseerd op zelfgerapporteerde gegevens van een representatieve steekproef die vervolgens naar de volledige bevolking worden geëxtrapoleerd. Sinds 1997 herhaalt Sciensano deze enquête om de vier à vijf jaar. Diezelfde enquête wordt volgens dezelfde methode ook in de andere EU-landen uitgevoerd.⁹

Volgens de resultaten inzake geestelijke gezondheid had van de Belgische bevolking ouder dan 15 jaar in 2018:

- 17,7 % psychologische problemen die wijzen op een vermoedelijke psychische aandoening;

⁶ Volgens het RIZIV zijn deze gegevens beschikbaar in de databanken van de ziekenfondsen.

⁷ Intermutualistisch Agentschap, *Consultation chez un psychiatre*, databank geraadpleegd op 6 april 2023, www.aim-ima.be.

⁸ Artikel 68/1 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

⁹ <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquête-o>.



- 3,4 % een ernstige angststoornis;
- 1,3 % een ernstige depressieve stoornis.¹⁰

Deze gegevens kunnen niet worden opgeteld en worden louter ter informatie vermeld. Niet alle personen met psychologische moeilijkheden raadplegen een geestelijke gezondheidswerker. Daarom zijn ze moeilijk bruikbaar om een schatting te maken van de doelgroep van de forfaitaire vergoeding.

4.3.4 Op basis van de resultaten van de Nederlandse studie

Volgens de schatting op basis van de Nederlandse studie kampen 150.592 personen met een ernstige psychiatrische aandoening (cf. punt 4.2.2).

Overschatting

Niet alle personen met een ernstige psychiatrische aandoening hebben een persoonlijk aandeel in de uitgaven van meer dan 450 euro en ze zouden ook niet allemaal de in het wetsvoorstel bedoelde zorgen krijgen.

Onderschatting

Wel is het mogelijk dat de doelgroep van de forfaitaire vergoeding, d.w.z. personen die (met toestemming van de adviserend arts) gedurende minstens zes maanden een psychotherapeutische behandeling door een psychiater of een psychologische behandeling volgen, groter is dan de groep personen met een ernstige psychiatrische aandoening in de zin van de Nederlandse studie.

Aangezien dit aantal echter het meest nauwkeurig aangeeft hoeveel personen binnen de doelgroep van de wet vallen, zal het hieronder worden gebruikt om de financiële gevolgen te ramen.

5 Financiële impact

5.1 Uitbreiding van het statuut Chronische aandoening

Dankzij de maatregel tot uitbreiding van het statuut Chronische aandoening zouden de begunstigden de drempel van de maximumfactuur met 112,5 euro kunnen verlagen (cf. punt 3.1). Dit betekent dat dit bedrag door de verzekering voor geneeskundige verzorging zou worden gedekt en dat de socialezekerheidsuitgaven zouden stijgen.

Uitgaande van de veronderstelling in punt 4.2.2 zou de stijging van de uitgaven het volgende bedragen: $150.592 \times 112,5 \text{ euro} = 16.941.600 \text{ euro}$.

Dit resultaat bevat een overschattingsfactor, aangezien niet alle personen met een ernstige psychiatrische aandoening noodzakelijkerwijs een verzoek om hulp zouden indienen in het kader van het wetsvoorstel.

¹⁰ Sciensano, L Gisle e.a., *Santé mentale. Enquête de santé 2018*, nummer van het verslag: D/2020/14.440/3, Brussel, 2018, www.enquetesante.be.



Een tweede factor van overschatting heeft te maken met de maximumfactuurregeling. Niet alle personen met een ernstige psychiatrische aandoening zouden voldoende hoge zorgkosten hebben om de verlaagde drempel van de maximumfactuur te overschrijden. Voor zij die deze drempel niet bereiken, zou het voordeel niet gelden.

Anderzijds bevat dit resultaat ook een onderschattingsfactor, aangezien alle personen die volgens het wetsvoorstel recht zouden hebben op de forfaitaire vergoeding, automatisch in aanmerking zouden komen voor het statuut Chronische aandoening. Niet al deze personen zouden echter in aanmerking komen voor de diagnose ernstige psychiatrische aandoening en om tot de in de Nederlandse studie afgebakende populatie te behoren.

5.2 Uitbreiding van de doelgroep van de forfaitaire vergoeding

Dankzij de tweede maatregel kunnen potentiële begunstigden een forfaitaire vergoeding van 350 euro ontvangen.

Uitgaande van de veronderstelling in punt 4.3.4, zou de stijging van de uitgaven het volgende bedragen: $150.592 \times 350,35 \text{ euro} = 52.759.907,2 \text{ euro}$. Ook dit bedrag bevat over- en onderschattingsfactoren (cf. punt 4.3.4).

Aangezien de raming van de impact van beide maatregelen gebaseerd is op dezelfde doelgroep, zou het aantal personen dat de forfaitaire vergoeding ontvangt het aantal personen met het statuut Chronische aandoening niet doen toenemen.

6 Conclusie

Op basis van de hierboven toegelichte berekeningshypothese zou de maatregel i.v.m. de maximumfactuur een impact van maximaal 16,9 miljoen euro hebben. De maatregel m.b.t. de forfaitaire vergoeding zou een impact van maximaal 52,8 miljoen euro hebben. Het Rekenhof is van oordeel dat de goedkeuring van het wetsvoorstel de verzekering voor geneeskundige verzorging in totaal maximum 69,7 miljoen euro extra zou kunnen kosten.

Het Rekenhof benadrukt echter dat dit waarschijnlijk een overschatting is, aangezien niet alle personen in de doelgroep noodzakelijkerwijs een diagnose door een psychiater zouden vragen onder de in de wet bepaalde voorwaarden en niet iedereen noodzakelijkerwijs gedurende minstens zes maanden een behandeling met toestemming van de adviserend arts zou volgen.