

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

19 septembre 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**

Amendement

Voir:

Doc 55 **2156/ (2020/2021):**

- 001: Proposition de loi de Mme Van Hoof.
002: Avis de la Cour des comptes.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

19 september 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**

Amendement

Zie:

Doc 55 **2156/ (2020/2021):**

- 001: Wetsvoorstel van mevrouw Van Hoof.
002: Advies van het Rekenhof.

10187

N° 1 de Mme **Van Hoof**

Art. 1^{er} à 5

Remplacer ces articles par ce qui suit:

“Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.”

Art. 2. L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 8 avril 2003, est complété par un 6° rédigé comme suit:

“6° “trouble psychiatrique grave”: problématique psychiatrique pour laquelle un diagnostic principal est posé pendant une période d'au moins deux années civiles sur la base des groupes de pathologies du “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)” ou de l’“International Classification of Diseases (ICD-10- CM)”, qui est de nature répétitive ou potentiellement de nature répétitive et qui est considérée comme sérieuse au vu de l'intensité et/ou de la fréquence des symptômes. Le diagnostic ne doit toutefois pas rester le même pendant la période de référence de deux années civiles.

La problématique psychiatrique mentionnée à l'alinéa 1^{er} a en outre des conséquences graves sur le fonctionnement social du patient. L'évaluation clinique de la circularité de la problématique psychiatrique et de la diminution du fonctionnement social est réalisée par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en psychiatrie.”

Nr. 1 van mevrouw **Van Hoof**

Art. 1 tot 5

Deze artikelen vervangen als volgt:

“Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Art. 2. Artikel 1 van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 8 april 2003, wordt aangevuld met een bepaling onder 6°, luidende:

“6° “een ernstige psychiatrische aandoening”: een psychiatrische problematiek waarvoor gedurende een tijdvak van minstens twee kalenderjaren een hoofd diagnose is gesteld op basis van de groepen van pathologieën uit de “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)” of de “International Classification of Diseases (ICD-10-CM)”, die van herhalende aard of potentieel van herhalende aard is en die als ernstig wordt beschouwd gezien de intensiteit en/of frequentie van de symptomen. Eenzelfde diagnose hoeft echter niet te blijven bestaan gedurende de referentieperiode van twee kalenderjaren.

De psychiatrische problematiek vermeld in het eerste lid heeft bovendien ernstige gevolgen voor het maatschappelijk en sociaal functioneren van de patiënt. De klinische beoordeling van de circulariteit van de psychiatrische problematiek en het verminderd maatschappelijk functioneren gebeurt door de huisarts of arts-specialist in de psychiatrie.”

Art. 3. Dans le même arrêté royal, il est inséré un article 2/1 rédigé comme suit:

“Art. 2/1. Est considérée comme un bénéficiaire atteint d’une maladie chronique pour une année civile déterminée, toute personne souffrant d’un trouble psychiatrique grave qui est attesté par un certificat médical établi par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en psychiatrie. Le ministre détermine les conditions et les modalités permettant à ces bénéficiaires de bénéficier du droit à l’allocation forfaitaire.”

Art. 4. L’article 6 du même arrêté royal, modifié en dernier lieu par l’arrêté royal du 1^{er} juillet 2008, est complété par un alinéa 3 rédigé comme suit:

“Pour le bénéficiaire atteint d’une maladie chronique visé à l’article 2/1, le montant de l’allocation forfaitaire est fixé par le ministre.”

Art. 5. Le Roi peut abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions des articles 2 à 4.”

JUSTIFICATION

Dans ses avis, le KCE renvoie notamment au fait qu’un bénéficiaire qui a droit au forfait chronique prévu à l’article 2 de l’arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l’article 37, § 16bis, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, a également droit automatiquement au statut de malade chronique, et ce, sur la base de l’article 37vicies/1, 2°, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

C’est la raison pour laquelle cet amendement global vise uniquement à fixer un cadre légal pour le droit au forfait chronique pour les personnes souffrant d’un trouble psychiatrique grave afin qu’elles puissent également obtenir automatiquement le statut de malade chronique. Les conditions d’octroi de cette allocation forfaitaire doivent toutefois être déterminées par arrêté royal. À l’heure actuelle, il faut en effet pouvoir prouver, outre une situation de dépendance, des dépenses élevées (intervention personnelle) pour des prestations effectuées durant l’année civile concernée et l’année civile précédente pour avoir droit au forfait. Pour les personnes souffrant d’un trouble psychiatrique grave, il n’est toutefois pas facile de le

Art. 3. In hetzelfde koninklijk besluit wordt een artikel 2/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 2/1. Een persoon met een ernstig psychiatrische aandoening, geattesteerd door een medisch getuigschrift opgesteld door een huisarts of arts-specialist in de psychiatrie, wordt voor een bepaald kalenderjaar beschouwd als een rechthebbende met een chronische ziekte. De minister bepaalt de voorwaarden en modaliteiten voor deze rechthebbenden om het recht op de vaste toelage te kunnen genieten.”

Art. 4. Artikel 6 van hetzelfde koninklijk besluit, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 1 juli 2008, wordt aangevuld met een derde lid, luidende:

“Voor de rechthebbende met een chronische ziekte als bedoeld in artikel 2/1, wordt de hoogte van de forfaitaire toelage bepaald door de minister.”

Art. 5. De Koning kan de bepalingen van de artikelen 2 tot en met 4 opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen.”

VERANTWOORDING

In de adviezen wordt onder meer door het KCE verwezen naar het feit dat een rechthebbende die recht heeft op het chronisch forfait bepaald bij artikel 2 van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ook automatisch recht heeft op het statuut van chronisch zieke. Dit op basis van artikel 37vicies/1, 2° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

Daarom beogen wij met dit globaal amendement enkel een wettelijke kapstok te bepalen voor een recht op het chronisch forfait voor personen met een ernstige psychiatrische aandoening zodat zij automatisch ook het chronisch statuut zouden kunnen bekomen. De voorwaarden om deze vaste toelage te ontvangen, dienen echter te worden bepaald bij koninklijk besluit. Vandaag moet men namelijk, naast een afhankelijkheidssituatie, ook hoge kosten (persoonlijk aandeel) tijdens het voorafgaand en betrokken kalenderjaar kunnen aantonen om recht te hebben op het forfait. Voor personen met een ernstige psychiatrische aandoening is dit echter niet eenvoudig aangezien zij vaak niet beschikken over voldoende

prouver, car elles ne disposent souvent pas de moyens financiers suffisants pour répondre constamment à leurs besoins de soins sur une période aussi longue. Une étude du KCE a par exemple révélé que seulement 31 % des personnes de ce groupe cible avaient le statut de malade chronique, principalement parce qu'elles ne remplissaient pas les conditions financières nécessaires. En outre, elles abandonnent souvent les soins en raison notamment de l'évolution du syndrome et il ne leur est souvent pas possible, pour cette raison, de prouver ces dépenses sur une période de deux ans.

Le montant de l'allocation forfaitaire pour les patients souffrant d'un trouble psychiatrique grave doit également être fixé par arrêté royal, car ce montant pourrait ne pas correspondre à celui des patients souffrant de troubles somatiques chroniques. Il convient d'examiner, en concertation avec les parties prenantes concernées, quel montant forfaitaire serait le plus approprié.

Il fallait également apporter quelques modifications à la définition d'un trouble psychiatrique grave (TPG) sur la base des avis écrits:

— le diagnostic principal posé conformément à la terminologie DMS-5 ou à la terminologie ICD-10 ne doit pas rester le même pendant la période de référence de deux années civiles et au-delà, il doit uniquement être question de la persistance d'un trouble psychiatrique grave. Les troubles psychiatriques ne sont en effet pas linéaires, ce qui signifie également que les troubles peuvent évoluer et que par rapport au fonctionnement actuel, le fonctionnement futur peut s'améliorer ou se dégrader;

— l'exclusion de certaines pathologies (axées principalement sur un retard mental) en tant que diagnostic principal a été supprimée, conformément à l'avis rendu par l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en psychiatrie, étant donné que de nombreux patients souffrant d'un TPG sont également souvent plus faibles à ce niveau.

— Le renvoi au score EGF a été supprimé conformément aux avis du CIN et de Philippe Delespaul et remplacé par une évaluation clinique de la circularité du fonctionnement psychique et social. Selon Philippe Delespaul, ce critère est suffisamment exploitable pour le prestataire de soins concerné. Les patients souffrant d'un TPG ont un mode de vie défectueux et régressif et la consultation d'un prestataire de soins ne contribue souvent pas à une progression suffisante au niveau du fonctionnement, ce qui explique que bon nombre d'entre eux abandonnent les prestations de soins de santé mentale au bout d'un certain temps et ne consultent plus que

financiële middelen om consistent in hun zorgnoden te kunnen voldoen gedurende een dergelijk lange periode. Uit een studie van het KCE bleek bijvoorbeeld dat slechts 31 % van deze doelgroep het chronisch statuut heeft en dit voornamelijk omdat ze niet voldoen aan de noodzakelijke financiële voorwaarden. Bovendien haken zij vaak af in de zorg onder meer door het wisselend ziektebeeld en is het om deze reden voor hen dus vaak ook niet mogelijk om voor een periode van twee jaar deze uitgaven te kunnen bewijzen.

Ook het bedrag van de vaste toelage voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening dient te worden bepaald bij koninklijk besluit, aangezien deze mogelijk niet in lijn ligt met die voor patiënten met somatisch chronische aandoeningen. Samen met de betrokken stakeholders dient hier te worden bekeken welk forfait het meest gepast zou zijn.

Er waren ook enkele aanpassingen nodig in de definitie van EPA op basis van de schriftelijke adviezen:

— eenzelfde hoofddiagnose conform DMS-5 terminologie of ICD-10 terminologie hoeft niet te blijven bestaan gedurende de referentieperiode van twee kalenderjaren en daarna, er moet louter sprake zijn van een voortbestaan van een ernstige psychiatrische aandoening. Psychische aandoeningen zijn namelijk niet-lineair, wat ook betekent dat er verandering in het verloop van de aandoeningen mogelijk is en dat het actuele functioneren zowel beter als slechter kan zijn dan het toekomstig functioneren;

— weglaten van uitsluiting van enkele pathologieën (die voornamelijk gericht waren op een verstandelijke beperking) als hoofddiagnose conform het advies van de Belgische Beroepsvereniging van geneesheren-specialisten in Psychiatrie, aangezien veel EPA-patiënten vaak ook zwakker zijn op dit gebied.

— weglaten van verwijzing naar GAF-score op basis van adviezen NIC en Philippe Delespaul – wordt vervangen door een klinische inschatting van de circulariteit van psychisch en maatschappelijk functioneren. Volgens Philippe Delespaul is dit criterium voldoende bruikbaar voor de betrokken zorgverlener. EPA-patiënten kennen een defectueus en regressief levenspatroon en contact met een hulpverlener geeft vaak onvoldoende progressie op het vlak van functioneren, waardoor een substantieel deel na verloop van tijd afhaakt bij de geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen en enkel af en toe nog de huisarts raadpleegt. Daarom wordt er ook expliciet

leur médecin généraliste occasionnellement. C'est également la raison pour laquelle il a été choisi explicitement de confier l'évaluation de la circularité du fonctionnement psychique et social au médecin généraliste.

gekozen om de huisarts de circulariteit van het psychisch en maatschappelijk functioneren te laten beoordelen.

Els Van Hoof (CD&V)