

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

22 januari 2025

WETSVOORSTEL

tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, 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

(ingediend door mevrouw Els Van Hoof)

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

22 janvier 2025

PROPOSITION DE LOI

modifiant l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, § 16bis, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue d'octroyer le statut affection chronique et le droit à un forfait malades chroniques aux patients souffrant d'un trouble psychiatrique grave

(déposée par Mme Els Van Hoof)

SAMENVATTING

De financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België kent vele gebreken en is veel te beperkt, in het bijzonder omdat er tussen armoede en geestelijke gezondheid een wederkerige, oorzakelijke wisselwerking bestaat.

De doelstelling van dit wetsvoorstel bestaat er enerzijds in om een bijkomend criterium voor de toekenning van het statuut van chronisch zieke in te voeren, dat specifiek betrekking heeft op patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Anderzijds wordt voorzien in een uitbreiding van de criteria voor de toekenning van het forfait "Personen met een chronische aandoening" tot psychologische en psychotherapeutische zorg.

RÉSUMÉ

Le financement des soins de santé mentale en Belgique présente de nombreuses lacunes et est beaucoup trop limité, d'autant plus qu'il existe une interaction causale réciproque entre la pauvreté et la santé mentale.

Cette proposition de loi vise, d'une part, à introduire un critère supplémentaire pour l'octroi du statut de malade chronique qui concerne spécifiquement les patients souffrant d'un trouble psychiatrique grave. D'autre part, elle prévoit une extension des critères d'octroi du forfait "Personnes atteintes d'une affection chronique" aux soins psychologiques et psychothérapeutiques.

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

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit wetsvoorstel neemt, met een aantal aanpassingen, de tekst over van wetsvoorstel DOC 55 2156/001.

De financiële situatie van een persoon kan een grote impact hebben op zijn gezondheid. Er bestaat overvloedig onderzoek dat het verband tussen de sociaal-economische status en de gezondheidsstatus aantoont. Enerzijds kunnen het inkomen en het opleidingsniveau van een persoon zijn toegang tot de gezondheidszorg beïnvloeden, anderzijds is de gezondheidstoestand van invloed op de mogelijkheden om inkomen te genereren en het vermogen om actief te zijn op de arbeidsmarkt. Dat is dan ook de reden waarom personen met een slechte gezondheid oververtegenwoordigd zijn in bevolkingsgroepen met een lager inkomen of inactief zijn op de arbeidsmarkt¹.

Een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) van december 2020 toont bovendien aan dat het aantal mensen dat medische zorg uitstelt om financiële redenen verviervoudigd is op acht jaar tijd, omdat zij een keuze moeten maken tussen basisbehoeften en gezondheidszorg².

Ook tussen armoede en geestelijke gezondheid bestaat een wederkerige, oorzakelijke wisselwerking. Enerzijds kan opgemerkt worden dat mechanismen zoals angst en onzekerheid over de financiële situatie, een verminderde lichamelijke gezondheid, schaamte, sociale isolatie en trauma-gerelateerde effecten een negatieve impact hebben op de geestelijke gezondheid³. Anderzijds beïnvloedt de mentale instabiliteit ook de financiële situatie door factoren zoals een aangetaste cognitieve functie, maar ook een gebrek aan motivatie, vermoeidheid en concentratieproblemen, wat leidt tot een verminderde capaciteit om te werken. Daarnaast hebben ook hoge gezondheidskosten en sociaal stigma een effect op de financiële situatie.⁴ Daar komt ook nog eens het effect van de COVID-19-pandemie bij. Een dergelijke gezondheidscrisis treft mensen die in armoede leven vaak disproportioneel, onder meer door een grotere kans op het verlies van werk en inkomen als gevolg van

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reprend, en l'adaptant le texte de la proposition DOC 55 2156/001.

La situation financière d'une personne peut avoir un impact considérable sur sa santé. D'innombrables études montrent le lien entre le statut socioéconomique et le statut sanitaire. Si, d'une part, les revenus et le niveau d'éducation d'une personne peuvent influencer son accès aux soins de santé, d'autre part, l'état de santé influe à son tour sur les possibilités de générer un revenu et la capacité d'être actif sur le marché du travail. C'est la raison pour laquelle les personnes en mauvaise santé sont surreprésentées dans les groupes de population dont les revenus sont plus faibles ou qui sont inactifs sur le marché du travail¹.

Un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de décembre 2020 montre en outre que le nombre de personnes qui reportent des soins médicaux pour des raisons financières a quadruplé en huit ans, étant donné qu'elles doivent choisir entre les besoins de base et les soins de santé².

Il existe également une interaction causale réciproque entre la pauvreté et la santé mentale. D'une part, il peut être fait observer que des mécanismes tels que l'anxiété et l'incertitude à propos de la situation financière, une santé physique diminuée, la honte, l'isolement social et des effets liés au traumatisme ont un impact négatif sur la santé mentale³. D'autre part, l'instabilité mentale influence également la situation financière au travers de facteurs comme une fonction cognitive altérée, mais également un manque de motivation, la fatigue et des problèmes de concentration, ce qui induit une capacité réduite à travailler. En outre, des frais de santé élevés et la stigmatisation sociale ont également un effet sur la situation financière.⁴ À cela s'ajoute également l'effet de la pandémie de COVID-19. Une telle crise sanitaire touche souvent de manière disproportionnée les personnes qui vivent dans la pauvreté, notamment en raison d'un risque accru de perte d'emploi et de revenu lié à la

¹ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, "Health system performance assessment: how equitable is the Belgian health system?", december 2020, 25.

² Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, "De performantie van het Belgische gezondheidssysteem: evaluatie van de billijkheid" (synthese), december 2020, 19.

³ Matthew Ridley, Gautam Rao, Frank Schilbach en Vikram Patel, "Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms", *Science* (december 2020) Vol. 370 nr. 6522, 3-5.

⁴ *Ibid.*, 5-7.

¹ Centre fédéral d'expertise des soins de santé, "Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité?", décembre 2020, 25.

² Centre fédéral d'expertise des soins de santé, "Performance du système de santé belge: Évaluation de l'équité?" (synthèse), décembre 2020, 19.

³ Matthew Ridley, Gautam Rao, Frank Schilbach en Vikram Patel, "Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms", *Science* (décembre 2020) Vol. 370 n° 6522, 3-5.

⁴ *Ibid.*, 5-7.

morbiditeit, wat, zoals hierboven aangegeven wordt, ook zijn weerslag heeft op de geestelijke gezondheid⁵.

Die vicieuze cirkel tussen armoede en geestelijke gezondheidszorg, en de daaruit volgende *treatment gap*, is niet enkel in België een probleem. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) pleit in haar “*Special Initiative for mental health (2019-2023)*”⁶ voor de hoogste zorgstandaarden voor alle personen met psychische problemen. De WGO stelt dat het uitstellen of niet verkrijgen van psychiatrische zorg een bedreiging is voor de volksgezondheid. Het is namelijk zo dat mensen met onvoldoende behandelde psychische problemen op het werk uitvallen, hun sociale contacten verliezen en afhankelijk worden.

Dat de financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België vele gebreken kent en bovendien veel te beperkt is⁷, heeft grote gevolgen voor patiënten met een psychische aandoening die het financieel niet breed hebben. Uit het bovenvermelde rapport van het KCE blijkt bijvoorbeeld dat het aantal ziekenhuisopnames in een psychiatrisch ziekenhuis 58 % hoger was dan verwacht in de groep met de laagste inkomens, terwijl dat aantal juist 37 % lager was in de groep met de hoogste inkomens⁸. De reden daarvoor is dat het vaak voordeliger is om opgenomen te worden dan om het totaalpakket van ambulante behandelingen te bekostigen. Zeker voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is het vaak niet haalbaar om de noodzakelijke ambulante zorg te bekostigen. Dat betekent echter dat personen die zouden kunnen baat hebben bij een behandeling in ambulante setting gedwongen zijn om zich te laten opnemen om financiële redenen, wat overigens een veel grotere kostprijs voor de samenleving met zich meebrengt.

Dit alles toont aan dat de gebrekkige financiering van de geestelijke gezondheidszorg personen met een lager inkomen duidelijk discrimineert en bovendien bijdraagt tot de financiële moeilijkheden, wat dan weer een negatief effect heeft op de geestelijke gezondheid. Er is dus duidelijk sprake van een vicieuze cirkel tussen armoede en mentale gezondheidsproblemen.

maladie, ce qui a également un incidence sur la santé mentale, tel que cela a été signalé ci-dessus⁵.

Le problème de ce cercle vicieux entre pauvreté et soins de santé mentale, et le défaut de traitement (*treatment gap*) qui en découle, ne se pose pas uniquement en Belgique. Dans sa publication “*Special Initiative for mental health (2019-2023)*”⁶, l’Organisation mondiale de la santé (OMS) plaide en faveur des normes de soins les plus élevées pour toutes les personnes souffrant de problèmes psychiques. L’OMS indique que le report ou la non-réception de soins psychiatriques constitue une menace pour la santé publique. En effet, les personnes dont les problèmes psychiques ne sont pas suffisamment traités décrochent au travail, perdent leurs contacts sociaux et deviennent dépendants.

Le fait qu’en Belgique, le financement des soins de santé mentale présente d’importantes lacunes et est en outre bien trop limité⁷ a des conséquences importantes pour les patients qui souffrent d’une affection psychique et qui ont des difficultés financières. Le rapport précité du KCE montre, par exemple, que le groupe des personnes ayant les plus bas revenus comptait 58 % d’admissions de plus que prévu dans un hôpital psychiatrique, alors que le groupe de personnes ayant les plus hauts revenus en comptait 37 % de moins⁸. Cette différence s’explique par le fait qu’il est souvent plus avantageux de se faire hospitaliser que de financer l’ensemble des traitements ambulatoires. Les patients souffrant d’un trouble psychiatrique grave (TPG) ne sont assurément pas souvent en mesure de s’offrir les soins ambulatoires nécessaires. Cela signifie que ceux à qui un traitement ambulatoire pourrait être bénéfique sont contraints de se faire hospitaliser pour des raisons financières, ce qui engendre par ailleurs un coût bien plus important pour la société.

Tous ces exemples montrent qu’un financement insuffisant des soins de santé mentale discrimine clairement les personnes à faibles revenus et aggrave en outre les difficultés financières, ce qui produit à son tour un effet négatif sur la santé mentale. Il s’agit donc clairement d’un cercle vicieux entre la pauvreté et les problèmes de santé mentale.

⁵ *Ibid.*, 7-8.

⁶ Zie Wereldgezondheidsorganisatie, “*Special initiative for mental health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health*”, 2019.

⁷ Zo wordt in België slechts een kleine 6 % van het federale gezondheidsbudget geïnvesteerd in geestelijke gezondheidszorg.

⁸ Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, “*Health system performance assessment: how equitable is the Belgian health system?*”, december 2020, 20.

⁵ *Ibid.*, 7-8.

⁶ Cf. Organisation mondiale de la Santé, “*Special initiative for mental health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health*”, 2019.

⁷ Ainsi, la Belgique consacre à peine 6 % du budget fédéral de la santé aux soins de santé mentale.

⁸ Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé, “*Health system performance assessment: how equitable is the Belgian health system?*”, 20 décembre 2020.

Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA)

Dit wetsvoorstel richt zich op de groep patiënten met de grootste zorgnoden in de geestelijke gezondheidszorg, namelijk de personen met een ernstige psychiatrische aandoening. Die patiënten behoren tot de meest kwetsbare groep van armen in de samenleving. Zij zijn weinig zichtbaar en krijgen daardoor te weinig aandacht in de zorg. Het is nochtans geen kleine groep: het aantal wordt geschat op 1,5 % van de bevolking, of ongeveer 165 000 mensen in België.

Er bestaat op heden echter nog geen eenduidige definitie of afbakening van deze groep patiënten, maar er zijn toch een aantal indicatoren die tot een definitie kunnen bijdragen.

De meest voor de hand liggende omschrijving van deze groep patiënten kan toegerekend worden aan professor Philippe Delespaul e.a. in een artikel van 2013, waarin zij voorstellen om mensen tot de groep met EPA te rekenen wanneer voldaan is aan volgende cumulatieve voorwaarden⁹:

— er is sprake van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt en niet in symptomatische remissie is;

— en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat en niet in functionele remissie is. Dit komt overeen met een lage GAF-score (*Global Assessment of Functioning*) van 50 of minder;

— en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van een psychiatrische stoornis;

— en niet van voorbijgaande aard is: de stoornis is structureel en duurt ten minste enkele jaren;

— en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

In dit artikel wordt bovendien aangegeven dat de groep van EPA niet beperkt kan worden tot bepaalde psychiatrische diagnoses, alhoewel het wel zo is dat bepaalde psychiatrische aandoeningen bijna uitsluitend of toch vaak bij EPA voorkomen, zoals bijvoorbeeld

⁹ Philippe Delespaul en de consensusgroep EPA, "Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland", *Tijdschrift voor Psychiatrie* (2013), Vol. 55, nr. 6, 429-430.

Patients souffrant d'un trouble psychiatrique grave (TPG)

La présente proposition de loi cible le groupe de patients ayant les plus grands besoins en termes de soins de santé mentale, à savoir les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique grave. Ces patients appartiennent au groupe le plus vulnérable de personnes précarisées de la société. Ils sont peu visibles et bénéficient dès lors de trop peu d'attention dans le cadre des soins. Ce groupe est pourtant loin d'être insignifiant, puisqu'il représenterait 1,5 % de la population, soit quelque 165 000 personnes en Belgique.

Cependant, il n'existe actuellement pas encore de définition ou de délimitation univoque de ce groupe de patients, même si plusieurs indicateurs peuvent contribuer à le définir.

La description la plus évidente de ce groupe de patients peut être attribuée au professeur Philippe Delespaul *et al.* dans un article de 2013, où ils proposent de ranger les personnes dans la catégorie "TPG" lorsqu'il est satisfait cumulativement aux conditions suivantes⁹:

— il est question d'un trouble psychiatrique, qui nécessite des soins/un traitement et qui n'est pas en rémission symptomatique;

— qui s'accompagne de limitations graves du fonctionnement social et/ou sociétal et qui n'est pas en rémission fonctionnelle, ce qui correspond à un faible score EGF (*Échelle d'évaluation globale du fonctionnement*) de 50 ou moins;

— pour lequel la limitation est la cause et la conséquence d'un trouble psychiatrique;

— qui n'est pas de nature passagère: le trouble est structurel et dure depuis au moins plusieurs années;

— et pour lequel des soins coordonnés prodigués par des professionnels de la santé dans des réseaux de soins sont indiqués pour mettre en œuvre le plan de traitement.

L'article précise en outre que le groupe des TPG ne peut se limiter à des diagnostics psychiatriques déterminés, bien que certains troubles psychiatriques sont exclusivement, ou du moins, souvent liés aux TPG, comme la schizophrénie, les troubles de la personnalité

⁹ Philippe Delespaul en de consensusgroep EPA, "Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland", *Tijdschrift voor Psychiatrie* (2013), Vol. 55, n° 6, 429-430.

schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Verslavingen zoals druggebruik en alcoholmisbruik gaan soms gepaard met deze aandoeningen, wat verslavingszorg ook belangrijk maakt in het kader van de zorgnoden van patiënten met EPA¹⁰.

Dr. Kirsten Catthoor omschrijft een patiënt met een ernstige psychiatrische aandoening als “een patiënt die een psychiatrisch ziektebeeld vertoont dat nooit spontaan verdwijnt, en ook niet beter wordt met een eenvoudige, specifieke en lineaire behandeling in de geestelijke gezondheidszorg.” Zij stelt dat de specifieke psychopathologie van deze patiënten leidt naar een disfunctioneren op verschillende levensdomeinen, en dat andersom het disfunctioneren op verschillende levensdomeinen aanleiding geeft tot psychopathologie¹¹. Er is dus duidelijk sprake van een wisselwerking tussen de psychiatrische aandoening en het sociaal functioneren van de betrokkene, zoals ook al bleek uit de omschrijving door professor Delespaul e.a.

Om deze definities te operationaliseren om een duidelijke afbakening in de wetgeving mogelijk te maken, is het raadzaam om met vaak gebruikte instrumenten in het kader van geestelijke gezondheidszorg te werken, zoals de DSM-5, de ICD-10 en de GAF-score.

DSM-5 is een afkorting van *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Het betreft een Amerikaans classificatiesysteem voor psychische aandoeningen in de vorm van een handleiding die bestemd is voor alle zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg. DSM-5, gepubliceerd in 2013, is de meest recente versie van deze handleiding.

De *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), daarentegen, wordt bijgehouden door de Wereldgezondheidsorganisatie en is de basis voor de identificatie van gezondheidstrends en -statistiek wereldwijd, en de internationale standaard voor de rapportage van ziekten en gezondheidsaandoeningen. Het is de diagnostische classificatiestandaard voor alle klinische en onderzoeksdoeleinden. De ICD definieert het universum van ziekten, aandoeningen, letsels en andere verwante gezondheidstoestanden, opgesomd in een uitgebreide, hiërarchische lijst. In tegenstelling tot de DSM, is deze lijst niet enkel beperkt tot psychiatrische diagnoses. De ICD-10 is de tiende editie. Er werd reeds een elfde editie gepubliceerd door de

et les troubles envahissants du développement. Des assuétudes comme la consommation de stupéfiants et l'abus d'alcool accompagnent parfois ces troubles, de sorte qu'il est également important de soigner l'assuétude dans le cadre des besoins de soins des patients souffrant d'un TPG¹⁰.

La docteure Kirsten Catthoor définit le patient souffrant d'un trouble psychiatrique grave comme “un patient présentant un syndrome psychiatrique qui ne disparaît jamais spontanément et qui ne s'atténue pas à la suite d'un traitement de santé mentale unique, spécifique et linéaire” (traduction). Elle considère que la psychopathologie spécifique de ces patients entraîne un dysfonctionnement dans différents domaines de la vie et qu'inversement, le dysfonctionnement dans différents domaines de la vie engendre une psychopathologie.¹¹ Il y a donc une interaction manifeste entre le trouble psychiatrique et le fonctionnement social de l'intéressé, ainsi qu'il ressort également de la définition donnée par le professeur Delespaul et al.

Pour pouvoir utiliser concrètement ces définitions de façon à fixer un cadre clair dans la législation, il s'indique de se baser sur des instruments de santé mentale couramment utilisés tels que le DSM-5, la CIM-10 et l'EGF.

Le DSM-5 désigne le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Il s'agit d'un système de classification américain des troubles psychiques établi sous la forme d'un manuel et destiné à l'ensemble des prestataires de soins de santé mentale. Le DSM-5, qui a été publié en 2013, est la version la plus récente de ce manuel.

Par ailleurs, la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM), qui est tenue à jour par l'Organisation mondiale de la santé, constitue la base de l'identification des tendances et des statistiques sanitaires à l'échelle mondiale, ainsi que la norme internationale applicable au signalement des maladies et des pathologies. Il s'agit de la norme de classification diagnostique utilisée pour tous les objectifs cliniques et de recherche. La CIM définit l'univers des maladies, des affections, des lésions et des autres problèmes de santé connexes, qui sont répertoriés dans une liste hiérarchisée et détaillée. Contrairement au DSM, cette liste n'est pas limitée aux diagnostics psychiatriques. La CIM-10 est la dixième édition de cette

¹⁰ Ibid., 430.

¹¹ Zie Kirsten Catthoor, “De inclusie van EPA-patiënten in mobiele teams, in het kader van de Artikel 107-hervorming: de visie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie”, 16 februari 2021, geraadpleegd via <https://vvponline.be/nieuws.php?news=126&year=2020>.

¹⁰ Ibid., 430.

¹¹ Voir Kirsten Catthoor, “De inclusie van EPA-patiënten in mobiele teams, in het kader van de Artikel 107-hervorming: de visie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie”, 16 février 2021, consulté via le lien <https://vvponline.be/nieuws.php?news=126&year=2020>.

Wereldgezondheidsorganisatie, maar die treedt slechts op 1 januari 2022 in werking.

De GAF-score, waar ook naar verwezen werd in de definitie aangereikt door Delespaul e.a. met betrekking tot het sociaal functioneren van een patiënt, is een afkorting van *Global Assessment of Functioning*. De GAF is onderdeel van de DSM-IV, die, behalve een codering van de psychiatrische hoofd-en nevendiagnose(s), ook vraagt aan te geven welke lichamelijke en/of maatschappelijke problemen eventueel bijkomend van invloed zijn op de problematiek van de patiënt en diens behandeling en een algemene beoordeling te geven van de mate waarin de psychopathologie van de patiënt diens psychosociaal functioneren beïnvloedt. De GAF-score geeft op een schaal van 1 tot 100 aan in welke mate het psychosociale functioneren van de patiënt verstoord wordt door psychopathologische symptomen.

Financiële drempels voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

Een paper van 2019 toont aan dat patiënten met financiële problemen meestal ernstigere psychiatrische symptomen vertonen, waaronder depressieve symptomen, emotionele labiliteit en interpersoonlijke problemen.¹²

Uit die paper blijkt bovendien dat uitstel van lichamelijke gezondheidszorg ook vaak voorkomt bij personen met een ernstige psychiatrische aandoening. Het is algemeen bekend dat personen met EPA een verhoogde morbiditeit en mortaliteit hebben, maar voor zij die in armoede leven, komt daar ook nog eens bij dat zij problemen hebben om aan hun basisbehoeften op het gebied van voeding, medicatie en veiligheid te voldoen, wat uiteraard de drempels voor adequate gezondheidszorg nog vergroot¹³.

De conclusie van deze paper is dan ook dat een groot deel van deze kwetsbare mensen moeite heeft om zelfs de allernoodzakelijkste zaken te verkrijgen, en dat de ervaring van financiële problemen samenhangt met een groter stigma (waaronder ook een verhoogd zelfstigma ten gevolge van marginalisering door financiële tegenspoed), grotere barrières voor zorg en een

classification. Une onzième édition a déjà été publiée par l'Organisation mondiale de la santé, mais elle n'entrera en vigueur que le 1^{er} janvier 2022.

L'abréviation EGF, qui est également citée dans la définition donnée par Delespaul *et al.* concernant le fonctionnement social du patient, désigne l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement. L'EGF fait partie du DSM-IV, qui recommande non seulement d'encoder le ou les diagnostics psychiatriques principaux et secondaires, mais aussi d'indiquer les problèmes physiques et/ou sociaux qui contribuent éventuellement à influencer l'état du patient et son traitement, et de fournir une évaluation générale de la mesure dans laquelle la psychopathologie du patient influence son fonctionnement psychosocial. L'EGF indique, sur une échelle numérique allant de 1 à 100, dans quelle mesure le fonctionnement psychosocial du patient est perturbé par des symptômes psychopathologiques.

Obstacles financiers rencontrés par les patients souffrant d'un trouble psychiatrique grave

Un article publié en 2019 révèle que les patients confrontés à des problèmes financiers présentent généralement des symptômes psychiatriques plus graves, notamment des symptômes dépressifs, une certaine instabilité émotionnelle et des problèmes interpersonnels.¹²

Il ressort également de cet article que les personnes souffrant d'un trouble psychiatrique grave ont souvent tendance à postposer les soins de santé physique. On sait que les personnes souffrant d'un TPG présentent un taux plus élevé de morbidité et de mortalité, mais la situation des personnes qui vivent dans la pauvreté est encore aggravée par le fait qu'elles éprouvent également des difficultés à satisfaire leurs besoins fondamentaux en matière d'alimentation, de médicaments et de sécurité, ce qui complique encore l'accès à des soins de santé adéquats.¹³

Cet article conclut dès lors qu'une grande partie de cette population vulnérable éprouve des difficultés à obtenir ne fût-ce que les produits de première nécessité et que l'expérience de difficultés financières est associée à une plus grande stigmatisation (y compris une plus grande autostigmatisation en raison de la marginalisation due aux difficultés financières), à des

¹² Zie Stanislav Spivak, Bernadette Cullen, William W. Eaton, Katrina Rodriguez en Ramin Mojtabai, "Financial hardship among individuals with serious mental illness", 2019, *Psychiatry Research* (2019), Vol. 282, 1-5.

¹³ *Ibid.*, 3-4.

¹² Voir Stanislav Spivak, Bernadette Cullen, William W. Eaton, Katrina Rodriguez et Ramin Mojtabai, "Financial hardship among individuals with serious mental illness", 2019, *Psychiatry Research* (2019), Vol. 282, 1-5.

¹³ *Ibid.*, 3-4.

zwaardere last van psychische aandoeningen. Het is niet ongebruikelijk dat deze strijd voortduurt, zelfs nadat mensen in behandeling zijn gegaan en blijven in de geestelijke gezondheidszorg.¹⁴

Tijdens de tweede Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg op 20 maart 2021 werd door de Werkgroep Armoede hier ook nog eens bijzondere aandacht voor gevraagd. Zij gaven aan dat de specifieke noden van alle psychisch kwetsbare personen, maar dan vooral van de EPA-groep, nog steeds systematisch genegeerd worden. Bovendien is het ook zo dat de crisis ten gevolge van de COVID-19-pandemie de situatie van die patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening nog verergerd heeft. Het is namelijk zo dat deze crisis heeft geleid tot hervat bij vele EPA-patiënten door onder meer een toegenomen eenzaamheid en sociaal isolement, wat tot een stijging in middelenmisbruik geleid heeft, maar ook door de bevreemdende, bedreigende en beangstigende aspecten van het virus die de psychoses en de obsessief-compulsieve klachten fors deden toenemen.¹⁵

Wij zagen dat er verschillende innovatieve technologische middelen geïmplementeerd werden om toch therapie in de geestelijke gezondheidszorg mogelijk te maken. Dat heeft uiteraard vele voordelen, maar geeft anderzijds ook aanleiding tot een nog grotere sociale ongelijkheid tussen patiënten met een hoger en een lager inkomen. Het is ook zo dat EPA-patiënten vaak niet over de middelen beschikken om een beroep te kunnen doen op die technologische vormen van therapie. Daarenboven is het ook zo dat er bij deze groep van patiënten vaak sprake is van digitaal analfabetisme door een combinatie van cognitieve problemen, een beperkte opleiding en financiële tekorten.

Dat betekent dus in de praktijk dat een groot deel van de EPA-patiënten zorg is tekortgekomen tijdens de crisis. Bovendien heeft het hervat ten gevolge van de pandemie geleid tot een toename van gedwongen en vrijwillige opnames in psychiatrische ziekenhuizen, maar ook tot sancties wegens het niet-begrijpen en dus niet-naleven van de maatregelen, tot uithuiszettingen en zelfs tot dakloosheid¹⁶. De coronacrisis heeft zo de wisselwerking tussen geestelijke gezondheidsproblemen en armoede nog maar eens uitvergroot en bekrachtigd.

obstacles plus importants à l'accès aux soins et à des troubles psychiques plus lourds. Il n'est pas rare que ces difficultés perdurent même après le début et pendant la poursuite d'un traitement de santé mentale.¹⁴

Lors des deuxièmes États-généraux de la santé mentale du 20 mars 2021, le groupe de travail Pauvreté a une nouvelle fois attiré l'attention sur cette problématique, soulignant que les besoins spécifiques de toutes les personnes psychologiquement vulnérables, et en particulier de celles qui souffrent d'un TPG, restent encore systématiquement ignorés. Par ailleurs, il est également vrai que la crise consécutive à la pandémie de COVID-19 a encore aggravé l'état des patients souffrant d'un trouble psychiatrique grave. Pour bon nombre d'entre eux, cette crise a en effet entraîné une rechute, notamment en accentuant la solitude et l'isolement social, ce qui a conduit à une augmentation de l'abus de médicaments, mais on pointera également les aspects aliénants, menaçants et angoissants du virus, qui ont entraîné une augmentation sensible des psychoses et des troubles obsessionnels compulsifs.¹⁵

Nous avons vu que différents moyens technologiques innovants ont été mis en œuvre pour pouvoir malgré tout assurer un travail thérapeutique en matière de santé mentale. Si ces moyens technologiques présentent évidemment de nombreux avantages, ils renforcent par ailleurs encore l'inégalité sociale entre les patients qui disposent de revenus plus élevés et ceux qui disposent de revenus plus faibles. Il est un fait également que les patients souffrant d'un TPG n'ont souvent pas les moyens de recourir à ces formes technologiques de thérapie. En outre, ce groupe de patients présente souvent une forme d'analphabétisme numérique, qui résulte de la combinaison de problèmes cognitifs, d'une formation limitée et d'un manque de moyens financiers.

Concrètement, cela signifie donc qu'une grande partie des patients souffrant d'un TPG n'ont pas bénéficié de soins suffisants pendant la crise. En outre, la rechute provoquée par la pandémie a conduit à une augmentation des admissions forcées et volontaires en hôpital psychiatrique, mais aussi à des sanctions pour non-compréhension et donc non-respect des mesures prescrites, à des expulsions et même à des situations de sans-abrisme¹⁶. La crise du coronavirus a donc une fois de plus confirmé et amplifié l'interaction entre les problèmes de santé mentale et la pauvreté.

¹⁴ *Ibid.*, 4.

¹⁵ Zie Staten Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg, Werkgroep "Arm maakt ziek en ziek maakt arm", maart 2021.

¹⁶ Zie Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg, Werkgroep "Arm maakt ziek en ziek maakt arm", maart 2021.

¹⁴ *Ibid.*, 4.

¹⁵ Voir États-généraux de la santé mentale, groupe de travail "Pauvre rend malade et malade rend pauvre", mars 2021.

¹⁶ Voir États-généraux de la santé mentale, groupe de travail "Pauvre rend malade et malade rend pauvre", mars 2021.

Het statuut van chronische aandoening voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening

Al in het noodprogramma van de eerste Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg van 2019 werd gepleit voor financiële aanpassingen om het voor personen met een psychische kwetsbaarheid mogelijk te maken om zich te bevrijden uit de vicieuze cirkel van ziekte en armoede. Een van de doelstellingen hierbij was een gelijkwaardige financiële behandeling van alle patiënten met een chronische ziekte, zowel in de somatische geneeskunde als in de psychiatrie¹⁷.

Concreet werd gedurende de tweede Staten-Generaal van 20 maart 2021 door de Werkgroep Armoede aanbevolen om het statuut “personen met een chronische aandoening”, bedoeld in artikel 37*vicies*/1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (“GVU-wet”) en geregeld bij het koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van dit artikel, te hervormen, zodat ook EPA-patiënten vlot toegang zouden kunnen hebben tot het statuut. Het statuut geeft patiënten namelijk de mogelijkheid om te genieten van bepaalde maatregelen, zoals de derdebetalersregeling en een verlaging van het plafond voor de maximumfactuur.

Het statuut van chronisch zieke kan op heden toegekend worden op basis van een van de volgende criteria:

1. op grond van een financieel criterium: dit houdt in dat het statuut voor een bepaald kalenderjaar toegekend kan worden indien de betrokkene gedurende de twee voorafgaande kalenderjaren per kwartaal gedurende acht opeenvolgende kwartalen ten minste een bepaald forfaitair bedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging had;

2. op grond van het genot van de forfaitaire toelage voor rechthebbenden: dit houdt in dat gedurende het voorgaande kalenderjaar aan de voorwaarde voldaan moest zijn om dit chronisch forfait te genieten;

3. op grond van een zeldzame ziekte of weesziekte: ook op basis van dit criterium kan het statuut slechts verkregen worden na uitgaven voor geneeskundige verzorging te hebben gedurende de voorafgaande twee kalenderjaren.

Zoals hierboven werd uiteengezet, hebben EPA-patiënten vaak al een zeer precaire financiële situatie door hun aandoening, waardoor het zeer moeilijk is voor hen om hoge ziektekosten acht opeenvolgende

¹⁷ Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheidszorg, “Noodprogramma: Eisen geestelijke gezondheidszorg aan politieke partijen en volgende regeringen”, maart 2019, 12.

Statut affection chronique pour les patients souffrant d'un trouble psychiatrique grave

Dans le programme d'urgences des premiers États-généraux de la santé mentale, en 2019, des ajustements financiers avaient déjà été préconisés en vue de permettre aux personnes psychiquement vulnérables de sortir du cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté. L'un des objectifs était notamment d'obtenir une égalité de traitement financier pour tous les patients atteints d'une maladie chronique, tant en médecine somatique qu'en psychiatrie¹⁷.

Concrètement, lors des deuxièmes États-généraux, qui se sont tenus le 20 mars 2021, le groupe de travail Pauvreté a recommandé de réformer le statut “affection chronique”, visé à l'article 37*vicies*/1 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (“loi SSI”) et réglementé par l'arrêté royal du 15 décembre 2013 portant exécution de cet article, afin que les patients souffrant d'un TPG puissent également avoir facilement accès à ce statut. Celui-ci permet en effet aux patients de bénéficier de certaines mesures, comme le régime du tiers payant et la réduction du plafond MAF (maximum à facturer).

À l'heure actuelle, le statut affection chronique peut être octroyé sur la base de l'un des critères suivants:

1. sur la base du critère financier: le statut peut être octroyé pour une année civile déterminée au bénéficiaire qui a totalisé un certain montant forfaitaire minimum de dépenses de santé par trimestre civil, durant 8 trimestres consécutifs au cours des deux années civiles précédentes;

2. sur la base du bénéfice de l'allocation forfaitaire: le statut est octroyé lorsque la condition de bénéficiaire de l'allocation forfaitaire a été satisfaite durant l'année civile précédente;

3. sur la base du critère de la maladie rare ou orpheline: pour ce critère également, le statut ne peut être obtenu que si le bénéficiaire a engagé un certain montant de dépenses de santé au cours des deux années civiles précédentes.

Comme expliqué ci-dessus, les patients souffrant d'un TPG ont souvent déjà une situation financière très précaire en raison de leur affection, de sorte qu'ils ont beaucoup de mal à supporter des frais médicaux

¹⁷ États-généraux de la santé mentale, “Noodprogramma: Eisen geestelijke gezondheidszorg aan politieke partijen en volgende regeringen”, mars 2019, 12.

kwartalen lang zelf te kunnen dragen. Dat leidt dan tot uitstel van zorg, waardoor de patiënt niet voldoet aan deze voorwaarde van het eerste criterium of het derde criterium. Ook de voorwaarde van het tweede criterium, namelijk de toekenning op basis van het genot van de forfaitaire toelage, biedt weinig soelaas aangezien deze patiënten niet expliciet opgenomen zijn in de lijst van rechthebbenden en er onvoldoende rekening gehouden wordt met afhankelijkheid ten gevolge van een psychische aandoening bij de voorwaarde in artikel 2,2), van het koninklijk besluit van 2 juni 1998. Bovendien is de duur van het statuut op basis van dit criterium te kort en zijn de voorwaarden voor toekenning te arbitrair om tegemoet te komen aan de medische en sociale situatie van de patiënt ten gevolge van de ernstige psychiatrische aandoening.

De doelstelling van dit wetsvoorstel bestaat er dan ook in om een bijkomend criterium voor de toekenning van het statuut van chronisch zieke in te schrijven dat specifiek betrekking heeft op patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Door er geen voorwaarde van hoge ziektekosten die acht opeenvolgende kwartalen gedragen moeten worden door de rechthebbende aan te koppelen, speelt dit veel meer in op de realiteit van de EPA-patiënt.

Een bijkomende aanbeveling van de Werkgroep was om de criteria voor de toekenning van het forfait "Personen met een chronische aandoening", zoals bepaald in artikel 37, § 16*bis* van de GVV-wet en geregeld bij het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van dit artikel, aan te passen aan EPA-patiënten. Het bedrag wordt jaarlijks toegekend aan chronisch zieken die sterk afhankelijk zijn van anderen. Het bedrag kan naargelang de afhankelijkheid oplopen tot bijna 650 euro op jaarbasis.

De doelstelling van dit wetsvoorstel bestaat er dan ook in om aan beide aanbevelingen tegemoet te komen door in het koninklijk besluit dat betrekking heeft op het chronisch forfait een bijkomend criterium voor patiënten met een ernstige aandoening in te schrijven. Dit geeft namelijk ook automatisch recht op het statuut van personen met een chronische aandoening en de bijhorende voordelen.

Wij hopen door deze aanpassing het ook mogelijk te maken voor deze kwetsbare groep patiënten om hun financiële moeilijkheden te kunnen beperken en zo de vicieuze cirkel tussen armoede en geestelijke gezondheidsproblemen te doorbreken.

élevés pendant huit trimestres consécutifs. Ils décident alors de reporter les soins, et ne remplissent dès lors pas cette condition du premier ou du troisième critère. La condition du deuxième critère, à savoir l'octroi sur la base du bénéfice de l'allocation forfaitaire, n'est pas non plus d'une grande aide, puisque ces patients ne sont pas explicitement repris dans la liste des bénéficiaires et que la dépendance due à un trouble psychique n'est pas suffisamment prise en compte dans la condition prévue à l'article 2,2) de l'arrêté royal du 2 juin 1998. En outre, la durée du statut fondé sur ce critère est trop courte et les conditions de son octroi sont trop arbitraires pour répondre à la situation médicale et sociale du patient à la suite de son trouble psychiatrique grave.

L'objectif de la présente proposition de loi est donc d'introduire un critère supplémentaire pour l'octroi du statut de malade chronique qui concerne spécifiquement les patients souffrant d'un trouble psychiatrique grave. Étant donné que la condition de la prise en charge, par le bénéficiaire, de frais médicaux élevés pendant huit trimestres consécutifs n'y a pas été ajoutée, ce critère répond beaucoup mieux à la réalité du patient souffrant d'un TPG.

Une recommandation supplémentaire du Groupe de travail était d'adapter les critères d'octroi du forfait "Personnes atteintes d'une affection chronique", tel que prévu à l'article 37, § 16*bis*, de la loi SSI et réglé par l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de cet article, aux patients souffrant d'un TPG. Ce montant est octroyé chaque année aux malades chroniques très dépendants d'autrui. Selon le degré de dépendance, ce montant peut s'élever à près de 650 euros par an.

L'objectif de cette proposition de loi est donc de répondre à ces deux recommandations en insérant un critère supplémentaire pour les patients atteints d'un trouble psychiatrique grave dans l'arrêté royal relatif au forfait chronique. En effet, cela leur permet également de bénéficier automatiquement du statut de personne atteinte d'une affection chronique et des avantages qui y sont liés.

Nous espérons que ces modifications permettront aussi de réduire les difficultés financières de ce groupe de patients vulnérables et de briser ainsi le cercle vicieux entre pauvreté et problèmes de santé mentale.

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Artikel 2

Er wordt een definitie van “een ernstige psychiatrische aandoening” ingevoegd in artikel 1 van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Wat belangrijk is bij het definiëren van deze groep patiënten, is dat er al gedurende twee kalenderjaren een psychiatrische aandoening gediagnosticeerd moet worden om een chronisch verloop van de aandoening aan te tonen, en dat deze aandoening gebaseerd is op een diagnose zoals bepaald in de DSM-5 of de ICD-10.

Eenzelfde hoofddiagnose conform DMS-5 terminologie of ICD-10 terminologie hoeft echter 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.

Aangezien in de literatuur omtrent patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening ook gewezen wordt op de wisselwerking tussen de psychiatrische aandoening en het sociaal disfunctioneren, wordt dit ook opgenomen in de definitie.

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 gekozen om de huisarts of arts-specialist in de psychiatrie de circulariteit van het psychisch en maatschappelijk functioneren te laten beoordelen.

Art. 3

Er wordt in het koninklijk besluit van 2 juni 1998 dat betrekking heeft op het recht op een chronisch forfait een nieuw artikel 2/1 ingevoegd dat specifiek betrekking heeft op personen met een ernstige psychiatrische aandoening als rechthebbenden van de forfaitaire toelage.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

Une définition de «trouble psychiatrique» est insérée dans l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 2 juin 1998 portant exécution de l'article 37, §16*bis*, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Pour définir ce groupe de patients, il est important qu'un "trouble psychiatrique grave" doit avoir été diagnostiqué pendant deux années civiles afin de démontrer l'évolution chronique du trouble, et que ce trouble repose sur un diagnostic tel que défini dans le DSM-5 ou l'ICD-10.

Toutefois, il n'est pas nécessaire que le même diagnostic principal selon la terminologie du DSM-5 ou du ICD-10 persiste tout au long de la période de référence de deux années civiles et au-delà, il doit y avoir une simple persistance d'un trouble psychiatrique grave. En effet, les troubles mentaux ne sont pas linéaires, ce qui signifie également qu'un changement dans l'évolution des troubles est possible et que le fonctionnement actuel peut être meilleur ou pire que le fonctionnement futur.

Étant donné que la littérature sur les patients souffrant d'un trouble psychiatriques graves renvoie à l'interaction entre le trouble psychiatrique et le dysfonctionnement social, cet aspect est également inclus dans la définition.

Les patients souffrant d'un TPG ont un mode de vie défectueux et régressif, et le contact avec un conseiller ne produit souvent pas de progrès suffisants en termes de fonctionnement, de sorte qu'une partie importante d'entre eux abandonnent les services de santé mentale au fil du temps et ne consultent qu'occasionnellement leur médecin généraliste. C'est également la raison pour laquelle le choix explicite est fait de faire évaluer la circularité du fonctionnement mental et social par le médecin généraliste ou le médecin spécialiste en psychiatrie.

Art. 3

Un nouvel article 2/1 est inséré dans l'arrêté royal du 2 juin 1998 relatif au droit à l'allocation forfaitaire chronique, qui vise spécifiquement les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique grave comme bénéficiaires de l'allocation forfaitaire.

De toekenning van de forfaitaire toelage op basis van het criterium ernstige psychiatrische aandoening zal gebeuren op basis van een medisch getuigschrift dat opgesteld werd door een huisarts of arts-specialist in de psychiatrie.

De voorwaarden om deze forfaitaire toelage te genieten, dienen echter bij ministerieel besluit te worden bepaald. 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 evident aangezien zij vaak niet over voldoende financiële middelen beschikken om consistent in hun zorgnoden te kunnen voldoen gedurende een dergelijk lange periode.

Ook de nadere regels dienen bij ministerieel besluit te worden bepaald.

Art. 4

Ook de hoogte van de forfaitaire toelage voor patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening dient bij ministerieel besluit te worden bepaald, aangezien deze mogelijks 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.

Els Van Hoof (cd&v)

L'attribution de l'allocation forfaitaire basée sur le critère d'un trouble psychiatrique grave se fera sur base d'un certificat médical établi par un médecin généraliste ou un médecin spécialiste en psychiatrie.

Toutefois, les conditions d'octroi de cette allocation forfaitaire seront déterminées par arrêté ministériel. Aujourd'hui, outre la situation de dépendance, il faut pouvoir justifier de dépenses élevées (part personnelle) au cours de l'année civile précédente et de l'année civile connexe pour avoir droit à l'allocation forfaitaire. Pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, cela n'est pas évident car elles n'ont souvent pas les ressources financières suffisantes pour répondre de manière cohérente à leurs besoins de soins sur une période aussi longue.

Les modalités devraient également être déterminées par arrêté ministériel.

Art. 4

Le niveau de l'allocation forfaitaire pour les patients souffrant de troubles psychiatriques graves devrait également être déterminé par arrêté ministériel, car il pourrait ne pas correspondre à celui des patients souffrant de troubles somatiques chroniques. En collaboration avec les parties prenantes concernées, il conviendrait d'examiner ici quel montant forfaitaire serait le plus approprié.

WETSVOORSTEL

Artikel 1

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

Art. 2

Artikel 1 van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, 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 hoofddiagnose is gesteld op basis van de groepen van pathologieën uit de “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM-5) 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 zoals 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

In hetzelfde koninklijk besluit wordt een nieuw artikel 2/1 ingevoegd, luidende:

“Artikel 2/1. Een persoon met een ernstig psychiatrische aandoening, zoals 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 forfaitaire toelage te kunnen genieten.”

PROPOSITION DE LOI

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, § 16*bis*, 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.”

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

In artikel 6 van hetzelfde koninklijk besluit, laatstelijk gewijzigd bij koninklijk besluit van 1 juli 2008, wordt een derde lid ingevoegd, luidende:

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

Art. 5

De Koning kan de bepalingen gewijzigd bij de artikelen 2 tot en met 4 opheffen, aanvullen, wijzigen of vervangen.

Art. 6

Deze wet treedt in werking op de eerste dag van de twaalfde maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

10 juli 2024

Els Van Hoof (cd&v)

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.

Art. 6

La présente loi entre en vigueur le premier jour du douzième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

10 juillet 2024