

# Quels sont les avantages et les inconvénients du système « Maximum à facturer » ?

## *Introduction*

Les soins de santé coutent de plus en plus cher. Les familles défavorisées ont souvent du mal à faire face aux frais qui y sont liés, surtout lorsque un membre de la famille doit être hospitalisé. Les factures d'une hospitalisation sont en effet généralement très onéreuses et beaucoup éprouvent des difficultés à les payer. Ainsi, un nombre élevé de patients reportent des soins de santé, voire des interventions chirurgicales, par manque de moyens financiers.

Face à ce constat, le législateur belge a créé le système de « Maximum à facturer », qui garantit à chaque famille « de ne jamais dépasser un montant annuel déterminé »<sup>1</sup> pour les frais de soins de santé.

Dans cette analyse, nous nous demanderons quels sont les avantages et les inconvénients du système M&F, y compris lors d'une hospitalisation. Tout en sachant que la facture pour une hospitalisation arrive, en général, seulement deux mois après le séjour à l'hôpital.

Pour répondre à nos interrogations, nous nous sommes entretenus avec Laurent Van Damme, expert en M&F chez Solidaris. Nous commencerons par définir le système du maximum à facturer, en évoquant ses points forts et faibles, ensuite nous nous intéresserons à son application dans le cadre d'une hospitalisation.

## *Développement*

Le maximum à facturer (M&F) est un système qui aide les familles à faire face aux frais médicaux en leur garantissant qu'elles ne dépasseront pas un montant déterminé pour leurs soins de santé. Le M&F est donc une aide financière en matière de soins de santé.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> SOLIDARIS, Le Maximum à facturer (M&F), disponible en ligne sur <http://www.solidaris.be/Charleroi-Centre-Soignies/remboursements-et-avantages/se-soigner-moins-cher/aides-financieres/Maximum-facturer/Pages/index.aspx>, consulté le 07/09/2015 à 09h20

<sup>2</sup> Infomut, disponible en ligne sur [https://www.fmsb.be/sites/secure.fmsb.be/files/63%20-%20Maximum%20%C3%A0%20facturer%202015\\_1.pdf](https://www.fmsb.be/sites/secure.fmsb.be/files/63%20-%20Maximum%20%C3%A0%20facturer%202015_1.pdf), consulté le 07/09/2015 à 09h29

Le fonctionnement du système est le suivant : un plafond annuel de tickets modérateurs à charge d'une famille est fixé. Lorsque ce plafond est atteint, les membres du ménage se voient rembourser leur quote-part personnelle légale pour les soins de santé dont ils bénéficient durant l'année civile pour laquelle le droit M&F est octroyé.<sup>3</sup> En d'autres termes, lorsque les membres d'une famille dépassent le plafond fixé, ils sont intégralement remboursés pour leurs frais médicaux. Il est important de préciser que si un prestataire de soins de santé applique un supplément d'honoraire, le supplément n'est pas remboursé.

Nous distinguons deux types de M&F : le maximum à facturer social et le maximum à facturer revenus. Il existe aussi d'autres types d'interventions comme le M&F pour un enfant de moins de 19 ans ou encore le M&F maladies chroniques.

Le maximum à facturer social concerne les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Pour ces personnes, le M&F prévoit donc un remboursement lié à leur statut. En effet, si une personne remplit les conditions BIM, ses revenus sont d'office inférieures au premier plafond M&F qui est de 450euros.<sup>4</sup> Dès que les personnes concernées ont atteint cette limite, ils bénéficient d'un remboursement de 100% de leurs frais médicaux.

Cependant, certaines personnes qui ont le statut BIM<sup>5</sup> sont exclues du maximum à facturer social<sup>6</sup>. C'est le cas pour les personnes handicapées qui bénéficient d'une allocation d'intégration et dont le conjoint a des revenus.<sup>7</sup> Dans ce cas, les personnes handicapées peuvent bénéficier du M&F, mais sur la base de leurs revenus.

Pour le M&F revenu, comme son nom l'indique, le plafond est déterminé en fonction des revenus du ménage. En conséquence, le montant à partir duquel la famille est remboursée à 100% varie de 450 à 1800 euros.

Dans les deux cas, les dépenses prises en compte pour le calcul du plafond sont les mêmes. Ce sont par exemple les honoraires des médecins, des

---

<sup>3</sup> Ibidem

<sup>4</sup> Solidaris, op.cit

<sup>5</sup> Pour plus d'informations sur le statut BIM <http://www.solidaris.be/Charleroi-Centre-Soignies/remboursements-et-avantages/se-soigner-moins-cher/aides-financieres/Tarif-preferentiel-BIM/Pages/tarif-preferentiel-BIM.aspx>, consulté le 07/09/2015 à 15h00

<sup>6</sup> Depuis peu la réglementation prévoit que les enfants handicapées peuvent bénéficier du M&F social/ C'est d'application avec effet rétroactif à partir du M&F 2014.

<sup>7</sup> Solidaris, op.cit

kinésithérapeutes, des paramédicaux, des soins d'orthodontie, les examens de labo, certains médicaments.<sup>8</sup>

D'autres mesures sont également mises en place pour d'alléger le budget « soins de santé » des familles. Par exemple, l'enfant qui a moins de 19 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année pour laquelle on analyse le droit au M&F peuvent bénéficier du système « à titre individuel dès qu'il a atteint le plafond de 650 euros de tickets modérateurs ».<sup>9</sup>

De plus, depuis 2009, il existe la catégorie « M&F malades chroniques ». « Concrètement, dès que le total des tickets modérateurs dépasse 450 euros durant deux années consécutives, le plafond M&F sera réduit de 100 euros à partir de la 3<sup>e</sup> année »<sup>10</sup>. Cette mesure permettra aux personnes concernées de bénéficier plus rapidement des remboursements à 100%.

### ***Avantages et inconvénients du système M&F lorsque il s'agit d'une hospitalisation***

Le maximum à facturer représente une aide indéniable pour les familles les plus démunies qui doivent faire face aux frais médicaux, dans le cas d'une famille nombreuse par exemple. Le M&F leur garantit indirectement l'accès aux soins de santé étant donné qu'ils ne devront plus rien payer (mais ils devront tout de même avancer les frais médicaux)<sup>11</sup>.

De plus, les familles ne doivent faire aucune démarche particulière pour bénéficier du système : ce sont les mutualités qui comptabilisent les dépenses entrant en compte, et remboursent automatiquement les patients.

Cependant, le maximum à facturer revenus est calculé sur les revenus trois années avant, ce qui pose problème car la situation familiale et économique de la famille peut énormément évoluer durant ce laps de temps. Si, par exemple, un conjoint perd son emploi et les revenus baissent sensiblement pour le ménage, cette nouvelle situation ne sera pas immédiatement prise en compte. Les familles ont bien la possibilité de demander un réexamen de

<sup>8</sup> Ibidem, la liste complète peut être consultée également sur le site

<sup>9</sup> Ibidem

<sup>10</sup> Ibidem

<sup>11</sup> Il existent des mesures qui permettent aux patients de ne pas avancer l'argent. C'est le M&F 100%, qui sera détaillé ultérieurement. Depuis 2015 le même principe est d'application auprès des pharmaciens. Si une personne a droit au M&F pour l'année en cours, quand elle va chez le pharmacien (dans n'importe quelle pharmacie), le pharmacien ne facture pas le tickets modérateur au patient mais il le facture directement à la mutualité, le patient ne doit pas avancer cet argent.

leur situation, mais elles ne sont pas assez informées sur leurs droits et ne savent pas, dans la plupart des cas, qu'elles peuvent le faire. Nous trouvons très peu de publicité sur le sujet de la part des mutualités et de l'INAMI.

Il existe « des cas (situations) dignes d'intérêt » lorsqu'il y a un changement significatif dans la situation professionnelle. Pour que le cas soit considéré comme digne d'intérêt, il doit rentrer dans une des quatre conditions suivantes, décrites dans l'arrêt royal du 15/07/2002 :

« - ont cessé toute activité professionnelle;  
- ont bénéficié d'une dispense de cotisation dans le cadre du statut social des indépendants pour une période portant sur plus d'un trimestre;  
- sont en chômage complet contrôlé depuis six mois au moins;  
- sont en incapacité de travail depuis six mois au moins »<sup>12</sup>.

Si une personne se trouve dans un de ces cas, elle peut demander le réexamen de sa situation et ce sont alors les revenus de l'année en cours qui seront pris en compte (selon un calcul spécial). Cependant, une intervention sera possible seulement dans le cas où les revenus se réfèrent aux plafonds 450 et 650 euros sur les cinq plafonds existants (450, 650, 1000, 1450 et 1800 euros).

Selon Laurent Van Damme, le grand public n'est pas suffisamment informé de cette possibilité et il est donc difficile de savoir combien de personnes par an sont concernées. En effet, certaines familles entreraient bien dans les conditions, mais faute d'informations, elles ne demandent pas de réexamen de leur dossier, et par conséquent ne bénéficient du système M&F.

Afin de pallier à cette situation, chaque personne estimant rentrer dans les conditions peut demander un examen tout-à-fait gratuit auprès de son conseiller en mutualité.

Laurent Van Damme nous explique qu'une des raisons pour lesquelles l'INAMI prend en compte les revenus de l'année M&F -3 ans s'est que les revenus pris en compte sont ceux qui sont connus au niveau de l'administration fiscale, sur base de la déclaration d'impôt. Or, une déclaration d'impôt se fait toujours sur les revenus de l'année qui précède et il arrive que les montants soient corrigés par la suite. Tenir compte des

<sup>12</sup> MONITEUR BELGE , Arrêté royal portant exécution du Chapitre IIIbis du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 , Art.22, disponible en ligne sur

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article\\_body.pl?language=fr&caller=summary&pub\\_date=02-07-30&numac=2002022611](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=02-07-30&numac=2002022611)

revenus de l'année moins trois permet donc d'avoir une situation plus « stable ».

Nous nous interrogeons également sur la manière dont les informations sont transmises par les prestataires des soins de santé vers les mutualités, et le délai qui leur est imparti.

Par exemple, après une hospitalisation, l'hôpital envoie généralement la facture deux mois après la sortie du patient. Or, les factures liées aux hospitalisations sont généralement très élevées. Dès lors, nous nous demandons à quel moment les compteurs M&F sont mis à jour. Au moment du séjour à l'hôpital ou au moment de la facturation ? Car le délai entre le séjour à l'hôpital et la facturation peut s'avérer très long et pourrait influencer négativement le compteur M&F. Par exemple, si le patient doit suivre des traitements post-hospitaliers, pourrait-il bénéficier des remboursements à 100% si le plafond M&F est atteint pendant l'hospitalisation, mais que la facturation n'est pas encore effective ?

A cette interrogation Laurent Van Damme répond que la mutualité tient compte de la facture envoyée par l'hôpital lorsqu'elle est validée par l'organisme assureur pour mettre à jour le compteur M&F. Le délai peut donc être assez long pour des raisons parfois techniques mais c'est également dans l'intérêt de bénéficiaires du M&F. En effet, en tenant compte des dépenses validées par la mutualité, cela évite de devoir régulariser des montants M&F « payés à tort » en cas d'erreur de facturation par exemple.

Cependant le M&F peut avoir effet « rétroactif » dans le sens que si le compteur a été atteint pendant l'hospitalisation, les montants concernés seront remboursés par la suite. Cela étant, aucun délai n'est donné pour ce remboursement.

En cas de hospitalisation, il existe une mesure complémentaire qui s'appelle le M&F 100%. Lorsqu'une personne est hospitalisée, l'hôpital contacte systématiquement la mutualité d'affiliation de la personne pour demander si elle est en ordre pour les remboursements aux soins de santé. La mutualité répond en communiquant une série d'informations à l'hôpital. Si au moment de l'hospitalisation la personne a déjà un droit M&F pour l'année en cours, la mutualité communique l'info à l'hôpital. Ce dernier va alors facturer directement les tickets modérateurs à la mutualité, le patient ne devra plus avancer cette somme. De même si le plafond M&F de la personne est dépassé en cours d'hospitalisation, la mutualité en informe automatiquement l'hôpital qui facturera directement les tickets modérateurs suivants à la mutualité.

Le budget que représente le M&F est assez conséquent. Par exemple pour l'année 2015, jusqu'au 30 septembre, Solidaris a remboursé 12 304 804,02 euros à 52 852 ménages dans le cadre de M&F, dont près de 2 millions pour le maximum à facturer pour les maladies chroniques. Toutefois, l'année 2015 est toujours en cours et les patients peuvent rentrer leurs attestations de soins jusqu'en décembre 2017. A titre de comparaison, pour l'année 2013 (les chiffres peuvent encore évoluer vers le haut, jusqu'au 31 décembre 2015), Solidaris a remboursé plus de 100 millions d'euros dans le cadre du M&F. Ces chiffres évoquent l'importance du mécanisme M&F mais également le fait que beaucoup de familles doivent affronter des coûts de soins de santé colossaux.

## Conclusion

L'Association Socialiste de la Personne Handicapée considère le système M&F comme une réelle aide pour les familles qui sont confrontées à d'importants coûts en termes de soins de santé. En effet, les dépenses engendrées par un suivi médical à long terme, pour cause de maladie ou de handicap, sont très élevées et de nombreuses familles peinent à y faire face.

De plus le système M&F a le grand avantage d'être un droit automatique. En d'autres termes, le patient n'a rien à faire, c'est son organisme assureur qui calcule et additionne les dépenses entrant en compte dans le calcul du plafond. Le patient ne doit donc pas faire de démarches supplémentaires.

Cependant, l'ASPH estime qu'en se basant sur les revenus d'un ménage d'il y a trois ans, le calcul n'est pas du tout approprié et pourrait engendrer des erreurs. En effet, les revenus d'un ménage ne sont pas forcément les mêmes aujourd'hui qu'il y a trois ans, de même que les besoins financiers en termes de soins de santé. Il faudrait donc améliorer le système M&F en tenant compte des revenus et des besoins actuels des familles, afin d'apporter la réponse la plus adéquate possible.

Par ailleurs, un travail de terrain est nécessaire pour informer le public de la possibilité de réexaminer la situation d'une personne (ou d'un ménage) via la procédure de « cas digne d'intérêt ». De fait, nous avons constaté que très peu de patients connaissent cette possibilité.

Lors de la rédaction de cette analyse, nous avons appris que des discussions sont menées avec l'Inami et les organismes assureurs quant à la possibilité d'un examen de la situation personnelle. En d'autres termes, chaque personne qui a une baisse significative de revenus pourra demander un

réexamen de sa situation. On supprime alors de facto les quatre critères mentionnés précédemment.

Cette mesure doit être encore validée au niveau du budget de l'Inami, puis par le Comité de l'Assurance. Ce n'est donc pas encore officiel mais l'idée est lancée .

Le patient, quant à lui, peut demander à tout moment l'état de son compteur M&F via son agence mutualiste . L'opération est tout-à-fait gratuite et lui permet de savoir s'il sera bientôt dans les conditions pour bénéficier des remboursements M&F.

L'ASPH considère également qu'une plus grande transparence est nécessaire lors de la facturation des séjours hospitaliers. Les patients devraient être informés sur la date à laquelle les dépenses liées à leur hospitalisation entrent en compte pour le calcul de l'intervention du M&F.

Bien que le système M&F prévoie le remboursement aux familles, ces dernières doivent néanmoins toujours avancer l'argent pour couvrir certains frais médicaux, au détriment d'autres postes tout aussi importants comme par exemple l'alimentation, les loisirs, etc.

Enfin, soucieuse du respect des droits des personnes handicapées et des malades chroniques, l'ASPH espère que plus des personnes puissent bénéficier du système M&F dans le futur.

Date de l'analyse : 04/11/2015

Chargée de l'analyse : Dima Toncheva

Responsable de l'analyse : Gisèle Marlière

## Bibliographie

- Infomut, disponible en ligne sur [https://www.fmsb.be/sites/secure.fmsb.be/files/63%20-%20Maximum%20%C3%A0%20facturer%202015\\_1.pdf](https://www.fmsb.be/sites/secure.fmsb.be/files/63%20-%20Maximum%20%C3%A0%20facturer%202015_1.pdf) , consulté le 07/09/2015 à 09h29
- MONITEUR BELGE , Arrêté royal portant exécution du Chapitre IIIbis du Titre III de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonné le 14 juillet 1994 , Art.22, disponible en ligne sur

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article\\_body.pl?language=fr&caller=summary&pub\\_date=02-07-30&numac=2002022611](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&caller=summary&pub_date=02-07-30&numac=2002022611)

- SOLIDARIS, Le Maximum à facturer (MàF), disponible en ligne sur <http://www.solidaris.be/Charleroi-Centre-Soignies/remboursements-et-avantages/se-soigner-moins-cher/aides-financieres/Maximum-facturer/Pages/index.aspx>, consulté le 07/09/2015 à 09h20
- <http://www.solidaris.be/Charleroi-Centre-Soignies/remboursements-et-avantages/se-soigner-moins-cher/aides-financieres/Tarif-preferentiel-BIM/Pages/tarif-preferentiel-BIM.aspx>, consulté le 07/09/2015 à 15h00
- Entretien avec Laurent Van Damme Support Gestion Soins de Santé Solidaris, le 3 novembre 2015