

Demande d'une activation plus rapide du Maximum à Facturer (MAF)

Monsieur le Ministre,

L'Observatoire constate que de nombreux patients continuent à recevoir, en règlement d'une hospitalisation, ou à la suite de soins ambulatoires complexes, des factures aux sommes souvent très importantes qui ne devraient plus leur être imputées sur base de leur situation personnelle et des montants facturés. Le maximum à facturer (MAF) étant souvent très vite atteint sans qu'il ne prenne administrativement effet immédiatement. Il en résulte que ces patients se trouvent dans l'obligation au vu des procédures administratives actuelles d'honorer en plus des tickets modérateurs régulièrement à leur charge des sommes parfois très importantes qui leurs seront ultérieurement remboursées. Une situation qui met particulièrement à mal leurs finances en les fragilisant inutilement.

Quelques témoignages d'associations de patients à ce sujet :

L'association Debra Belgium Asbl nous rapporte que les patients atteints d'épidermolyse bulleuse dystrophique sévère ont engagés depuis janvier des frais mensuels de 1.000 à 3.000 euros. Ce qui signifie qu'ils atteignent rapidement le plafond MAF. En raison du délai administratif actuel d'activation du mécanisme, leurs pharmaciens n'ont été en mesure de les fournir en pansements gratuitement que depuis mai. Ces patients ont ainsi été tenus d'assumer eux-mêmes toutes les dépenses liées aux renouvellements de leurs pansements actifs quotidiens et autres dispositifs médicaux nécessaires à leur traitement pendant environ 5 mois ceci en plus des autres frais qu'ils ont également dû couvrir par ailleurs.

Un autre exemple concerne les patients requérant une greffe de poumon. Une analyse par l'association de patients Oxygène Mont-Godinne Asbl (association de patients transplantés pulmonaires) des factures d'hôpital de ces patients indiquent que même si l'intervention personnelle pour la greffe est limitée à environ 250 euros lorsque le patient a droit à l'intervention majorée. Pour les patients qui n'ont pas droit à l'intervention majorée, il s'agit toujours d'environ 800 euros.

De nombreux patients, avec ou sans intervention majorée, et malgré le MAF, éprouvent toujours des difficultés à payer leurs factures. Concrètement, cela concerne les patients greffés dont le plafond MAF n'est pas encore atteint quand ils sont appelés pour la greffe (il s'agit généralement de transplantations ayant lieu durant les 5 à 6 premiers mois de l'année). En effet, si l'intervention personnelle du patient est prise en compte dans le compteur MAF, son remboursement n'aura lieu que plus tard dans l'année. Même si les montants ne semblent pas excessifs à première vue, il convient de noter qu'il s'agit de malades chroniques qui n'ont plus de revenus professionnels et qui, dans de nombreux cas, n'ont généralement plus d'économies propres.

Les avantages d'une activation plus rapide du MAF :

Une anticipation maximale du dépassement du plafond MAF qui se produirait pendant l'hospitalisation pourrait profiter aux patients en évitant les problèmes de trésorerie qui les poussent à contracter des crédits-pont ou à se retrouver en justice pour des défauts de paiement.

Une application plus rapide du MAF serait également un avantage pour les hôpitaux et les organismes assureurs. Les factures pourraient être payées plus rapidement en se rapportant à des montants inférieurs. L'organisme assureur devrait pour la révision des interventions moins remonter dans le temps si ce droit au MAF était établi plus tôt dès l'atteinte du plafond MAF. Zorgnet-Icuro est aussi demandeur d'une éventuelle application plus rapide du MAF.

Pour les personnes qui ont atteint leur plafond MAF avant d'être admises à l'hôpital, le problème n'existe pas. L'intervention MAF est réglée immédiatement. Ces patients n'ont pas à payer d'intervention personnelle (ticket modérateur).

Nous constatons que le GTA (Groupe de travail assurabilité) et le SCA (Service du contrôle administratif) se sont récemment également penchés sur l'efficacité du MAF.

L'Observatoire accueille favorablement ces recherches sur l'efficacité et les propositions avancées pour une meilleure protection contre les coûts élevés de la santé. Mais il note également que l'accent n'est pas mis sur la rapidité de la procédure d'octroi du droit au MAF. C'est la raison pour laquelle dans un esprit de complémentarité l'Observatoire s'est attaché à porter son attention sur les délais de procédure susceptibles d'être éventuellement réduits.

Raisons pour lesquelles le MAF n'est pas immédiatement pris en compte :

Dans le passé, l'Observatoire a mené des recherches sur le terrain et a pu déterminer qu'il y a plusieurs raisons pour lesquelles le MAF n'est pas pris en compte immédiatement.

1. Le calcul du plafond du MAF est basé sur la composition du ménage au 1^{er} janvier de l'année considérée. Les organismes assureurs reçoivent les données nécessaires de la Banque Carrefour au plus tôt début avril. Tant que les organismes assureurs ne disposent pas de cette information, ils ne peuvent pas effectuer de remboursement dans le cadre du MAF car ils ne savent pas qui a droit à quel plafond MAF. Cela signifie qu'un patient qui a des frais médicaux élevés en début d'année doit attendre plusieurs mois avant de recevoir les remboursements auxquels il a droit dans le cadre du MAF.
2. D'autre part quelque 15 % des ménages MAF sont composés de membres de différents organismes assureurs. Dans ce cas, il y a un délai supplémentaire dû à l'échange d'informations entre les organismes assureurs sur les droits MAF des différents membres du ménage.
3. Une autre cause est le délai de traitement de la demande des revenus à l'administration fiscale pour les bénéficiaires potentiels du MAF. Ces données sont demandées dès que les interventions personnelles totales atteignent le plafond MAF le plus bas. Il faut compter jusqu'à 30 jours calendaires après la date de réception du dossier de demande pour obtenir les données auprès de l'administration fiscale. Ce long délai entraîne des retards.
4. Lorsqu'un patient introduit une demande d'assistance complémentaire dûment motivée auprès de sa caisse d'assurance maladie ou lors de l'établissement d'une facture d'hôpital, le montant de l'aide en question n'est pas directement ajouté au compteur MAF. Une procédure de vérification devant être suivie pour vérifier que les coûts sont correctement facturés et effectivement éligibles au mécanisme du MAF. Cette procédure prend un certain temps.

En résumé :

- Au cours des quatre premiers mois de l'année, il est actuellement impossible de prétendre aux remboursements dans le cadre du MAF revenus.
- Plus tard dans l'année, au moins quelques mois sont actuellement nécessaires avant que le MAF puisse prendre effet car le contrôle des factures prend du temps.
- Pour le MAF revenus, il est actuellement nécessaire d'attendre les données de l'administration fiscale.
- Ce n'est qu'en cas d'hospitalisation de (très) longue durée qu'un patient n'a finalement plus à payer d'intervention personnelle car le plafond MAF se trouve être vite dépassé avec les premières factures d'hospitalisation intermédiaires.

Les propositions de l'Observatoire :

Un délai de traitement plus court :

L'Observatoire demande une analyse de la possibilité d'atteindre un délai de traitement plus court pour l'attribution des droits MAF dans ces différents domaines, afin que l'organisme assureur collecte plus rapidement les informations nécessaires à l'activation du droit au MAF.

Il s'agirait d'une analyse de la possibilité :

- D'une recherche plus rapide de la composition du ménage au 1er janvier de l'année concernée.
- D'un croisement plus rapide des données fiscales avec les patients, qui atteignent un plafond de ticket modérateur pour le MAF.
- D'un croisement plus rapide de données relatives aux affiliations mixtes (membres affiliés à différents OA).
- D'une intégration plus rapide des tickets modérateurs connus dans le compteur de tickets modérateurs.
- D'une détermination automatisée des droits MAF cumulés des différents membres du ménage. Pour les groupes cibles dont les revenus sont stables et/ou dont la probabilité statistique de variation est quasi nulle, par exemple les revenus des pensionnés ou des personnes bénéficiant d'une indemnité d'invalidité, l'Observatoire plaide en faveur d'un octroi automatique du MAF, avec possibilité de régularisation après 2 mois s'il apparaît qu'un changement de revenu est intervenu ultérieurement.

Une digitalisation plus poussée :

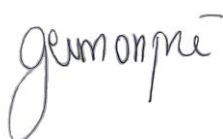
L'Observatoire est d'avis qu'une intégration systématique des différents secteurs (surtout) ambulatoires (médecins généralistes, médecins spécialistes, kinésithérapeutes, dentistes, logopèdes) dans eFac et eAttest devrait mener à des progrès significatifs à terme. L'Observatoire demande donc que cette digitalisation se poursuive sans délai en vue d'une activation plus rapide du MAF.

Un accès pour chacun à sa situation MAF personnelle :

L'Observatoire est également d'avis que les patients doivent pouvoir être en mesure d'accéder à leur compteur MAF personnel afin d'avoir une vue de leur situation MAF personnelle à tout moment.

Respectueusement,

En vous remerciant pour vos réponses favorables à ces préoccupations des patients concernés.



Siska Germonpré



Daniel Simar

Présidente de la Section consultative de l'Observatoire
des maladies chroniques

Vice-président de la Section consultative de
l'Observatoire des maladies chroniques