

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

BUITENGEWONE ZITTING 2024

29 augustus 2024

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de wet
van 14 juli 1994 betreffende de verplichte
verzekering voor geneeskundige verzorging en
uitkeringen, wat de maximumfactuur betreft
voor patiënten opgenomen
in een psychiatrisch ziekenhuis**

(ingediend door mevrouw Nathalie Muylle c.s.)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

SESSION EXTRAORDINAIRE 2024

29 août 2024

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi du 14 juillet 1994
relative à l'assurance obligatoire
soins de santé et indemnités,
en ce qui concerne le maximum
à facturer pour les patients admis
dans un hôpital psychiatrique**

(déposée par Mme Nathalie Muylle et consorts)

SAMENVATTING

De maximumfactuur beperkt de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag. Bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis worden de persoonlijke aandelen verbonden aan de verblijfskosten van deze opname enkel tijdens het eerste jaar ziekenhuisopname meegerekend voor de teller van de maximumfactuur.

Voor patiënten die langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen zijn, betekent dit dat de persoonlijke aandelen verbonden aan de verblijfskosten vanaf het tweede jaar opname niet meer meetellen. Voor deze patiënten, die reeds een kwetsbare groep zijn, lopen de ziekenhuiskosten hoog op.

Dit wetsvoorstel heeft tot doel de persoonlijke aandelen verbonden aan het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis gedurende twee jaar opname mee te tellen voor de maximumfactuur in plaats van gedurende één jaar opname.

RÉSUMÉ

Le maximum à facturer limite à un montant plafond les frais médicaux annuels des ménages. En cas d'admission dans un hôpital psychiatrique, les interventions personnelles liées aux frais de séjour de cette admission ne sont prises en compte dans le calcul du maximum à facturer que durant la première année de l'hospitalisation.

Pour les patients admis pour une longue durée dans un hôpital psychiatrique, cela signifie que les interventions personnelles liées aux frais de séjour ne sont plus prises en compte à partir de la deuxième année. Pour ces patients, qui constituent déjà un groupe vulnérable, les frais d'hospitalisation sont élevés.

Cette proposition de loi vise à ce que la période durant laquelle les interventions personnelles liées au séjour dans un hôpital psychiatrique sont prises en compte pour la fixation du maximum à facturer, soit portée à deux ans d'hospitalisation, au lieu d'un an.

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

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

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel neemt, met een aantal aanpassingen, de tekst over van voorstel DOC 55 0423/001.

De maximumfactuur

De Belgische gezondheidszorg steunt historisch op een combinatie van relatief hoge eigen betalingen van patiënten met beschermingsmaatregelen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te waarborgen.

Eén van die beschermingsmaatregelen is de maximumfactuur (MAF) die in 2002 ingevoerd is. Het basisprincipe van de maximumfactuur in de gezondheidszorg is dat remgelden niet langer sociaal aanvaardbaar zijn als de financiële last voor de patiënt te groot wordt.

De maximumfactuur is een financiële beschermingsmaatregel die de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag beperkt. Dit plafondbedrag is gerelateerd aan het gezinsinkomen. Eens het totaal aan remgelden voor (het merendeel van) geneeskundige verstrekkingen in de loop van het jaar, het plafondbedrag bereikt, is een terugbetaling aan 100 % van het officieel tarief voor deze geneeskundige verstrekkingen gegarandeerd voor de betrokken gezinsleden. Het gezin moet deze remgelden met andere woorden niet meer zelf ten laste nemen. De maximumfactuur is voor velen een noodzakelijk tegengewicht tegen de hoge eigen betalingen in ons systeem van ziekteverzekering.

Na de invoering in 2002 is het recht in de MAF stelselmatig uitgebreid. Deze uitbreiding verloopt gefaseerd. De stapsgewijze invoering m.b.t. de verfijning en uitbreiding van de bescherming is veelal ingegeven door budgettaire voorzichtigheid want medische verzorging kan immers soms zwaar doorwegen in de portemonnee vooral bij mensen die het niet breed hebben of bij een ernstige en langdurige ziekte.

De wettelijke bepalingen rond de maximumfactuur zijn opgenomen in Hoofdstuk III*bis* van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het recht op de maximumfactuur wordt jaarlijks bepaald in functie van:

- 1) de samenstelling van het feitelijk gezin;
- 2) het gezinsinkomen;

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition reprend, en l'adaptant, le texte de la proposition DOC 55 0423/001.

Le maximum à facturer

Les soins de santé en Belgique reposent historiquement sur une combinaison de paiements relativement élevés des patients et de mesures de protection destinées à garantir l'accessibilité des soins de santé.

Le maximum à facturer (MAF), qui a été instauré en 2002, est l'une de ces mesures de protection. Le principe de base du maximum à facturer dans les soins de santé est que les tickets modérateurs ne sont plus socialement acceptables si la charge financière à supporter par le patient devient trop lourde.

Le maximum à facturer est une mesure de protection qui limite à un montant plafond les frais médicaux annuels des ménages. Ce montant plafond est fixé en fonction des revenus du ménage. Lorsque le total des tickets modérateurs pour les prestations de santé de l'année (ou la majorité d'entre elles) atteint le montant plafond, les membres du ménage concernés ont la garantie d'être remboursés à 100 % du tarif officiel de ces prestations de santé. En d'autres termes, le ménage ne doit plus prendre lui-même en charge les tickets modérateurs. Le maximum à facturer est pour beaucoup un nécessaire contrepoids aux interventions personnelles élevées qu'ils doivent payer dans notre système d'assurance-maladie.

Depuis l'instauration du MAF en 2002, le droit à celui-ci a systématiquement été étendu. Cette extension se déroule en phases. Son introduction progressive en ce qui concerne le peaufinement et l'extension de la protection est surtout inspirée par la prudence budgétaire car les soins médicaux peuvent parfois peser lourdement dans la bourse des gens, surtout de ceux qui ne sont pas aisés ou en cas de maladie grave et de longue durée.

Les dispositions légales relatives au maximum à facturer sont reprises dans le chapitre III*bis* de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le droit au maximum à facturer est fixé chaque année en fonction:

- 1) de la composition du ménage de fait;
- 2) des revenus du ménage;

3) de remgelden voor geneeskundige verstrekkingen die meetellen voor de maximumfactuur.

Soorten maximumfactuur

Er zijn verschillende soorten maximumfactuur, de inkomens MAF, de sociale MAF, de MAF voor kinderen jonger dan 19 jaar en voor kinderen met verhoogde kinderbijslag en de MAF voor chronisch zieken.

In de inkomens MAF wordt voor elk feitelijk gezin het jaarlijks totaal aan uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen geplafonneerd in relatie tot hun inkomen. De inkomens MAF is de basisbescherming voor het gezin. Dit betekent dat dit potentieel recht voor elk gezinslid van toepassing is. Het jaarlijkse plafondbedrag voor de medische kosten is afhankelijk van het netto belastbaar gezinsinkomen van het tweede jaar voorafgaand aan dat waarvoor het recht op de MAF wordt onderzocht. De basisbescherming in de maximumfactuur is de inkomens-MAF waarbij er 6 remgeldplafonds (resp. 254,99 euro, 516,92 euro, 746,66 euro, 1.148,70 euro, 1.608,18 euro en 2.067,66 euro voor 2024) zijn in functie van het gezinsinkomen.

Voor bepaalde personen met verhoogde tegemoetkoming/OMNIO is er een bijzondere gezinsbescherming: de sociale maximumfactuur. Aanvullend op de inkomens-MAF is er voor de personen met verhoogde tegemoetkoming, de partner en hun personen ten laste in principe (behoudens enkele uitzonderingen) de bescherming van de sociale MAF. Voor dit gezin geldt een remgeldplafond van 516,92 euro (2024). De remgelden van deze personen die meetellen voor de MAF en die het plafond van 516,92 euro overschrijden, moeten niet door het gezin zelf gedragen worden.

Voor kinderen tot en met 18 jaar geldt een extra bescherming. Voor deze kinderen is het jaarlijks remgeldplafond bepaald op 746,66 euro (ongeacht het gezinsinkomen). Als er reeds een lager remgeldplafond 516,92 euro bedraagt, is dit bedrag van toepassing.

Er geldt ook een bijkomende bescherming indien een gezinslid het statuut chronische aandoening heeft.

Indien zulks van toepassing is wordt het MAF-plafond verminderd met 114,87 euro.

3) des tickets modérateurs pour prestations de santé qui entrent en ligne de compte pour le maximum à facturer.

Sortes de maximums à facturer

Il existe différentes sortes de maximums à facturer: le MAF revenus, le MAF social, le MAF pour les enfants moins de 19 ans et les enfants avec allocations familiales majorées et le MAF pour les malades chroniques.

Dans le MAF revenus, le total annuel des dépenses en prestations médicales est plafonné, pour chaque ménage de fait, en fonction des revenus du ménage. Le MAF revenus est la protection de base pour le ménage, ce qui signifie que ce droit potentiel s'applique à chaque membre du ménage. Le plafond annuel des frais médicaux dépend du revenu net imposable du ménage au cours de la deuxième année précédant celle pour laquelle le droit au MAF est examiné. La protection de base, dans le maximum à facturer, est le MAF revenus, qui comporte six plafonds de tickets modérateurs (254,99 euros, 516,92 euros, 746,66 euros, 1.148,70 euros, 1.608,18 euros et 2.067,66 euros pour 2024) fixés en fonction des revenus du ménage.

Pour certaines personnes bénéficiant d'une intervention majorée ou du statut OMNIO, il existe une protection spéciale du ménage appelée maximum à facturer social. En plus du MAF revenus, les personnes qui peuvent prétendre à une intervention majorée, leur partenaire et les personnes qui sont à leur charge bénéficient donc en principe (à part quelques exceptions) de la protection du MAF social. Pour ces ménages, le plafond du ticket modérateur est de 516,92 euros (2024). Par conséquent, les tickets modérateurs qui entrent en ligne de compte pour le calcul du MAF et qui dépassent le seuil de 516,92 euros ne doivent pas être payés par le ménage même.

Pour les enfants jusqu'à 18 ans inclus, il existe une protection supplémentaire, puisque le plafond annuel du ticket modérateur est fixé à 746,66 euros (quels que soient les revenus du ménage). Si le ménage concerné a déjà droit à un plafond d'un niveau inférieur (516,92 euros), c'est ce plafond qui s'applique.

Il existe également une protection supplémentaire lorsqu'un membre d'un ménage a le statut affection chronique.

Dans ce cas, le plafond du MAF est abaissé de 114,87 euros.

De maximumfactuur en psychiatrische patiënten

De ZIV-Wet stelt vandaag dat de persoonlijke aandelen voor de verblijfskosten niet meer meetellen voor de maximumfactuur vanaf de 366^e dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De regelgeving legt dus een beperking op voor psychiatrische patiënten die langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen zijn: enkel de persoonlijke aandelen verbonden aan de verblijfskosten gedurende het eerste jaar opname tellen mee voor het berekenen van het totaal betaalde remgeld. Duurt de opname langer dan een jaar, dan worden de persoonlijke aandelen voor de verblijfskosten niet meer in aanmerking genomen voor de maximumfactuur (deze worden dus niet meer opgenomen in de teller en worden ook niet terugbetaald indien het plafond voor de maximumfactuur bereikt is). De psychiatrische patiënt moet deze persoonlijke aandelen dan volledig zelf dragen. Bij een langdurige opname lopen de remgelden voor het verblijf snel op en op jaarbasis gaat dit over een aanzienlijke som voor de psychiatrische patiënt namelijk 2.066 euro (bedrag per dag bedraagt 5,66 euro sedert 1 januari 2018) voor patiënten die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en tot 5.814 euro (15,93 per dag) voor patiënten zonder dit recht. Dit bedrag per dag neemt verder toe wanneer de opname meer dan zes jaar bedraagt (respectievelijk 15,93 euro en 26,55 euro).

Uit het KCE Rapport 309B “Globale impact en verdelingseffecten van sociale bescherming tegen gezondheidszorguitgaven” blijkt dat in 2012 5.572 gezinnen minstens één gezinslid hadden met een langdurige (één tot zes jaar) opname in een psychiatrisch ziekenhuis (in totaal 5.576 personen). Ongeveer één derde betaalde geen remgeld. Wanneer de verblijfskosten worden meegerekend voor de maximumfactuur, nemen de MAF-terugbetalingen van het RIZIV toe met ongeveer 3,9 miljoen euro. Bijna 4.000 gezinnen krijgen hogere terugbetalingen waarvan ongeveer 1.600 gezinnen zonder de maatregel hun remgeldplafond niet bereiken. In vergelijking met andere potentiële nieuwe maatregelen is het gemiddeld bedrag van het lagere remgeld zeer hoog, namelijk 973,76 euro. Voor de 10 % gezinnen met het hoogste remgeldbedrag voor de verblijfskosten neemt dat bedrag af met minstens 1.699,75 euro.¹

¹ KCE, Rapport 309B. Globale impact en verdelingseffecten van sociale bescherming tegen gezondheidszorguitgaven. 2019. https://kce.fgv.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_309A_Sociale_bescherming_gezondheidszorg_uitgaven_Synthese.pdf

Le maximum à facturer et les patients psychiatriques

La loi AMI prévoit dorénavant que les interventions personnelles dans les frais de séjour n'entrent plus en ligne de compte dans le calcul du maximum à facturer à partir du 366^e jour d'hospitalisation en hôpital psychiatrique. La réglementation impose donc une restriction aux patients psychiatriques qui ont été admis pour un séjour de longue durée en hôpital psychiatrique: seules les interventions personnelles liées aux frais de séjour durant la première année d'hospitalisation entrent en ligne de compte dans le calcul du montant total du ticket modérateur payé par le patient. Si l'hospitalisation dure plus d'un an, les interventions personnelles dans les frais de séjour ne sont plus prises en compte dans le maximum à facturer (elles ne sont donc plus reprises dans le numérateur et ne seront donc pas remboursées si le plafond du maximum à facturer est atteint). Le patient psychiatrique devra alors supporter l'entière charge de ces interventions personnelles. En cas d'hospitalisation de longue durée, les tickets modérateurs s'additionnent très rapidement et atteignent, sur une base annuelle, un montant considérable pour le patient psychiatrique à savoir 2.066 euros (le prix de la journée s'élève à 5,66 euros depuis le 1^{er} janvier 2018) pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et 5.814 euros (15,93 euros par jour) pour les patients qui ne bénéficient pas de ce droit. Ce montant journalier augmente encore lorsque la durée d'hospitalisation dépasse six ans (15,93 euros et 26,55 euros respectivement).

Il ressort du rapport 309B du KCE qu'en 2012, 5.572 ménages comptaient au moins un membre admis dans un hôpital psychiatrique pour une période prolongée (d'un à six ans) (5.576 personnes au total). Environ un tiers ne payaient pas de tickets modérateurs. Lorsque les frais de séjour sont pris en compte dans le calcul du maximum à facturer, les remboursements de l'INAMI dans le cadres de ce dernier augmentent d'environ 3,9 millions d'euros. Près de 4.000 ménages bénéficient de remboursements majorés, dont environ 1.600 n'atteindraient pas leur plafond en tickets modérateurs sans cette mesure. En comparaison avec les autres nouvelles mesures potentielles, le montant moyen des tickets modérateurs réduits reste ici très élevé, de l'ordre de 973,76 euros. Pour les 10 % de ménages dont les tickets modérateurs sur les frais de séjour sont les plus élevés, ce montant diminue d'au moins 1.699,75 euros.¹

¹ KCE, Rapport 309B. Impact global et effet redistributive des mesures de protection sociale en matière de coûts de santé. 2019. https://kce.fgv.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_309B_Protection_sociale_couts_de_sante_Synthese.pdf

Uit cijfers van de administratie blijkt dat er in het prestatiejaar 2013 op basis van een de permanente steekproef (na extrapolatie voor alle Belgische sociaal verzekerden) 3.720 patiënten langer dan één jaar opgenomen zijn in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit betekent dat voor deze 3.720 patiënten het persoonlijk aandeel van de verblijfskosten niet meer opgenomen wordt in de maximumfactuur².

De gemiddelde opnameduur van patiënten die langer dan één jaar opgenomen zijn in een psychiatrisch ziekenhuis bedroeg in 2013, op basis van de permanente steekproef, gemiddeld 3,28 jaar. Het persoonlijk aandeel van deze patiënten in de verblijfskosten bedraagt na het eerste jaar opname gemiddeld 1.425 euro in 2013 op basis van de permanente steekproef.

Nood aan een betere bescherming voor psychiatrische patiënten

Sinds haar ontstaan is de MAF reeds sterk uitgebreid. Niet alle remgelden worden echter meegeteld voor het berekenen van het bedrag van de maximumfactuur en niet van alle kosten wordt het remgeld terugbetaald als het bedrag van de maximumfactuur bereikt is. Supplementen en niet-medische kosten tellen, bijvoorbeeld, niet mee voor de teller van de maximumfactuur. Evenmin als vb. de kostprijs van geneesmiddelen die niet worden terugbetaald door het RIZIV.

De maximumfactuur belet niet dat ziekte er nog geregeld toe kan leiden dat het betrokken gezin ernstige financiële moeilijkheden kent en dit in het bijzonder:

- 1) bij mensen die het niet breed hebben;
- 2) als het gaat om een ernstige en langdurige ziekte.

Dit zijn twee zaken die van toepassing zijn voor veel langdurig zieke psychiatrische patiënten. Voor psychiatrische patiënten die gedurende meer dan één jaar opgenomen zijn, is het niet gemakkelijk om bijvoorbeeld actief te zijn op de arbeidsmarkt en een actief sociaal leven uit te bouwen. Psychiatrische patiënten die langdurig opgenomen zijn, zijn een kwetsbare groep die het vaak financieel niet gemakkelijk hebben. Net voor die groep voorziet de maximumfactuur geen optimale bescherming.

² Zie het antwoord op de schriftelijke vraag van mevrouw Nathalie Muylle over de maximumfactuur: <http://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=qrva&language=nl&cfm=qrvaXml.cfm?legislat=54&dossierID=54-B049-867-0448-2014201505166.xml>

Il ressort de chiffres de l'administration que sur la base de l'échantillon permanent (après extrapolation de tous les assurés sociaux belges), 3.720 patients ont été hospitalisés pendant plus d'un an dans un hôpital psychiatrique au cours de l'année de prestation 2013. Cela signifie que pour ces 3.720 patients, l'intervention personnelle dans les frais de séjour n'est plus reprise dans le maximum à facturer.²

Sur la base de l'échantillon permanent, la durée moyenne d'hospitalisation des patients hospitalisés pendant plus d'un an dans un hôpital psychiatrique s'est élevée, en 2013, à 3,28 ans. Toujours sur la base de cet échantillon, après la première année d'hospitalisation, l'intervention personnelle de ces patients dans les frais de séjours a atteint en moyenne, en 2013, 1.425 euros.

Nécessité d'améliorer la protection des patients psychiatriques

Depuis son instauration, le maximum à facturer (MAF) a été fortement élargi. Toutefois, tous les tickets modérateurs n'entrent pas en ligne de compte pour le calcul du montant du MAF et les tickets modérateurs de certains frais ne sont pas remboursés si le plafond du MAF a été atteint. Les suppléments et les frais non médicaux ne sont par exemple pas repris dans le compteur MAF, pas plus que le prix des médicaments non remboursés par l'INAMI.

Le MAF n'empêche pas que la famille d'une personne malade rencontre encore régulièrement de graves difficultés financières, plus particulièrement:

- 1) si la famille bénéficie de revenus modestes;
- 2) s'il s'agit d'une maladie grave de longue durée.

Nombre de patients psychiatriques de longue durée se trouvent dans cette situation. Pour les patients psychiatriques hospitalisés durant plus d'un an, il n'est par exemple pas facile d'être actifs sur le marché du travail et d'avoir une vie sociale active. Ils sont vulnérables et éprouvent souvent des difficultés financières. C'est précisément pour ce groupe que le MAF ne constitue pas une protection optimale.

² Voir la réponse à la question écrite de Mme Nathalie Muylle concernant le maximum à facturer: <http://www.dekamer.be/kvvcr/showpage.cfm?section=qrva&language=fr&cfm=qrvaXml.cfm?legislat=54&dossierID=54-B049-867-0448-2014201505166.xml>

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)³ onderzocht samen met Universiteit Antwerpen, KU Leuven en het InterMutualistisch Agentschap het effect van de maximumfactuur (MAF) en een eventuele uitbreiding ervan. Dankzij de MAF wordt een groot aantal gezinnen uit de armoede gehouden. Toch besteedt nog 1 op 10 van de gezinnen meer dan 5 % van zijn inkomen aan remgelden en supplementen, en dit vaak voor langere tijd. Psychiatrische patiënten zijn hier de grootste risicogroep. De remgelden die zij betalen voor een verblijf in een verzorgingstehuis of bij een opname van meer dan 1 jaar in een psychiatrisch ziekenhuis zijn niet in de MAF opgenomen. Die zijn, samen met de supplementen, uitzonderlijk hoog. Deze patiënten lopen dus een groot risico om extreme betalende te worden.

Psychiatrische patiënten die langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen, zijn minder beschermd zijn dan andere groepen door het feit dat de kosten maar voor één jaar opname meetellen en dat ze naast de kosten die opgenomen zijn in de MAF geconfronteerd worden met andere hoge kosten. De gehospitaliseerde psychiatrische patiënten moeten, ondanks de maximumfactuur, de hoogste kosten voor hun gezondheidszorg zelf dragen.⁴ In het algemeen kan gesteld worden dat het bedrag aan remgelden die niet in de MAF worden opgenomen relatief beperkt is. Het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of verzorgingstehuis vormt hier de belangrijkste uitzondering op⁵. Er kan ook opgemerkt worden dat voor patiënten die op de psychiatrische afdeling van een algemeen of universitair ziekenhuis opgenomen zijn, deze beperking van één jaar niet geldt.

De kosten voor patiënten die langdurig (langer dan één jaar) in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen zijn, lopen hoog op. Met dit wetsvoorstel willen wij patiënten die langdurig in een psychiatrische instelling opgenomen worden beter beschermen tegen de hoge kosten die met zo een langdurige opname gepaard gaan. Psychiatrische patiënten die langdurig opgenomen worden zijn immers een heel kwetsbare groep die het op veel vlakken, niet in het minst financieel, niet gemakkelijk hebben.

De doelstelling van dit wetsvoorstel is om de verdere uitbouw van de maximumfactuur mogelijk te maken voor langdurig zieke psychiatrische patiënten. Het uitbreiden van de termijn van één jaar naar twee jaar is belangrijke

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)³ a étudié, en collaboration avec l'université d'Anvers, la KU Leuven et l'Agence InterMutualiste, les effets du MAF et de son élargissement éventuel. Le MAF permet à de nombreuses familles de ne pas sombrer dans la pauvreté. Cependant, 1 famille sur 10 consacre encore plus de 5 % de son revenu aux tickets modérateurs et à des suppléments, et ce souvent pour des périodes plus longues. À cet égard, les patients psychiatriques constituent le principal groupe à risques. Les tickets modérateurs qu'ils payent pour un séjour en établissement de soins ou pour une admission de plus d'un an dans un hôpital psychiatrique ne sont pas pris en compte dans le MAF, alors que ces montants, ainsi que des suppléments, sont extrêmement élevés. Par conséquent, ces patients courent un risque très élevé d'avoir à supporter des frais extrêmement lourds.

Les patients psychiatriques qui sont admis dans un hôpital psychiatrique pour une longue durée sont moins protégés que les autres groupes, parce que les coûts ne comptent que pour une année d'hospitalisation et qu'en plus des coûts repris dans le MAF, ils sont confrontés à d'autres coûts élevés. Les patients psychiatriques hospitalisés doivent, malgré le maximum à facturer, supporter eux-mêmes les coûts les plus élevés pour leurs soins de santé.⁴ En général, le montant des tickets modérateurs non repris dans le MAF est relativement réduit. Le séjour dans un hôpital psychiatrique ou dans une maison de soins constitue une exception importante⁵. Il est à noter que cette limitation à un an ne s'applique pas aux patients admis dans le service psychiatrique d'un hôpital général ou universitaire.

Les coûts auxquels sont confrontés les patients admis dans un hôpital psychiatrique pour une longue durée (plus d'un an) sont élevés. Avec la présente proposition de loi, nous souhaitons mieux protéger les patients admis dans un établissement psychiatrique pour une longue durée contre les coûts élevés occasionnés par cette longue hospitalisation. En effet, les patients psychiatriques en séjour de longue durée sont un groupe très vulnérable qui rencontre des difficultés sur de nombreux plans, et particulièrement sur le plan financier.

L'objectif de la présente proposition de loi est de permettre la poursuite du développement du maximum à facturer pour les patients psychiatriques en séjour de longue durée. L'élargissement du délai d'un à deux

³ <https://kce.fgov.be/nl/press-release/de-maximumfactuur-werkt-maar-kan-beter#.Vb9PWbXMjHh>

⁴ <https://kce.fgov.be/nl/press-release/de-maximumfactuur-werkt-maar-kan-beter#.Vb9PWbXMjHh>, p. 69, 73

⁵ <https://kce.fgov.be/nl/press-release/de-maximumfactuur-werkt-maar-kan-beter#.Vb9PWbXMjHh>, p. iv

³ <https://kce.fgov.be/fr/press-release/le-maximum-facturer-fonctionne-mais-pourrait-mieux-faire#.VtcLSIGLW28>

⁴ <https://kce.fgov.be/fr/press-release/le-maximum-facturer-fonctionne-mais-pourrait-mieux-faire>, p. 69, 73

⁵ <https://kce.fgov.be/fr/press-release/le-maximum-facturer-fonctionne-mais-pourrait-mieux-faire>, p. iv

stap naar de uitbreiding van de financiële bescherming voor patiënten die langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen worden.

ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 2

Artikel 2 van het wetsvoorstel breidt het recht van de maximumfactuur uit voor patiënten die langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen.

De wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen stelt vandaag dat de persoonlijke aandelen voor de verblijfskosten niet meer meetellen voor de maximumfactuur vanaf de 366^e dag opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De regelgeving legt dus een beperking op voor psychiatrische patiënten die langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen zijn: enkel de persoonlijke aandelen verbonden aan de verblijfskosten gedurende het eerste jaar opname tellen mee voor het berekenen van het totaal betaalde remgeld.

Door het uitbreiden van de termijn van één jaar naar twee jaar worden psychiatrische patiënten beter beschermd tegen de hoge kosten van een langdurige opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De remgelden voor het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis worden dan gedurende twee jaar opname meegerekend worden in de MAF-teller in plaats van gedurende één jaar opname.

Art. 3

Dit artikel bepaalt de inwerkingtreding van deze wet. De maximumfactuur wordt berekend per kalenderjaar. Zodra de uitgaven voor geneeskundige zorg in de loop van het kalenderjaar hun plafondbedrag bereiken, krijgt een gezin voor de daaropvolgende verstrekkingen het remgeld volledig terugbetaald. Aangezien het kalenderjaar een belangrijk gegeven is in het kader van de maximumfactuur, treedt deze wet in werking op aan het begin van het kalenderjaar, volgend op de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

Nathalie Muylle (cd&v)
Nawal Farih (cd&v)
Els Van Hoof (cd&v)
Tine Gielis (cd&v)
Steven Matheï (cd&v)
Franky Demon (cd&v)

ans constitue une étape importante en vue d'étendre la protection financière des patients admis dans un hôpital psychiatrique pour une longue durée.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

L'article 2 de la proposition de loi étend le droit au maximum à facturer pour les patients qui sont admis dans un hôpital psychiatrique pour une longue période.

La loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités prévoit aujourd'hui que les interventions personnelles relatives aux de séjour ne sont plus prises en compte pour le maximum à facturer à partir du 366^e jour d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique. La réglementation impose dès lors une limite pour les patients psychiatriques admis dans un hôpital psychiatrique pour une longue période: seules les interventions personnelles relatives aux frais de séjour durant la première année d'admission sont prises en compte pour le calcul du ticket modérateur total qui a été payé.

En portant d'un an à deux ans le délai pendant lequel ces interventions sont prises en compte, les patients psychiatriques sont mieux protégés contre les coûts élevés d'une admission prolongée dans un hôpital psychiatrique. Les tickets modérateurs payés pour le séjour dans un hôpital psychiatrique sont donc pris en compte dans le compteur MAF durant deux années au lieu d'une.

Art. 3

Cet article fixe l'entrée en vigueur de la loi proposée. Le maximum à facturer est calculé par année civile. Dès que les dépenses pour les soins médicaux atteignent leur plafond dans le courant de l'année civile, le ticket modérateur est intégralement remboursé pour les prestations ultérieures. L'année civile étant une donnée importante dans le cadre du maximum à facturer, la loi proposée entrera en vigueur au début de l'année civile qui suit sa publication au *Moniteur belge*.

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

In artikel 37*sexies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002 en laatstelijk gewijzigd bij de wet van 22 december 2023, worden in het zevende lid, 2°, de woorden “366^e dag” vervangen door de woorden “731^e dag”.

Art. 3

Deze wet treedt in werking op 1 januari van het jaar, volgend op de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

10 juli 2024

Nathalie Muylle (cd&v)
Nawal Farih (cd&v)
Els Van Hoof (cd&v)
Tine Gielis (cd&v)
Steven Matheï (cd&v)
Franky Demon (cd&v)

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

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

Art. 2

Dans l'article 37*sexies*, alinéa 7, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi du 5 juin 2002 et modifié en dernier lieu par la loi du 22 décembre 2023, les mots “366^e jour” sont remplacés par les mots “731^e jour”.

Art. 3

La présente loi entre en vigueur le 1^{er} janvier de l'année qui suit sa publication au *Moniteur belge*.

10 juillet 2024