

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2004-2005

18 FÉVRIER 2005

Proposition de loi modifiant la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et le Code des impôts sur les revenus 1992, en vue d'éviter le double remboursement des frais de maladie dans le cadre du maximum à facturer

(Déposée par Mme Annemie Van de Casteele)

DÉVELOPPEMENTS

Le maximum à facturer a été instauré dans le souci de garantir des soins de santé abordables aux personnes à revenus modestes et à celles dont les dépenses en matière de soins de santé sont importantes, compte tenu du niveau de leurs revenus.

Au début de cette année, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes a constaté des chevauchements. Le maximum à facturer entraînerait des remboursements doubles à hauteur de 12,8 millions d'euros. Le fait que des patients ayant souscrit, à titre privé, une assurance complémentaire en soins de santé — auprès d'une compagnie d'assurances ou d'une mutualité — peuvent également bénéficier du maximum à facturer et obtenir ainsi un double remboursement des mêmes frais, constitue un effet secondaire non voulu.

Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, M. Rudy Demotte, a reconnu l'existence du

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2004-2005

18 FEBRUARI 2005

Wetsvoorstel tot wijziging van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, met het oog op het voorkomen van dubbele terugbetaling van ziektekosten in het kader van de maximumfactuur

(Ingediend door mevrouw Annemie Van de Casteele)

TOELICHTING

De maximumfactuur werd ingevoerd vanuit de bekommernis de gezondheidszorg betaalbaar te houden voor mensen met een laag inkomen en voor mensen met zware gezondheidsuitgaven, rekening houdend met de hoogte van hun inkomen.

Begin dit jaar stelde de Landsbond der christelijke mutualiteiten overlappings vast. De maximumfactuur zou leiden tot 12,8 miljoen euro dubbele terugbetalingen. Het feit dat patiënten die privé een aanvullende ziektekostenverzekering afsloten — bij een verzekeringsmaatschappij of bij een mutualiteit — tevens in aanmerking komen voor de maximumfactuur en aldus een dubbele terugbetaling van dezelfde kosten oogsten is een niet beoogd neveneffect.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Rudy Demotte erkende dit probleem in zijn

problème dans sa réponse à ma demande d'explications n° 3-158 du 11 mars 2004 (*Annales* 3-46).

Cela signifie qu'en fin de compte, ces patients retiennent un bénéfice des prestations effectuées. Tel n'est pas, de toute évidence, le but recherché par l'instauration du maximum à facturer. Le maintien d'une telle situation peut également encourager une consommation inutile de soins de santé. Or, c'est précisément ce que l'autorité a tenté de combattre, avec plus ou moins de bonheur, au cours des dernières années.

Le ministre a indiqué que, pour éviter le double remboursement, d'une part, par le maximum à facturer et, d'autre part, par le système général ou public, il prendrait les mesures nécessaires, en exécution de l'article 3 de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, afin de prévoir la possibilité que la mutuelle indique, à la demande du CPAS, s'il y a remboursement par le biais du maximum à facturer.

Pour l'Institut national des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre, la police et d'autres institutions publiques, on pourrait aussi préciser, sur la base de l'article 136, § 2, de la loi relative au maximum à facturer, les modalités suivant lesquelles cette information devrait être transmise.

Le problème essentiel reste le double emploi entre le maximum à facturer et les assurances complémentaires.

Lors de l'instauration de la franchise fiscale et sociale en 1994, on a constaté qu'il n'était pas possible pour des raisons pratiques d'organiser un système dans lequel les sociétés d'assurance fourniraient aux mutuelles ou au fisc les informations relatives aux tickets modérateurs qu'elles ont déjà remboursés.

Étant donné que le nombre de personnes souscrivant une assurance complémentaire en soins de santé va croissant, il est important de légiférer en la matière.

Par assurance complémentaire, il faut entendre les assurances complémentaires relevant de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que les assurances complémentaires proposées par un service visé à l'article 3, b), de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Dans le cas où le patient bénéficie du maximum à facturer et a, de surcroît, contracté une assurance complémentaire en soins de santé, il peut arriver qu'il obtienne deux fois le remboursement de son ticket modérateur.

Les ménages dont au moins un des bénéficiaires bénéficie de l'intervention majorée de l'assurance ou

antwoord op mijn vraag om uitleg nr. 3-158 van 11 maart 2004 (*Handelingen* 3-46).

Dit betekent dat dergelijke patiënten uiteindelijk winst doen op de uitgevoerde prestaties. Dat is uiteraard niet de bedoeling van de maximumfactuur. Het voortbestaan van een dergelijke situatie kan ook aanzetten tot onnodige consumptie van gezondheidszorg. En dat is nu net waartegen de overheid de afgelopen jaren met wisselend succes gestreden heeft.

De minister stelde dat hij, om dubbele uitbetaling van enerzijds de maximumfactuur en anderzijds van het algemeen of openbaar stelsel te vermijden, in uitvoering van artikel 3 van de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging, de nodige maatregelen zou nemen, zodat het ziekenfonds op vraag van het OCMW kan meedelen of er terugbetaling is op grond van de maximumfactuur.

Ook voor het Nationaal Instituut voor oorlogsinvaliden, oud-strijders en oorlogsslachtoffers, de politie en andere openbare instellingen, zou, op basis van artikel 136, § 2, van de wet betreffende de maximumfactuur, informatieoverdracht kunnen worden geregeld.

Probleem blijft vooral het dubbel gebruik van de maximumfactuur met aanvullende verzekeringen.

Bij de invoering van de fiscale en sociale franchise in 1994 heeft men vastgesteld dat het om praktische redenen niet mogelijk was een systeem uit te werken waarbij verzekeringsmaatschappijen aan de mutualiteiten of de fiscus de bedragen doorgeven van remgelden die ze hebben terugbetaald.

Gelet op het feit dat steeds meer mensen zich aanvullend verzekeren voor gezondheidszorg, is het belangrijk dat wettelijk wordt ingegrepen.

Met aanvullende verzekeringen wordt bedoeld de aanvullende verzekeringen die ressorteren onder de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en de aanvullende verzekeringen die worden aangeboden door een dienst bedoeld in artikel 3, b), van de wet op 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden der ziekenfondsen.

Indien de patiënt geniet van de maximumfactuur en daar bovenop nog eens aanvullend verzekerd is tegen ziektekosten, kan het gebeuren dat hij zijn remgeld dubbel terugbetaald krijgt.

Gezinnen waarbij tenminste één van de rechthebbenden geniet van de verhoogde verzekeringstege-

d'un autre statut social et les ménages ayant un revenu modeste et des enfants âgés de moins de 19 ans bénéficient du maximum à facturer social. L'intervention personnelle, telle que définie par la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, est remboursée par les organismes assureurs.

Il s'est avéré difficile jusqu'à présent d'obliger les sociétés d'assurance à informer les mutualités de tous les remboursements qu'elles effectuent.

Un autre point est de savoir quand le fisc rembourse ou déduit de l'impôt la quote-part de l'intervention personnelle qui dépasse le plafond fixé.

À cet égard, la proposition vise à imposer au contribuable l'obligation de déclarer les indemnités qui lui ont été versées dans le cadre d'assurances complémentaires en soins de santé et qui couvrent l'intervention personnelle prévue par le maximum à facturer. On pourra ainsi éviter les doubles paiements.

Il va sans dire que le contribuable devra savoir quelle est l'indemnité qui correspond à la quote-part des interventions personnelles payées. À cet effet, les mutualités, les sociétés d'assurances et les institutions de soins devront mentionner sur leur décompte l'intervention personnelle du patient.

Le ticket modérateur, remboursé par l'assureur, ne doit donc plus dans ce cas être considéré comme un remboursement des frais de maladie exposés auparavant. Cette question est réglée par le maximum à facturer. Il est logique, dès lors, que ce remboursement par le biais de l'assurance complémentaire soit déduit du total de l'intervention personnelle qui sera remboursé comme excédent de précompte.

La présente proposition impose l'obligation de déclarer les tickets modérateurs remboursés par l'assureur, si le contribuable bénéficie du maximum à facturer. Désormais, ce dernier sera tenu de déclarer ces revenus. Les organismes assureurs seront donc tenus, lors de la communication des montants versés, de faire connaître séparément à l'assuré le montant total des tickets modérateurs.

En cas d'absence de déclaration ou en cas de déclaration incomplète ou inexacte, le contribuable sera passible des dispositions pénales prévues à l'article 444 et suivants du Code des impôts sur les revenus 1992.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article 2

L'article 37quindecies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

moetkoming of van een ander sociaal statuut en gezinnen met een bescheiden inkomen en kinderen jonger dan 19 jaar, genieten van de zogenaamde « sociale maximumfactuur ». De terugbetaling van het persoonlijk aandeel, zoals gedefinieerd door de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur, gebeurt door de verzekeringsinstellingen.

Het bleek tot nu toe moeilijk haalbaar de verzekeringsmaatschappijen te verplichten gegevens over alle uitbetalingen aan de mutualiteiten over te maken.

Iets anders is het wanneer de fiscus het gedeelte van het persoonlijk aandeel dat boven de drempel valt, terugbetaalt of in mindering brengt van de belastingen.

Wat dit betreft strekt het voorstel ertoe aan de belastingplichtige de verplichting op te leggen mee te delen welke vergoedingen hij in het kader van aanvullende ziekteverzekeringen, die het persoonlijk aandeel dekken dat in de maximumfactuur is opgenomen, heeft gekregen. Op die manier kan dubbele betaling vermeden worden.

Uiteraard betekent dit dat de belastingplichtige moet weten welke vergoeding overeenkomt met het deel van de betaalde persoonlijke aandelen. Daartoe zullen de mutualiteiten, de verzekeringsmaatschappijen en de verzorgingsinstellingen op hun afrekening moeten vermelden welk het persoonlijk aandeel van de patiënt is.

Het remgeld, terugbetaald door de verzekeraar, dient daarom in dit geval niet langer gezien te worden als een terugbetaling van de eerder gemaakte ziektekosten — dit wordt immers geregeld via de maximumfactuur. Het is dan ook niet meer dan logisch dat deze terugbetaling via de aanvullende verzekering afgetrokken dient te worden van het totaal persoonlijk aandeel dat als overschot van voorheffing teruggestort zal worden.

Dit wetsvoorstel voorziet in de aangifteplicht van remgelden, terugbetaald door de verzekeraar, indien de belastingplichtige in aanmerking komt voor de maximumfactuur. Deze inkomsten moeten door de belastingplichtige voortaan verplicht aangegeven worden. De verzekeringsinstellingen zijn dan ook verplicht om bij melding van de uitgekeerde bedragen afzonderlijk het totaal van de remgelden bekend te maken aan de verzekerde.

Bij niet-aangifte of in geval van onvolledige of onjuiste aangifte, valt de belastingplichtige onder de strafbepalingen van artikel 444 en volgende van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992.

TOELICHTING BIJ DE ARTIKELEN

Artikel 2

Artikel 37quindecies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en

précise les modalités du remboursement de l'intervention personnelle du bénéficiaire du maximum à facturer. Tous les tickets modérateurs qui excèdent le montant de référence sont portés en déduction de l'impôt dû sur les revenus. L'article 2 de la présente proposition de loi dispose que ce n'est plus le cas pour les montants perçus dans le cadre d'une assurance complémentaire en soins de santé, lesquels sont déduits de l'intervention personnelle du maximum à facturer.

Article 3

Le présent article insère dans le titre II, chapitre III, section II, du Code des impôts sur les revenus, une sous-section III comprenant les articles 174*bis* et 174*ter*.

L'article 174*bis* règle la déclaration pour l'impôt sur le revenu. Le contribuable devra tout d'abord indiquer sur son formulaire de déclaration s'il a bénéficié du maximum à facturer. Si c'est le cas, il devra communiquer le montant des indemnités qu'il a reçues au cours de l'année imposable dans le cadre d'une assurance complémentaire en soins de santé et qui couvrent l'intervention personnelle, à savoir le ticket modérateur.

L'article 174*ter* règle le traitement fiscal de l'intervention personnelle de l'indemnité.

*
* *

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

Art. 2

L'article 37*quindécies* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par la loi du 5 juin 2002, est complété par l'alinéa suivant:

uitkeringen omschrijft de nadere regels voor de terugbetaling van het persoonlijk aandeel wanneer men in aanmerking komt voor de maximumfactuur. Alle remgeld boven het referentiebedrag wordt in mindering gebracht van de verschuldigde inkomstenbelastingen. Artikel 2 van dit wetsvoorstel bepaalt dat dit niet langer het geval is voor de bedragen die werden ontvangen in het kader van een aanvullende verzekering voor gezondheidszorg. Deze worden afgetrokken van het persoonlijk aandeel van de maximumfactuur.

Artikel 3

Dit artikel voegt in titel II, hoofdstuk III, afdeling II, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen, een onderafdeling III in, die de artikelen 174*bis* en 174*ter* omvat.

Artikel 174*bis* regelt de aangifte voor de inkomstenbelastingen. De belastingplichtige zal eerst op zijn aangifteformulier moeten invullen of hij in aanmerking kwam voor de maximumfactuur. Indien dit het geval is, dient hij het bedrag mee te delen dat hij in het belastbaar jaar aan uitkeringen heeft gekregen in het kader van een aanvullende verzekering voor gezondheidszorg, dat betrekking hebben op het persoonlijk aandeel, zijnde het remgeld.

Artikel 174*ter* regelt de fiscale afhandeling van het persoonlijk aandeel van de uitkering.

Annemie VAN DE CASTEELE.

*
* *

WETSVOORSTEL

Artikel 1

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

Art. 2

Artikel 37*quindécies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de wet van 5 juni 2002, wordt aangevuld met het volgende lid:

«La quote-part de l'intervention personnelle qui, conformément à l'alinéa 1^{er}, est remboursée ou imputée, est diminuée du montant des indemnités versées par l'assurance complémentaire en soins de santé, par une assurance couvrant les accidents de sport ou par d'autres assurances à déterminer par le Roi, et couvrant l'intervention personnelle octroyée au ménage fiscal.»

Art. 3

Il est inséré dans le titre II, chapitre III, section II, du Code des impôts sur les revenus 1992, une sous-section III, libellée comme suit :

«Sous-section III. — Intervention personnelle remboursée dans le cadre d'une assurance complémentaire en soins de santé.

Art. 174bis. — Le contribuable qui, conformément au titre III, chapitre IIIbis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, bénéficie du maximum à facturer, indique sur sa déclaration fiscale le montant des indemnités se rapportant à l'intervention personnelle qui lui a été remboursée dans le cadre d'une assurance complémentaire en soins de santé visée à l'article 37quindecies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et relevant de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances ou qui est offerte par un service tel que visé à l'article 3, b), de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

Le Roi fixe les modalités de la communication par les organismes assureurs, au contribuable, du montant total de l'intervention personnelle qui lui a été octroyée.

Art.174ter. — Pour autant qu'elle excède le montant de référence tel que visé à l'article 37quindecies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la partie des indemnités, visées à l'article 174bis, est portée en déduction de la quote-part de l'intervention personnelle d'une année, conformément à l'article 37quindecies de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.»

«Het gedeelte van het persoonlijk aandeel dat overeenkomstig het eerste lid wordt gestort of in mindering gebracht, wordt verminderd met het bedrag van de vergoedingen uitbetaald in het kader van een aanvullende verzekering voor gezondheidszorg een sportongevallenverzekering of andere, door de Koning te bepalen verzekeringen voor het persoonlijk aandeel, dat aan het fiscaal gezin toegekend is.»

Art. 3

In titel II, hoofdstuk III, afdeling II, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, wordt een onderafdeling III ingevoegd, luidende :

«Onderafdeling III. — Persoonlijk aandeel terugbetaald in het kader van een aanvullende verzekeringsovereenkomst voor gezondheidszorg.

Art. 174bis. — De belastingplichtige die, overeenkomstig titel III, hoofdstuk IIIbis, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, in aanmerking komt voor de maximumfactuur, vermeldt op zijn belastingsaangifte het bedrag van de vergoedingen die betrekking hebben op het persoonlijk aandeel dat hem uitbetaald werd in het kader van een aanvullende verzekeringsovereenkomst zoals bepaald in artikel 37quindecies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en die valt onder de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen of die wordt aangeboden door een dienst bedoeld in artikel 3, b), van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden der ziekenfondsen.

De Koning bepaalt de wijze waarop de verzekeringsinstellingen het totale bedrag van het persoonlijk aandeel dat aan de belastingplichtige werd toegekend, aan de belastingplichtige meedelen.

Art. 174ter. — Het deel van de vergoedingen, bedoeld in artikel 174bis, en voor zover het hoger is dan het referentiebedrag zoals vermeld in artikel 37quindecies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt in mindering gebracht van het gedeelte van het persoonlijk aandeel van een jaar, conform artikel 37quindecies van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.»

Art. 4

La présente loi entre en vigueur le premier jour de l'année qui suit celle au cours de laquelle elle a été publiée au *Moniteur belge*.

Art. 4

Deze wet treedt in werking op de eerste dag van het jaar volgend op dat waarin ze in het *Belgisch Staatsblad* is verschenen.

Annemie VAN DE CASTEELE.