

II. Personne sans mutuelle

Personnes concernées - Couverture santé - Droit aux prestations - Qualité de bénéficiaire - Conditions - Groupe de travail assurabilité de l'INAMI - Mesures - Information

Question n° 1906 posée le 6 octobre 2017 à Madame la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, par Monsieur le Représentant FRIART¹

93.326 Belges n'étaient pas couverts pour leurs prestations de santé en 2016. C'est une augmentation de 10,8 % en cinq ans. Dans beaucoup de cas, il semblerait que les personnes soient toujours affiliées à une mutuelle mais aient perdu leur qualité de bénéficiaire car elles ne remplissaient plus les conditions pour avoir droit aux prestations.

Elles doivent concrètement payer le prix plein lorsqu'elles vont chez le médecin, à la pharmacie ou sont hospitalisées. Elles ne bénéficient plus du tiers payant ou du quelconque remboursement des soins de santé. Il en va de même pour les personnes à charge.

Si au final, le nombre de non-assurés est relativement faible, il est proportionnellement beaucoup plus élevé dans les grandes villes.

De manière générale, les salariés payent l'assurance obligatoire via les cotisations ONSS ; les indépendants, via les lois sociales. Les personnes concernées sont le plus souvent des indépendants en défaut de paiement, des SDF, les exclus du chômage ou des gens partis à l'étranger sans faire le nécessaire.

1. Que pouvez-vous dire à propos de cette situation ?
2. Comment expliquer une telle hausse de personnes non couvertes en cinq ans ?
3. Quelles sont les mesures prises pour inciter un maximum de personnes à faire le nécessaire pour leur couverture santé ?
4. Avez-vous des données quant aux conséquences engendrées par ces personnes non couvertes ?
5. Par extension à cela, savez-vous le pourcentage de personnes étant parfaitement bien informées de tout ce que contiennent leurs couvertures santé (tous les avantages dont elles bénéficient, elles et leur famille, lorsque plusieurs couvertures peuvent se superposer - personnelles et professionnelles) ? Y a-t-il un travail à faire à ce niveau-là afin d'améliorer l'information ?

Réponse :

La situation est suivie de près par les administrations concernées.

1. Bulletin n° 160, Chambre, session ordinaire 2017-2018, p. 170.

1. La couverture de l'assurance obligatoire vise à atteindre tous les Belges. Historiquement, au moment de la création de l'assurance obligatoire soins de santé, le lien entre ce droit et l'activité professionnelle exercée était essentiel : en 1944, la sécurité sociale a été créée en faveur des travailleurs salariés. Par la suite, un droit aux soins de santé a été octroyé aux travailleurs indépendants, droit qui a été progressivement étendu à d'autres catégories de travailleurs (fonctionnaires, domestiques, etc.). Au fil des années, le lien avec l'activité professionnelle est devenu moins strict avec pour objectif l'octroi de ce droit à l'ensemble de la population : aux personnes handicapées, aux étudiants et, finalement, aux personnes non encore protégées.

Pour ouvrir et maintenir un droit à la couverture soins de santé de l'assurance obligatoire, trois conditions doivent être remplies :

- être inscrit auprès d'un organisme assureur
- posséder une des qualités de titulaires mentionnées dans la réglementation : personnes assujetties à la sécurité sociale (travailleurs salariés, indépendants, reconnus incapables de travailler, en chômage contrôlé, etc.), pensionnés, personnes handicapées, étudiants de l'enseignement supérieur, personnes inscrites au Registre national des personnes physiques, veufs, membres des communautés religieuses, personnes à charge
- être en ordre de cotisation pour l'année de référence, à savoir la deuxième année précédant l'année du droit.

L'inscription ou l'affiliation auprès d'un organisme assureur est maintenue pour un délai allant au plus tard jusqu'à la fin de la deuxième année écoulée après la dernière année où le titulaire avait encore droit à des prestations de santé. Pendant la durée de validité de l'inscription ou de l'affiliation, l'acquisition d'une autre qualité de titulaire n'entraîne pas de nouvelle inscription ou affiliation.

Au cas où le titulaire introduit une demande d'inscription après que soit expirée la validité de la précédente inscription en application de l'alinéa précédent, cette nouvelle inscription, si elle est acceptée, sera considérée comme une réinscription ou une réaffiliation. La réinscription ou la réaffiliation ne peut avoir d'effet au plus tôt que le jour après l'expiration de la validité de la précédente inscription. Les mêmes règles que celles qui sont en vigueur pour l'inscription ou l'affiliation sont par ailleurs d'application pour la réinscription ou la réaffiliation.

L'accessibilité de l'assurance obligatoire soins de santé, en particulier pour les groupes socio-économiquement faibles, constitue une préoccupation importante tant pour les organismes assureurs que pour l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Le Service du contrôle administratif de l'INAMI a, à plusieurs reprises, pris la problématique des personnes non assurées comme sujet de contrôle auprès des organismes assureurs et assure un suivi précis et chiffré de celui-ci. Ces contrôles ont entre autres montré que les personnes non assurées étaient principalement des hommes faisant partie de la population active et se trouvant dans la tranche d'âge des 30 à 49 ans.

Ces contrôles ont également mis en évidence différentes raisons pour lesquelles les personnes se retrouvent sans droit aux soins de santé :

- leurs cotisations pour l'année de référence s'avèrent insuffisantes et ces personnes ne paient pas le complément nécessaire
- elles se trouvent dans une situation de réinscription avec application d'un stage d'attente de six mois, stage qui est imposé lorsque l'inscription précédente est échue en raison du non-respect de l'obligation de cotisation

- elles ont droit à une prise en charge des soins de santé sur base d'une autre réglementation (par ex. en cas de départ à l'étranger)
 - elles ne communiquent à leur organisme assureur aucun document :
 - pour l'obtention d'une dispense de cotisations personnelles
 - pour finaliser leur inscription.
- 2. Cette problématique est également suivie au sein d'organes de l'INAMI, dont le Groupe de travail assurabilité. Des données partielles récentes montrent que la majorité des personnes non couvertes ne résident plus en Belgique. Au 31 décembre 2015, les personnes non couvertes bénéficiant d'une adresse en Belgique représentaient 31,9 % de toutes les personnes non couvertes. Le même constat a été fait lors de contrôles auprès des organismes assureurs.
- 3. Différentes mesures existent qui permettent d'éviter que des personnes n'aient pas de droit aux soins de santé.

Ainsi, les travailleurs indépendants ont en principe un droit aux soins de santé s'ils sont en ordre de cotisations au statut social des indépendants. Diverses raisons peuvent expliquer le défaut de paiement de cotisation des indépendants, mais des solutions existent dans le cadre même du statut social pour les indépendants en difficulté :

- une dispense de cotisation peut être demandée à la Commission des dispenses de cotisations. Cette Commission peut accorder aux indépendants qui se trouvent "dans le besoin" ou "dans une situation voisine de l'état de besoin", une dispense totale ou partielle du paiement obligatoire des cotisations de sécurité sociale
- un "droit passerelle" est prévu pour les indépendants qui doivent cesser leurs activités suite à une faillite, des difficultés financières, un événement (incendie, allergie, etc.) ou un règlement collectif de dettes. Ce droit passerelle assure la sauvegarde des droits en matière d'assurance maladie-invalidité (sans paiement de cotisations) pendant maximum quatre trimestres
- certains indépendants (notamment ceux en difficulté suite aux attentats ou à la crise fipronil) peuvent demander un report de paiement.

Dans tous ces cas, le droit aux soins de santé reste maintenu.

L'assurance obligatoire soins de santé offre même une solution supplémentaire pour les indépendants qui ne bénéficieraient pas de ces mécanismes, en leur permettant de recourir à la qualité de résident pour laquelle des cotisations personnelles seront ou non dues, en fonction des revenus du ménage.

Les organismes assureurs ont un rôle proactif dans ce domaine afin d'éviter qu'un indépendant en difficulté ne se retrouve sans couverture santé.

En ce qui concerne les sans-abri, des consultations sont actuellement menées entre l'INAMI, la Banque carrefour de la Sécurité sociale, les associations actives auprès des sans-abris, les CPAS et les organismes assureurs afin de trouver des solutions concrètes et pratiques aux problèmes qui peuvent entraîner un défaut d'assurabilité, comme le fait de ne pas disposer d'une carte d'identité ou d'être radié du Registre national des personnes physiques. Plusieurs pistes sont actuellement à l'étude.

L'assurance obligatoire soins de santé a également mis en place des mécanismes permettant aux personnes exclues du chômage de maintenir leur droit aux soins de santé, soit en continuant à les considérer comme titulaires "chômeurs contrôlés", soit en leur permettant de bénéficier de l'assurance continuée, qui est toutefois limitée dans le temps. Cette réglementation doit régulièrement être mise à jour afin de suivre l'évolution de la réglementation chômage.

4. L'absence de couverture soins de santé ne se fait sentir que lorsque le recours aux soins est nécessaire. C'est à cette occasion qu'une partie des personnes concernées va entreprendre les démarches nécessaires pour bénéficier des remboursements et elles en bénéficieront dans la plupart des cas immédiatement, le stage restant l'exception.
5. L'information des assurés sociaux quant à leurs droits aux soins de santé constitue une préoccupation constante des dispensateurs de soins, des organismes assureurs et de l'INAMI. L'enquête de santé menée par l'Institut scientifique de santé publique, mais aussi l'enquête réalisée pour le compte de l'INAMI à l'occasion de son cinquantième anniversaire permettent de mesurer le degré de satisfaction de la population quant au système de soins de santé et, par cette manière, de vérifier que celui-ci est connu. Les résultats de telles enquêtes servent à éclairer les décisions à prendre pour améliorer ce système.