

## II. Personen zonder ziekenfonds

Categorieën van niet verzekerde personen - Ziekteverzekering - Recht op een tegemoetkoming - Rechthebbende - Voorwaarden - Werkgroep Verzekerbearheid van het RIZIV - Maatregelen - Informatie

Vraag nr. 1906, gesteld op 6 oktober 2017 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer FRIART<sup>1</sup>

In 2016 hadden 93.326 Belgen geen ziekteverzekering. Dat is een stijging van 10,8 % in vijf jaar. Vaak waren die mensen nog wel aangesloten bij een ziekenfonds, maar waren ze niet langer rechthebbende omdat ze niet meer aan de voorwaarden voldeden om recht te hebben op een tegemoetkoming.

Wanneer ze bij de dokter of naar de apotheek gaan, of in het ziekenhuis worden opgenomen, moeten ze dus het volledige <sup>2</sup>bedrag ophoesten. Ze hebben niet langer recht op de derde-betalersregeling of op enige terugbetaling van gezondheidszorg. Dat geldt ook voor de personen ten laste.

Hoewel het aantal niet-verzekerden niet zo hoog ligt, ligt het verhoudingsgewijs wel hoog in de grote steden.

Globaal genomen betalen de loontrekkenden de verplichte verzekering via de RSZ-bijdragen en de zelfstandigen via de socialeverzekeringskas. De belangrijkste categorieën van niet verzekerde personen zijn zelfstandigen die hebben nagelaten de nodige bijdragen te betalen, daklozen, personen die uitgesloten werden van het recht op werkloosheidsuitkeringen en personen die naar het buitenland vertrokken zijn zondere de nodige formaliteiten te vervullen.

1. Wat is uw standpunt ?
2. Hoe komt het dat het aantal niet verzekerde personen de jongste vijf jaar zo sterk is gestegen ?
3. Welke maatregelen worden er genomen om zoveel mogelijk personen ertoe aan te zetten het nodige te doen om hun ziekteverzekering in orde te brengen ?
4. Beschikt u over gegevens rond de impact van de situatie van die niet-verzekerde personen ?
5. Welk percentage van de bevolking is perfect op de hoogte van de dekking van hun verschillende ziekteverzekeringen (van alle voordelen waar zij en hun gezin recht op hebben wanneer er meerdere verzekeringen zijn, bijvoorbeeld individuele en professionele) ? Moet er iets gebeuren om de informatie op dat punt te verbeteren ?

### Antwoord :

Deze situatie wordt van dichtbij gevolgd door de betrokken administraties.

1. Bulletin nr. 160, Kamer, gewone zitting 2017-2018, p. 170.

1. De dekking van de verplichte verzekering beoogt alle Belgen te bereiken. Historisch was, op het moment van de oprichting van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, de link tussen dit recht en de uitgeoefende professionele activiteit essentieel: in 1944 werd de sociale zekerheid opgericht ten behoeve van de loontrekkenden. Later werd een recht op geneeskundige verzorging toegekend aan de zelfstandigen en vervolgens werd dit progressief uitgebreid naar andere categorieën van actieven (ambtenaren, dienstboden, enz.). Doorheen de jaren is de link met de beroepsactiviteit minder stringent geworden en het doel werd het toekennen van dit recht aan de hele bevolking: aan de personen met een handicap, aan studenten en tenslotte aan de nog niet beschermde personen.

Om een recht op dekking voor geneeskundige verzorging binnen de verplichte verzekering te openen en te behouden moeten er drie voorwaarden vervuld zijn :

- ingeschreven zijn bij een verzekeringsinstelling
- beschikken over een van de hoedanigheden van gerechtigde vermeld in de reglementering: personen onderworpen aan de sociale zekerheid (loontrekkende werknemers, zelfstandigen, erkend arbeidsongeschikten, in gecontroleerde werkloosheid, enz.), gepensioneerden, personen met een handicap, studenten van het hoger onderwijs, personen ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen, weduwen, leden van kloostergemeenschappen, personen ten laste
- in orde zijn met de bijdragen voor het referentiejaar, welke het tweede voorafgaande jaar is aan het jaar van het recht.

De inschrijving of aansluiting bij een verzekeringsinstelling blijft behouden voor een termijn die loopt tot het einde van het tweede jaar dat verstreken is na het laatste jaar waarover de gerechtigde nog, recht op geneeskundige verstrekkingen had. Tijdens de geldigheidsduur van de inschrijving of aansluiting, heeft het verwerven van een andere hoedanigheid van gerechtigde, geen nieuwe inschrijving of aansluiting tot gevolg.

Ingeval de gerechtigde een aanvraag om inschrijving indient nadat de geldigheid van de vorige inschrijving is vervallen, in toepassing van het vorige lid, zal deze nieuwe inschrijving, indien ze wordt aanvaard, beschouwd worden als een herinschrijving of heraansluiting. De herinschrijving of heraansluiting kan ten vroegste uitwerking hebben op de dag na de einddatum van de geldigheid van de vorige inschrijving. Op de herinschrijving of heraansluiting zijn voor het overige dezelfde regels van toepassing, als die welke gelden voor de inschrijving of aansluiting.

De toegankelijkheid van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is een belangrijke preoccupatie voor de verzekeringsinstellingen en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), in het bijzonder voor de zwakke socio-economische groepen. De Dienst voor administratieve controle van het RIZIV heeft verschillende keren de problematiek van de niet-verzekerde personen als onderwerp van een controle bij de verzekeringsinstellingen genomen en houdt er een precieze en becijferde opvolging van bij. Deze controles hebben onder andere aangetoond dat de niet-verzekerde personen hoofzakelijk mannen waren die deel uitmaken van de actieve bevolking en zich in de leeftijdscategorie van 30 tot 49 jaar bevinden.

Deze controles hebben eveneens verschillende redenen aan het licht gebracht waarom de personen geen recht op geneeskundige verzorging hebben :

- hun bijdragen voor het referentiejaar bleken onvoldoende en ze betaalden niet de nodige aanvullende bijdrage
- ze bevinden zich in een situatie van herinschrijving met toepassing van een wachttijd van zes maanden, welke wordt opgelegd indien de voorgaande inschrijving vervallen was omwille van het niet nakomen van de bijdrageverplichting

- ze hebben recht op een tenlasteneming voor de geneeskundige verzorging op basis van een andere reglementering (bv. vertrek naar het buitenland)
  - ze overhandigen geen documenten aan hun verzekeringsinstelling:
    - om een vrijstelling voor de persoonlijke bijdragen te verkrijgen
    - om de inschrijving te finaliseren.
2. Deze problematiek wordt ook opgevolgd in de schoot van de organen van het RIZIV, waaronder de Werkgroep Verzekeraarbaarheid. Recente gedeeltelijke gegevens tonen aan dat de meerderheid van de niet gedekte personen niet meer in België verblijven. Op 31 december 2015 vertegenwoordigden de personen met een adres in België die niet gedekt waren 31,9 % van alle niet gedekte personen. Hetzelfde werd vastgesteld bij de controles van de verzekeringsinstellingen.
3. Er bestaan verschillende maatregelen om te vermijden dat personen geen recht hebben op geneeskundige verzorging.

Zo hebben de zelfstandigen in principe een recht op geneeskundige verzorging als ze in orde zijn met de bijdragen binnen het sociaal statuut van de zelfstandigen. Er zijn verschillende redenen die kunnen verklaren waarom de zelfstandigen het nalaten de bijdragen te betalen, maar er bestaan, in het kader zelf van het sociaal statuut voor zelfstandigen in moeilijkheden, oplossingen :

- een vrijstelling voor de bijdragen kan gevraagd worden aan de Commissie voor vrijstelling van bijdragen. Deze commissie kan aan zelfstandigen die zich in “staat van behoefte” of een “toestand die de staat van behoefte benadert” bevinden een totale of gedeeltelijke vrijstelling van verplichte betaling van de sociale zekerheidsbijdragen toekennen
- een “overbruggingsrecht” is voorzien voor de zelfstandigen die hun activiteiten moeten stopzetten ten gevolge van een faillissement, financiële problemen, een gebeurtenis (brand, allergie, enz.) of een collectieve schuldenregeling. Dit overbruggingsrecht waarborgt rechten binnen de verzekering ziekte-invaliditeit (zonder betaling van bijdragen) gedurende maximum vier trimesters
- bepaalde zelfstandigen (meer bepaald diegenen in moeilijkheden ten gevolge van de aanslagen of de fipronilcrisis) kunnen een uitstel van betaling vragen.

In al deze gevallen blijft het recht op geneeskundige verzorging behouden.

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging biedt zelf een bijkomende oplossing voor de zelfstandigen die geen rechten kunnen doen gelden op deze mechanismen, door hun toe te staan een beroep te doen op de hoedanigheid van resident voor dewelke wel of geen persoonlijke bijdragen verschuldigd zijn, in functie van de gezinsinkomens.

De verzekeringsinstellingen hebben een proactieve rol op dit gebied om te vermijden dat een zelfstandige in moeilijkheden zich zonder gezondheidsdekking zou bevinden.

Wat de daklozen betreft is er actueel overleg lopende tussen het RIZIV, de Kruispuntbank voor de Sociale Zekerheid, de verenigingen actief bij daklozen, de OCMW's en de verzekeringsinstellingen, om concrete oplossingen en praktijken te vinden voor de problemen die een gebrek aan verzekeraarbaarheid kunnen creëren, zoals het feit niet te beschikken over een identiteitskaart of uitgeschreven te zijn uit het Rijksregister van de natuurlijke personen. Actueel worden meerdere pistes bestudeerd.

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft ook mechanismen uitgewerkt die toelaten dat personen die uitgesloten zijn van de werkloosheid hun recht op geneeskundige verzorging kunnen behouden, ofwel door ze te blijven beschouwen als gerechtigden "gecontroleerde werklozen", ofwel door hun toe te staan te genieten van de voortgezette verzekering, welke echter beperkt is in de tijd. Deze reglementering moet regelmatig bijgewerkt worden om de evolutie in de werkloosheidsreglementering te volgen.

4. De afwezigheid van dekking geneeskundige verzorging laat zich enkel voelen wanneer er een beroep op zorgen nodig is. Het is bij deze gelegenheid dat een deel van de betrokken personen de noodzakelijke stappen zal ondernemen om te kunnen genieten van terugbetalingen en ze genieten er in de meerderheid van de gevallen onmiddellijk van, de wachttijd blijft een uitzondering.
5. De informatie aan de sociaal verzekerden met betrekking tot hun rechten geneeskundige verzorging is een constante preoccupatie van de zorgverleners, de verzekeringsinstellingen en het RIZIV. De gezondheidsenquête uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en ook het onderzoek gerealiseerd door het RIZIV ten gelegenheid van haar vijftigste verjaardag laten toe de tevredenheidsgraad van de bevolking te meten met betrekking tot het systeem van geneeskundige verzorging en op die wijze na te gaan of dit gekend is. De resultaten van zulke enquêtes dienen om de te nemen beslissingen ten overstaan van het systeem te verbeteren en te verduidelijken.