

Memorandum

Verkiezingen 2024

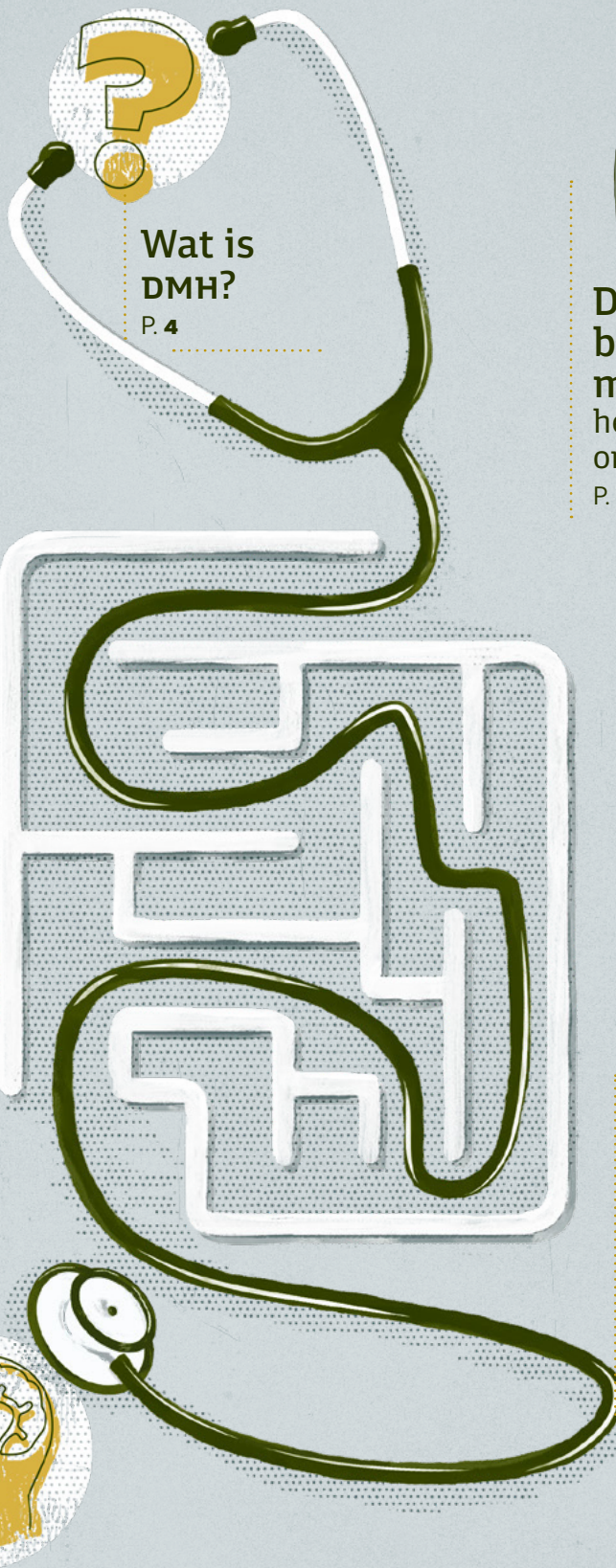
► Een wegwijzer voor
de vereenvoudiging en harmonisering
van de **Dringende Medische Hulp**

DMH



Inhoudstafel

► klik om naar de juiste pagina te gaan



Wat is DMH?

P. 4



De actoren betrokken in dit memorandum: het proces en de ondertekenaars

P. 5



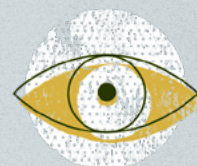
Bibliografie

P. 38



Lexicon

P. 37



De bevindingen: moeilijkheden voor alle belanghebbenden

P. 8



Conclusie en een overzichtstabel van de aanbevelingen

P. 32



De doelstellingen: het recht op gezondheid garanderen en de kosten drukken

P. 10



De aanbevelingen P. 14

👁 In een oogopslag P. 2

- 1 ► Betrek de belanghebbenden bij een proces van vereenvoudiging en harmonisering P. 14
- 2 ► Garandeer de toegang tot informatie voor alle belanghebbenden P. 16
- 3 ► Vereenvoudig en harmoniseer de toegang P. 20
- 4 ► Vereenvoudig en harmoniseer de dekking P. 25
- 5 ► Respecteer het wettelijke kader P. 28



De 5 aanbevelingen in één oogopslag

1 ➤ Betrek de belanghebbenden bij een proces van vereenvoudiging en harmonisering

De bevoegde autoriteiten richten een overleg- en besluitvormingsorgaan op om de vereenvoudiging en harmonisering van DMH te programmeren en evalueren. Dit orgaan bestaat uit overheidsstructuren en verenigingen die de verschillende belanghebbenden vertegenwoordigen. Er worden ook middelen geïnvesteerd om een betere monitoring te organiseren van de gezondheidszorg en de toegangsprocedures.

👁️ [zie aanbeveling 1 \(P. 14\)](#)

“De ocmw's die verantwoordelijk zijn voor met spoed opgenomen patiënten die recht hebben op DMH, vragen ons regelmatig om het sociaal onderzoek uit te voeren. Ze vragen ons dit omdat ze niet naar het ziekenhuis kunnen komen om de patiënt te ontmoeten die zich niet kan verplaatsen. Het is echter niet onze verantwoordelijkheid, maar soms doen we het toch om ervoor te zorgen dat de patiënt toegang krijgt tot een reeks noodzakelijke zorgen. Wij verlenen regelmatig zorg aan mensen die recht hebben op DMH, maar het ocmw weigert voor hen tussen te komen. Dit schaadt de financiën van onze instelling.”

Getuigenis van een maatschappelijk werker in een ziekenhuis (opgetekend door Dokters van de Wereld in 2022).

2 ➤ Garandeer de toegang tot informatie voor alle belanghebbenden

Verschillende indicatoren wijzen op een aanzienlijk gebrek aan kennis van het bestaan van DMH, de toegangsvoorwaarden en de dekking ervan, zowel bij de rechthebbenden als bij de zorgverleners, en zelfs binnen bepaalde OCMW's. Daarom is het essentieel dat de verschillende beleidsniveaus middelen en tools mobiliseren om de belanghebbenden te informeren over het recht op DMH.

👁️ [zie aanbeveling 2 \(P. 16\)](#)

“Waarom wil je de medische kaart als je niet ziek bent? Er is veel onwetendheid onder de mensen, maar je moet ervoor zorgen dat je de kaart hebt vooraleer je ziek wordt! Ik praat al vijf jaar met iemand over de medische kaart, in een poging haar ervan te overtuigen dat dit belangrijk is voor haar gezondheid. Vorige week vertrouwde ze mij eindelijk en gaf ze mij toestemming om haar te helpen met de procedures.”

Getuigenis van een rechthebbende van DMH (opgetekend door BAPN/BPA op 06/04/2023).



3 > Vereenvoudig en harmoniseer de toegang

De OCMW's verlenen het recht op DMH via een aangepast onthaal en een vereenvoudigde en geharmoniseerde procedure. Voor mensen met directe medische noden geeft een DMH-verzoek tijdelijk recht op drie maanden zorg terwijl het "sociaal onderzoek" loopt. Een gunstig sociaal onderzoek opent het recht op DMH gedurende een jaar, ongeacht de medische behoeften

 [zie aanbeveling 3 \(P. 20\)](#)

“Je hebt geen papieren, dan tel je niet! Op de plek waar ik woon, kan ik geen adres opgeven. Ik heb bijna een jaar zonder adres gezeten. Op een dag ontmoette ik een politieagent die tegen me zei: zelfs een dakloze die op straat slaapt, heeft het recht om naar de gemeente te gaan en te zeggen dat hij daar slaapt. Je hebt een huisbaas, je geeft hem geld voor de huur, en je hebt het bewijs. Ga naar het ocmw”

Getuigenis van een rechthebbende op DMH (opgetekend door BAPN/BPA op 06/04/2023).

4 > Vereenvoudig en harmoniseer de dekking

Het computersysteem MediPrima, dat een administratieve vereenvoudiging van de dekking van de zorg mogelijk maakt, wordt snel toegankelijk voor alle zorgverleners met een RIZIV-nummer. De verschillende machtsniveaus garanderen de mogelijkheid om hulp te verlenen die niet onder DMH valt, maar die een directe impact heeft op de gezondheid van mensen.


 [zie aanbeveling 4 \(P. 25\)](#)

“Het dossier van mijn patiënt werd door het ocmw geweigerd op grond van het feit dat haar eerdere verzoeken werden afgewezen. We hebben er bij de zorgverstreker erop aangedrongen dat ze de abortus met spoed zouden uitvoeren. Ze gingen akkoord met een gespreide betaling. De vrouw heeft €90 moeten betalen vooraleer de abortus kon worden uitgevoerd. Daarna betaalde ze met schijven van €100 voor een totaalbedrag van €519. Ze heeft geld moeten lenen om haar abortus op tijd te laten plaatsvinden”

Getuigenis van een maatschappelijk werker (opgetekend door Dokters van de Wereld in 2022)..

5 > Respecteer het wettelijke kader

Instrumenten ter verduidelijking en controlemechanismen zorgen voor een uniforme toegang en dekking van DMH, ongeacht het OCMW dat dat deze hulp verleent of de gezondheidstoestand van de rechthebbende. De OCMW's beschikken over de nodige middelen om een vertrouwensrelatie op te bouwen met de rechthebbenden op DMH, zonder bijkomende toegangsvoorwaarden op te leggen.

 [zie aanbeveling 5 \(P. 28\)](#)

“Wij verwijzen vrouwen door naar het ocmw met een verzoek tot DMH waarin duidelijk het verzoek tot zwangerschapsafbreking vermeld wordt. Maar mensen moeten eerst een sociaal onderzoek doorlopen [...] De laatste keer werd de vrouw geweigerd omdat ze niet over een identiteitsbewijs beschikte. In dit ocmw is er zonder officieel identiteitsdocument geen mogelijkheid om toegang te krijgen tot DMH, maar dit is niet in overeenstemming met de wet”

Getuigenis van een maatschappelijk werker (opgetekend door Dokters van de Wereld in 2022).





Wat is DMH?

In België wordt het **fundamentele recht op gezondheidszorg** voor mensen zonder wettig verblijf, voor mensen die hier wettig verblijven maar die (tijdelijk) hun toegang tot een ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) hebben verloren, en voor bepaalde categorieën van Europese burgers zonder toegang tot een ziekteverzekering gegarandeerd door **Dringende Medische Hulp (DMH)**.

»» Dit recht dekt, in tegenstelling tot wat de naam doet vermoeden, alle noodzakelijke gezondheidszorgen die zijn opgenomen in de nomenclatuur van het RIZIV, gecertificeerd door een arts. Dit geldt zowel voor preventieve als voor curatieve zorg.

DMH moet daarom worden opgevat als noodzakelijke hulp om elke risicovolle medische situatie voor een persoon en zijn omgeving te vermijden en “moet niet verward worden met medische hoogdringendheid (spoedgevallen).” (POD MI, 2013).

Deze medische hulp valt onder de federale bevoegdheid (*Organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's en het Koninklijk Besluit betreffende de DMH van 12 december 1996*). De regelgeving aangaande DMH wordt door de POD Maatschappelijke Integratie gecoördineerd en wordt op lokaal niveau beheerd door het OCMW.





De actoren die betrokken zijn bij dit memorandum

Het proces dat tot dit memorandum heeft geleid

Dit memorandum is geschreven door een reeks actoren met expertise in de wetgeving en/of op het terrein, en die zich verenigd hebben in een “**Begeleidingscomité voor de vereenvoudiging en harmonisering van DMH**”. Dit Comité wordt gecoördineerd door Dokters van de Wereld en bestaat uit de volgende organisaties:

Alias | Belgian Anti-Poverty Network (BAPN) | Brussels Platform Armoede (BPA) | Centre Athéna | Conseil Bruxellois Coordination Sociopolitique (CBCS) | Coordination et Initiatives pour réfugiés et étrangers (CIRE) | DIOGENES | Doucheflux | Federatie van de Brusselse Huisartsen Verenigingen (FBHAV) | Maison d'Accueil Socio-Sanitaire De Bruxelles (MASS) | Artsen Zonder Grenzen (AZG) | Dokters van de Wereld (DvdW) | Projet Lama | Samusocial (NSS) | Service de santé mentale (SSM) Ulysse.

Sinds begin 2022 komt het comité bijeen om de obstakels te identificeren die de toegang tot DMH belemmeren. Het doel is om de verschillende beleidsniveaus aan te moedigen om het DMH-systeem te vereenvoudigen en te harmoniseren. Deze aanpak is gebaseerd op praktijkervaringen, wetgevingsexpertise en het opstellen van analyses, consultaties en interpellaties.

Om ervoor te zorgen dat de aanbevelingen van de initiatiefnemers van dit document volledig verankerd zijn in de realiteit van **het werkveld**, werd in **september 2023 een ontwerp memorandum ter advies voorgelegd**, via een online enquête, aan een breed scala van **belanghebbenden**. **58 structuren die actief zijn in één of meerdere regio's van het land hebben gereageerd** (structuren die

zorgverleners en rechthebbenden vertegenwoordigen, sociale diensten van ziekenhuizen, laagdrempelige sociale gezondheidszorgdiensten, ziekenfondsen, academici en OCMW's).

Na een eerste analyse van de reacties op de online enquête werden de bevindingen en aanbevelingen in dit document besproken en gevalideerd tijdens een “**rondetafel**” op **13 oktober 2023**. **Hierbij kwamen ongeveer 50 academici, vertegenwoordigers van de sociale gezondheidszorg en rechthebbenden samen uit heel België** die het mogelijk hebben gemaakt om de bevindingen en aanbevelingen die u in dit document terugvindt te valideren en uit te diepen.

Al deze belanghebbenden willen de **nadruk leggen op de urgentie om de procedures voor de toegang en de dekking van het recht op DMH te vereenvoudigen en harmoniseren** dankzij een reeks concrete aanbevelingen, opgenomen in dit memorandum.

Via dit memorandum doen **de ondertekenaars een oproep aan de huidige en toekomstige politieke verkozenen van de verschillende beleidsniveaus, de huidige en toekomstige kabinetten en ministeries**, met name de POD MI, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de Dienst Administratieve Vereenvoudiging maar ook het HZIV, de Verenigingen van Steden en Gemeenten van de drie regio's en de 581 OCMW's om dit document ter hand te nemen en **een nationaal overleg te organiseren, waarbij de verschillende belanghebbenden vertegenwoordigd zijn**, om de vereenvoudiging en harmonisering van DMH te implementeren.

Deze vereenvoudiging en harmonisering zou op gefaseerde wijze geïmplementeerd kunnen worden naar analogie van de huidige hervorming van de gezondheidszorg in de gevangnissen die momenteel loopt. Hiermee kunnen we de impact op het budget, maar ook de evolutie van de uitoefening van het recht op gezondheidszorg en de administratieve complexiteit ervan evalueren.



➤ Lijst van organisaties die dit memorandum hebben ondertekend

	AFICO		Domus Medica
	Alias asbl		DoucheFLUX
	Artsen Zonder Grenzen / Médecins Sans Frontières		Entr'Aide des Mar'olles
	Association pour le droit des étrangers asbl		Équipe mobile de crise Psychiatrie CHU Saint Pierre
	BAPN (Belgian Antipoverty Network)		Espace P asbl
	BelRefugees		Fédération des maisons médicales
	Brusselse Huisartsenkring (BHAK)		Fédération Bico - Federatie
	Bond zonder Naam - Sociale Dienst		Fédération bruxelloise des institutions spécialisées en matière de drogues et addictions (fedas bxl)
	Brusano		Federatie van Brusselse huisartsen verenigingen (FAMGB/FBHAV) - Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles asbl
	Brussels Platform Armoede		Fédération des maisons d'accueil et des services d'aide aux sans-abri
	Bureau d'étude des sans-papiers (BESP-Université Populaire)		Fédération des Services Sociaux
	CAW Brussel		Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF)
	Centrale Nationale des Employés (CNE)		Filet Divers vzw
	Centre Athéna Centrum ASBL		Free Clinic vzw
	Centre d'Action interculturelle de la province de Namur		Groupement Belge des Omnipraticiens
	Chez Nous - Bij Ons vzw - asbl		Groupe montois de Soutien aux Sans-Papiers
	Ciré asbl (Coordination et Initiatives pour réfugiés et étrangers)		Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles féminines (GAMS Belgique)
	Community Health Workers		GZA Sint-Augustinus
	Conseil bruxellois de coordination sociopolitique ASBL		I.Care asbl
	Cultures et Santé asbl		Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale
	Dokters van de Wereld België / Médecins du Monde Belgique		



	Ligue des droits humains (LDH)
	Maison d'Accueil Socio-Sanitaire de Bruxelles (MASS)
	Maison des jeunes Robert Beugnies asbl
	Maison Médicale des Marolles
	Entraide des Marolles
	Maison Médicale Le Noyer
	Maison Médicale Gilles de Chin asbl
	Maison Médicale La Brèche ASBL
	Monde des Possibles ASBL
	Mouvement ouvrier chrétien (MOC)
	New Samusocial
	Pax Christi Vlaanderen
	pharmacy.brussels
	Picardie Laïque asbl
	Pigment vzw
	Praktijk Schijnpoort
	Projet Lama
	Promo Santé & Médecine Générale asbl
	Promotion santé asbl Maison Médicale du Maelbeek
	Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP)
	SAAMO
	Sensoa vzw
	Service Droit des Jeunes de Bruxelles

	Solidaris
	Société Scientifique de Médecine Générale
	SOS Jeunes - Quartier Libre asbl
	Ulysse - Service de Santé Mentale
	UTSOPI
	Vereniging Van Wijkgezondheidscentra (VWGC)
	Violett vzw
	Vrouwenraad vzw
	vzw DIOGENES asbl
	WGC De Regent
	Wijkgezondheidscentrum Medikuregem vzw
	vzw Recht op Migratie
	Alberto Parada – Médecin généraliste
	Andrea Rea – Professeur de Sociologie, Université Libre de Bruxelles
	Anthony Dheere - Huisarts
	Céline Mahieu - Professeuse en santé publique, Université Libre de Bruxelles
	Didier Boost – Onderzoeker, Universiteit Antwerpen
	Dirk Lafaut – Gastdocent, Vrije Universiteit Brussel
	Dominique Roberfroid - Professeur d'épidémiologie & de santé publique à l'Université de Namur
	Josefien van Olmen – Professor, Universiteit Antwerpen
	Louis Ferrant - Centrum Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen
	Michel Roland – Médecin généraliste
	Rita Vanobberghen - Huisarts
	Roman Loquette - Médecin généraliste





De bevindingen

Een groot aantal DMH-belanghebbenden, waaronder de ondertekenaars van dit memorandum, stellen vast dat **het recht op DMH op het terrein moeilijk uit te oefenen is**. Sterker nog, de complexiteit en diversiteit van **administratieve procedures** vertragen de organisatie van de toegang tot en de dekking van de zorg voor alle betrokken actoren, namelijk:

DE RECHTHEBBENDEN VAN DMH, DOOR

- › een gebrek aan informatie en kennis van de wet;
- › onaanpaste procedures en een administratief complexe, tijdslopende, onzekere en variabele toegang, afhankelijk van het bevoegde OCMW.
→ Naar schatting doet **80% van de rechthebbenden** geen beroep op DMH
👁️ [zie “het recht op gezondheid” \(P. 10\)](#);

DE ZORGVERLENERS, DOOR

- › een zware en variabele administratieve last, afhankelijk van het bevoegde OCMW;
- › een gebrek aan kennis van het recht en de verschillende procedures die moeten worden gevolgd om een tenlasteneming te bekomen voor de verleende zorg.
→ wat leidt tot het niet verlenen van **noodzakelijke zorg**, of tot financiële problemen door **het niet vergoeden ervan**;

HET OCMW, DOOR

- › een complexe, zware en dure administratieve last;
- › → wat leidt tot **het niet naleven van het wettelijk kader en het overschrijden van wettelijke termijnen**;

OVERHEIDSINSTANTIES, DOOR

- › een **gebrek aan monitoring** van medische gegevens, verschillende praktijken voor het verlenen of het weigeren van DMH, en een hoge zorg- en beheerskosten.

›› Na veelvuldige interpellaties van verschillende organisaties en de publicatie van het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014) werd het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) gevraagd een studie uit te voeren over DMH. De hieruit voortvloeiende bevindingen en aanbevelingen werden in 2015 gepubliceerd in het rapport “*Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf?*” (Roberfroid et al, 2015). Tot op heden werden de meeste van de in dit rapport vermelde aanbevelingen niet in de praktijk gebracht.



► Obstakels die de toegang tot Dringende Medische Hulp (DMH) bemoeilijken





Doelstellingen: het recht op gezondheid garanderen en de kosten drukken

Iedereen die in België woont heeft recht op gezondheid. Dit fundamenteel recht is vastgelegd in de Belgische grondwet. Het is essentieel voor het respect voor het principe van de menselijke waardigheid.

Helaas moeten we vaststellen dat het gezondheidszorgsysteem dit recht voor bepaalde mensen niet op gelijkaardige wijze garandeert, vooral voor mensen voor wie zorg onder dringende medische hulp (DMH) valt. Naar schatting maken **slechts 20% van de rechthebbenden gebruik van dit recht**. Enkele maatregelen om de DMH-procedures te vereenvoudigen zouden al een aanzienlijke stap voorwaarts zijn om de toegang tot zorg te verbeteren, maar ook om de **beheerskosten en de kosten van curatieve zorg te beperken** door de toegang tot preventieve zorg te verbeteren. De vereenvoudiging van de administratieve procedures aangaande DMH zou ook een ander bekend probleem kunnen aanpakken: de huidige **overbelasting, zo niet verzadiging, van de OCMW's en andere sociale gezondheidsdiensten**.

Het recht op gezondheid

Wat de eerbiediging van de mensenrechten betreft, is het belangrijk om eraan te herinneren dat het recht op gezondheid **een fundamenteel sociaal recht is dat wordt beschermd door het internationaal recht en het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens**. Een universele dekking van de gezondheidszorg, zowel voor eigen onderdanen als voor personen zonder wettig verblijf, zou België in staat stellen om zijn verbintenissen na te komen, in het bijzonder *“het recht van iedereen op het genot van de hoogst bereikbare standaard van lichamelijke en geestelijke gezondheid”*, zoals bepaald in het **Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten** (FRA, 2015).

“Het is de wet die zegt dat het een recht is. Voor mij is het geen recht [...] Ik moest vechten om dit recht te bekomen.”

Getuigenis van een rechthebbende op DMH
(opgetekend door BAPN/BPA op 06/04/2023)

De menselijke kost van het geen beroep doen op gezondheidszorg van zieke mensen die zich reeds in uitermate kwetsbare situaties bevinden, mag niet worden onderschat (Lafaut, et al., 2019): een studie waarin de gezondheidstoestand van migranten in wettig en onwettig verblijf in Brussel tussen 2005 en 2010 wordt vergeleken, toont aan dat het **sterftecijfer van mensen in onwettig verblijf hoger ligt** dan dat van mensen in wettig verblijf. Zo is er voor mensen zonder wettig verblijf bijvoorbeeld een statistisch significant hoger risico om te sterven aan hart- en vaatziekten.

Door de werking van DMH te vereenvoudigen en te harmoniseren, kunnen we niet alleen de middelen rationaliseren die in de administratie worden geïnvesteerd, maar er ook een echt



instrument van maken om het gebrek aan toegang tot rechten en diensten en uitstel van zorg te verminderen, in het **algemeen belang van volksgezondheid, inclusie en sociale rechtvaardigheid**.

In 2022 telde de POD Maatschappelijke Integratie 23.910 personen die DMH gebruikten op een totaal van ongeveer 112.000 mensen zonder wettig verblijf (European Migration Network, 2023), naast een onbekend aantal voor de andere categorieën van personen die recht hebben op DMH. Hieruit kunnen we afleiden dat slechts ongeveer 20% van de rechthebbenden effectief beroep doen op DMH.






Volgens de onderstaande tabel vertegenwoordigen de bedragen die door de POD MI worden uitgekeerd voor de terugbetaling van zorg in het kader van DMH gemiddeld 0,25% van het budget van de ziekteverzekering (ZIV), en dit voor ongeveer 1% van de Belgische bevolking (112.000 personen op 11.590.000 inwoners in België). Met andere woorden: **per euro die wordt terugbetaald voor DMH-zorg, wordt er €415 terugbetaald voor de gezondheidszorg door de ZIV.**

Tot op heden is er geen bewijs dat DMH een overconsumptie van gezondheidszorg aanmoedigt. Integendeel, op basis van de ZIV-vergoedingen kunnen we afleiden dat er sprake is van onderconsumptie van gezondheidszorg door degenen die recht hebben op DMH. Ongeveer **80% van de mensen die recht hebben op DMH maken er geen gebruik van. Dit ondergebruik kan verklaard worden door verschillende factoren** (Schockaert & Cincinnato, 2011; Dokters van de Wereld, 2012; Leduc et al., 2018): sommige mensen voelen zich niet op hun gemak bij het idee zich aan te moeten melden bij een officiële overheidsinstelling zoals het OCMW, anderen zijn niet geïnformeerd over hun recht op DMH, en weer anderen ondervinden moeilijkheden om de verschillende fasen van de aanvraagprocedure te doorlopen, die als te onduidelijk, te lang en te complex worden ervaren.

De kosten drukken

Zoals vermeld in het KCE-rapport (Roberfroid et al., 2015), is het moeilijk om de budgettaire impact te berekenen van de implementatie van de verschillende aanbevelingen. Het opzetten


► Bedragen die door de POD MI worden uitgekeerd voor de terugbetaling van zorg in het kader van de DMH

JAAR	TERUGBETALINGEN DMH*	AANTAL TOEKENNINGEN DMH	TERUGBETALINGEN ZIV**	% TERUGBETALINGEN DMH/ZIV
2018	70.853.631,83 €	 22.467	27.451.029.000,00 €	0,26%
2019	76.843.040,05 €	 23.958	28.470.961.000,00 €	0,27%
2020	73.888.513,44 €	 21.939	31.106.172.000,00 €	0,24%
2021	82.524.490,02 €	 23.917	33.788.147.000,00 €	0,24%
2022	84.499.896,24 €	 23.910	35.070.929.000,00 €	0,24%

* DMH: Dringende Medische Hulp, POD MI, cijfer verkregen op 08/06/2023.

** ZIV: Ziekte en invaliditeitsverzekering, RIZIV-cijfers, <https://www.riziv.fgov.be/> (uitgaven voor de ZIV, COVID-19, ziekenhuiswet).



van een uitgebreidere monitoring is noodzakelijk om een beter zicht te krijgen op de evolutie van de toegang tot DMH en de kosten ervan  [zie aanbeveling 1 \(P. 14\)](#). Niettemin kunnen we enkele indicaties geven over de evolutie van de kosten die een vereenvoudiging van DMH met zich kunnen meebrengen.

HOGЕ ADMINISTRATIEVE LAST: De maatregelen die wij in dit document voorstellen zijn gericht op **administratieve vereenvoudiging en harmonisering van de praktijk**. De kosten van de zware administratieve last in termen van personeel voor het beheer en de verwerking van dossiers zou dus aanzienlijk moeten dalen.

DMH vertegenwoordigt inderdaad een zware en kostelijke administratieve last voor de OCMW's, en vergt een aanzienlijke investering qua personeelsinzet. Voor een groot aantal situaties leidt de huidige manier van werken tot het **niet naleven van toegangsvoorwaarden en wettelijke termijnen** of tot **zorgweigering aan mensen die nochtans wel recht hebben op hulp**. Bovendien merken we dat de wet op zeer uiteenlopende wijze wordt geïnterpreteerd van OCMW tot OCMW door de **complexiteit van de regelgeving en de toepassing ervan**. Deze verschillen in beheer en interpretatie – soms zelfs binnen éénzelfde OCMW – leiden, voor de rechthebbenden, tot een **ongelijke toegang tot en dekking** van de gezondheidszorg. Het huidige gebrek aan monitoring van de diverse toegangsvoorwaarden en van de negatieve antwoorden van OCMW's op hulpvragen maken het onmogelijk om deze realiteit duidelijk in beeld te brengen.

NIET-TERUGBETAALDE ZORG: De diversiteit en complexiteit van de huidige praktijk binnen de verschillende OCMW's praktijken zorgen ook voor problemen bij het beheer voor zorgverleners en medische diensten. Zorgverleners zijn regelmatig verplicht om **niet-vergoede zorg te verlenen** vanwege de administratieve complexiteit en de onmogelijkheid om de geleverde zorg met terugwerkende kracht te factureren, zodra de deadlines zijn verstreken. We zien ook een **overconsumptie van spoedhulp en laagdrempelige diensten** door personen die in theorie wel recht hebben op DMH maar dit in de praktijk niet kunnen afdwingen. Bepaalde zorgaanbieders worden dus geconfronteerd met een overconsumptie van hun diensten maar ook met **financiële problemen** nadat ze **dringende en noodzakelijke zorg en medicijnen hebben verleend**, maar hiervoor niet door de bevoegde autoriteiten worden vergoed.

Uit een studie op basis van cijfers uit 2018 blijkt dat in het Brusselse **Sint-Pietersziekenhuis** veel behandelingen door OCMW's werden geweigerd in het kader van een DMH-aanvraag: €938.000 werd niet terugbetaald aan het ziekenhuis (Lorand, 2019). In bijna alle onderzochte situaties is de oorzaak toe te schrijven aan de **administratieve complexiteit en een gebrek aan duidelijkheid van het juridisch kader (of een onwil om het toe te passen)**: in 70% van de gevallen geven de OCMW's als reden “*de onmogelijkheid om de staat van behoefte vast te stellen*” en in 7% van de situaties luidt de reden “*onbewezen solvabiliteit*”. Onbewezen behoefte kan echter nooit een reden zijn om de kosten van zorg te weigeren, maar alleen een reden om het remgeld voor ambulante zorg te weigeren  [zie aanbeveling 3 \(P. 20\)](#).


TOEGANG TOT ZORG WANNEER DAT NODIG IS: Door de lange tijdsspanne tussen het indienen van een DMH-aanvraag en het verkrijgen van effectieve toegang tot gezondheidszorg kan niet worden voorzien in medische behoeften op het moment dat deze zich voordoen.

Het Athena Centrum is een medische instelling in Brussel die zich toelegt op het verstrekken van een éénmalige medische consultatie aan mensen in afwachting van de opening van de toegang tot zorg. Het centrum merkt een toename op van het aantal DMH-rechthebbenden die problemen hebben bij het verkrijgen van steun van de OCMW's. In 2023 moest 33% van de rechthebbenden op DMH meerdere keren terugkeren naar Athena vanwege vertragingen van de ten laste name van zorg door een OCMW.

Via haar projecten op het terrein stelt **Dokters van de Wereld** ook vast dat de tijd die nodig is om DMH te verkrijgen regelmatig de tijdslimiet van 30 dagen overschrijdt die door het wettelijke kader van de POD MI wordt opgelegd (wat al bijzonder lang is om adequate zorg te kunnen bieden voor een groot aantal gezondheidsproblemen en pathologieën). Zo **wachten bijvoorbeeld de patiënten van het CASO in Brussel gemiddeld 5,2 maanden** op toegang tot zorg via DMH, gerekend vanaf het moment dat een aanvraag wordt ingediend bij een OCMW (cf. onderstaande tabel). Deze termijnen verschillen afhankelijk van de individuele situatie en het betrokken OCMW. **Ongeveer 30% van deze patiënten lijdt aan chronische ziekten, waarbij het overschrijden van de wettelijke termijn een zeer nadelige invloed heeft op de stabilisatie van hun gezondheidstoestand.**



► Openen van toegang tot zorg via DMH (cijfer 2022)



	CASO (BRUSSEL)	COZO (ANTWERPEN)
Minimumtermijn (in dagen)	4	0
Maximumtermijn (in dagen)	607	849
Mediaan termijn (in dagen)	121	168
Gemiddelde termijn (in dagen)	156,6	231,3

Cijfers voor 2022, termijnen in dagen die nodig zijn om DMH te openen in de 2 centra voor opvang, zorg en oriëntatie van Dokters van de Wereld, CASO (Brussel) en COZO (Antwerpen).

De meerkost die voortvloeit uit de behandeling van zieken, zonder medische dekking op het moment dat de nood aan zorg zich voordoet en die uiteindelijk in het ziekenhuis moeten behandeld worden, zou sterk moeten dalen indien we investeren in een hogere toekenning van het recht op DMH op het moment zelf van de medische behoefte.

Door zorg te verlenen op het moment dat dit medisch nodig is, zal ook **de overbelasting bij de spoedhulp en laagdrempelige diensten afnemen**. Die zijn vandaag vaak de enige weg naar zorg voor mensen die geen DMH krijgen. Deze diensten kosten over het algemeen ook meer dan de traditionele eerstelijnszorg.

Investeren in preventieve zorg voor DMH-rechthebbers biedt ons dus de mogelijkheid om **de hogere kosten die gepaard gaan met curatieve zorg te verlagen**. Talrijke bronnen leveren solide bewijzen van deze correlatie en tonen aan dat oordeelkundige investeringen in preventieve programma's op lange termijn aanzienlijke besparingen opleveren. Dat is met name het geval voor de **preventie van chronische ziekten** (CDC, 2023; Thorpe et al, 2004), de **preventie van infecties** (WHO, 2013), de **vroegtijdige opsporing van borstkanker** (Kalager et al., 2010) en de **preventie van mentale aandoeningen** (WHO, 2017).

In een studie van de **European Union Agency for Fundamental Rights (FRA)** waarin de toegang tot gezondheidszorg in drie Europese landen wordt vergeleken, concluderen de onderzoekers dat **de**

directe kosten voor de behandelingen van hoge bloeddruk of prenatale zorgen tussen de 8 en 69% verminderen wanneer mensen zonder wettig verblijf een gelijkaardige medische dekking krijgen zoals de staatsburgers, dan wanneer de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf beperkt is tot uitsluitend spoedeisende zorg. Het FRA is heel duidelijk in de conclusie van zijn studie: **“het bieden van regelmatige toegang tot gezondheidszorg is kostenbesparend”** (FRA, 2015).

Bovendien heeft de COVID-19-pandemie duidelijk aangetoond dat het opzetten van een **bewakings-systeem voor de volksgezondheid** een effectieve strategie is om beter voorbereid te zijn, vooral als het gaat om het **monitoren en beheersen van de verspreiding** van ziekten (OESO/OECD, 2020).

Toegang tot preventieve zorg voor de hele bevolking is één van de **hoekstenen van een effectief gezondheidssysteem**. Op het gebied van de volksgezondheid is het doel de gezondheidstoestand te verbeteren en het risico op ziekten, stoornissen of aandoeningen laag te houden. Met andere woorden: maatregelen die de effectiviteit van preventieve zorg verhogen, beperken de opkomst van nieuwe ziekten en verminderen de incidentie van reeds gekende en al dan niet besmettelijke ziekten.






De aanbevelingen

1

Betrek de belanghebbenden bij een proces van vereenvoudiging en harmonisering

OVERZICHTSTABEL VAN DE AANBEVELINGEN | P. 33

De oprichting van een **nationaal overlegorgaan** (een technisch comité/taskforce) zou voor een betere gegevensverzameling van DMH kunnen zorgen om zo de verschillende maatregelen i.h.k.v. de vereenvoudiging en harmonisering te programmeren en evalueren. Dit overleg zou **gecoördineerd worden door de bevoegde autoriteiten (POD Maatschappelijke Integratie)** en bestaan uit de **structuren die de verschillende belanghebbenden vertegenwoordigen** (OCMW's, rechthebbers en de sociale gezondheidsactoren), en beleidsmakers en administraties die een rol spelen in de organisatie van DMH (Volksgezondheid, HZIV, RIZIV, eHealth, Dienst Administratieve Vereenvoudiging, enz.).

Een **monitoringssysteem** zou de overheid in staat stellen **de verleende DMH-gezondheidszorg te analyseren**, zoals dat het geval is voor wie bij een mutualiteit (ZIV) aangesloten is. Het uitbreiden van de **MediPrima-software** naar alle zorgverleners  **zie aanbeveling 4 (P. 25)** zou het ook mogelijk maken om zorgpraktijken te centraliseren en te analyseren. Er zou een DMH-code kunnen worden aangemaakt voor de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MZG) en de noodregistratie (UREG) om personen die recht hebben op DMH te kunnen identificeren en hun morbiditeitsprofiel te analyseren. Naast een betere monitoring van de zorgpraktijk

“De relaties met het ocmw zijn ingewikkelder. Een poging om een abortus onder de DMH-kaart te laten vallen, resulteerde in een weigering vanwege ‘niet ten laste genomen nomenclatuurnummer’. Omdat het Centrum voor Gezinsplanning geen bevoorrecht contact had met dit ocmw, kon het niet onderhandelen.”

Getuigenis van een maatschappelijk werker (opgetekend door Dokters van de Wereld in 2022)

zou de POD MI de monitoring van **gegevens die verband houden met de procedures voor toegang** tot DMH kunnen uitbreiden met gegevens van alle DMH-aanvragen, ongeacht hun resultaat. Dit impliceert dat ook **het aantal en de redenen voor weigeringen van hulp** gecentraliseerd zouden moeten worden, wat momenteel niet het geval is.



Naast een vereenvoudiging en harmonisering van DMH pleiten wij voor een **universele gezondheidszorgdekking**, ongeacht de herkomst en/of administratieve status van de persoon. Een **fusie van de “subsidiare” gezondheidszorgsystemen** (DMH, medische hulp van Fedasil en gezondheidszorg in de gevangenis) op het niveau van een federaal en/of gewestelijk fonds dat dezelfde terugbetalingsregels en controlemechanismen volgt als het RIZIV heeft verschillende voordelen: een gelijkwaardigere toegang, een vereenvoudiging van administratieve procedures door de automatische toekenning van het recht, het drukken van de beheerskosten, een betere kennis van het systeem bij de verschillende belanghebbenden... Momenteel is een hervorming van de toegang tot gezondheidszorg in de gevangenis aan de gang met een vervanging van het subsidiair systeem onder toezicht van de minister van Justitie door een toegang tot de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV). Naar analogie met deze hervorming, stellen wij voor om een **studie** te organiseren over de **opportunities, voordelen en mogelijke obstakels van de integratie van de rechthebbenden op DMH** in de ZIV, die vooral mensen betreft die zonder wettig verblijf in België verblijven. Bij deze studie moet ook rekening worden gehouden met de problematiek van de territorialiteit van OCMW's, aangezien de mensen die recht hebben op DMH erg mobiel zijn. Vooral het Brussels Gewest wordt daardoor getroffen met zijn 19 nauw met elkaar verbonden gemeenten en OCMW's.

Zoals in verschillende delen van dit document wordt aangehaald, vereist effectieve toegang tot gezondheidszorg voor dit publiek zowel actie om de toegang tot gezondheidszorg te verbeteren, als actie op het gebied van de **levensomstandigheden** die de gezondheidstoestand van deze personen aanzienlijk beïnvloeden. Een betere toegang tot gezondheidszorgdiensten door de integratie ervan in de ZIV, maar ook een verbetering van de **sociale determinanten van de gezondheid** zouden het mogelijk maken de risico's van oversterfte en hogere morbiditeit te vermijden die zich voordoen in uiterst kwetsbare levensomstandigheden. Gezien het hoge percentage personen dat geen beroep doet op de DMH (+/- 80%),  **zie hoofdstuk “Het recht op gezondheid” (P. 10)** en het belang van de gezondheidsdeterminanten en preventieve gezondheidszorg, is het noodzakelijk om **meer wegen te creëren naar een verblijfsvergunning**. Een wettelijk verblijf is immers de beste manier om het recht op gezondheid te garanderen van mensen in situaties van onwettig verblijf.


>> Wij stellen voor


- ▶ dat de federale autoriteiten een **overleg- en beslissingsorgaan** oprichten, waarbij de verschillende belanghebbenden worden vertegenwoordigd, met name: de beleidsmakers en de administraties die een rol spelen in de organisatie van DMH en de structuren die de OCMW's, de rechthebbenden en de gezondheidszorgdiensten vertegenwoordigen.
- ▶ dat een **monitoringsysteem** wordt opgericht, dat het mogelijk zou maken om de verschillende maatregelen die genomen moeten worden voor een betere toegang tot DMH voor te bereiden, te monitoren en te evalueren. Concreet zou dit kunnen gebeuren door:
 - de inschrijving van DMH-rechthebbenden bij de HZIV, na een gunstig sociaal onderzoek uitgevoerd door het OCMW;
 - de HZIV kent rechthebbenden gemakkelijk identificeerbare mutualiteitsnummers toe, waardoor het mogelijk wordt om de gegevens van rechthebbenden op DMH op dezelfde manier te verzamelen als degenen die recht hebben op de ZIV;
- ▶ dat de overheid een **studie** organiseert van de opportuniteiten, voordelen en mogelijke obstakels om mensen zonder wettig verblijf in België te integreren in de ZIV via inschrijving bij een mutualiteit.



2

Toegang tot informatie garanderen voor alle belanghebbenden

 OVERZICHTSTABEL VAN DE AANBEVELINGEN | P. 33

Ervaringen op het terrein en enkele studies (Schockaert & Cincinnato, 2011 & Dokters van de Wereld, 2012; Leduc et al., 2018) wijzen op een aanzienlijk **gebrek aan kennis** over het bestaan van DMH en de voorwaarden voor toegang en dekking van DMH onder de belanghebbenden (volgens de studies is tussen de 35 en 50% van de mensen zonder wettig verblijf niet op de hoogte van DMH), maar ook onder zorgverleners. In die zin lijkt het ons essentieel om een nationaal overleg  [zie aanbeveling 1 \(P. 14\)](#) én een **informatiecampagne** over DMH op te zetten. Deze campagne zou gericht zijn op **zorgverleners en rechthebbenden** om de voorwaarden en procedures voor toegang te verduidelijken, via papieren brochures en een website, zoals gedaan werd voor het gebruik van de MediPrima-software voor zorgaanbieders.

Voor mensen die recht hebben op DMH is het belangrijk om **toegang te hebben tot informatie in de talen die** ze spreken, bijvoorbeeld via gedrukte en online brochures en video's waarin wordt uitgelegd hoe DMH werkt, aangevuld met getuigenissen van mensen met ervaring met DMH. We denken ook aan een **systeem van ambassadeurs** die zich in het hart van de gemeenschappen begeven om daar informatie op maat te verstrekken. In die communicatie is het belangrijk te vermelden dat mensen zonder wettige verblijfsdocumenten geen risico lopen om via DMH hun administratieve situatie in gevaar te brengen en dat de toepassing van de regels van het (gedeelde) **beroepsgeheim** gegarandeerd wordt. Concreet betekent dit dat de Dienst Vreemdelingenzaken in geen geval toegang zou mogen hebben tot de gegevens die het OCMW verzamelt.

In de praktijk zien we regelmatig dat zorgverleners weigeren zorg te verlenen, omdat zij deze **niet “dringend” maar wel “noodzakelijk” achten** voor het herstel van de gezondheid van de

“Ik woon in een preciaire bezetting, maar we betalen €100 per maand. Toen ik bij de maatschappelijk werker langsging, heeft deze mij deze vraag gesteld en ik wist niet wat ik moest zeggen over mijn inkomen: soms bellen mensen mij om het strijkwerk te doen. Daar al moeten op antwoorden zorgt ervoor dat ik bang ben om aangegeven te worden. Het maakt me zenuwachtig. De maatschappelijk werkers van het ocmw kennen mensen zonder papieren, en willen nog meer mijn leven leren kennen? Het doet mij tegelijk ook pijn!”

Getuigenis van een rechthebbende van de DMH (opgetekend door BAPN/BPA op 06/04/2023).



rechthebbende. Deze verwarring bestaat ook bij rechthebbenden en OCMW-medewerkers. Het zou dan ook gepast zijn om **de naam “dringende medische hulp” te veranderen** om elke verwarring over de aard ervan te voorkomen.

Om de toegang tot DMH te verbeteren, organiseren de OCMW's op lokaal niveau, in nauwe samenwerking met intervenanten uit de sociale gezondheidszorg, een onthaal dat op maat is van de dagdagelijkse realiteit van de rechthebbenden. Zo wordt een succesvolle behandeling gegarandeerd. Elk OCMW moet over de nodige expertise beschikken over toegang tot DMH door een referent/SPOC DMH en/of een DMH-cel aan te stellen die beschikbaar is om te reageren op (soms dringende) verzoeken voor medische noden, wat vandaag niet het geval is. We merken dat werknemers van verschillende OCMW's, maar ook binnen eenzelfde OCMW, **het recht en de voorwaarden voor de toegang tot DMH op zeer uiteenlopende manieren interpreteren**, wat leidt tot ongelijkheid tussen de rechthebbenden. Het *“Informatiedocument. De Medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995”* van de POD MI (2022) bieden OCMW-medewerkers een vrij nauwkeurige en volledige gids waarmee ze de voorwaarden kunnen bepalen om toegang en dekking van de DMH te organiseren. Gezien de complexiteit van de toegangsvoorwaarden en de variabele interpretaties lijken andere instrumenten noodzakelijk. Zorgen voor **referenten, SPOC's en/of een team** (bijvoorbeeld een “DMH-cel”) **gespecialiseerd en opgeleid in het beheer van DMH-aanvragen**, zoals deze reeds bestaat in bepaalde OCMW's, lijkt de beste oplossing.

De medewerkers van het OCMW zijn immers **de aangewezen aanspreekpunten om de opname van het recht op DMH te verbeteren**, gezien hun ervaringen met kwetsbare bevolkingsgroepen en sociale kwesties. Opleidingen voor zowel OCMW-professionals als professionals uit de sociale gezondheidszorg over de werking van DMH, samen met kennis van **interculturele benaderingen** en de realiteit van het leven van mensen die in precare situaties en zonder wettelijke verblijfspapieren in België verblijven, zouden het onthaal van rechthebbenden kunnen vergemakkelijken. Zo zouden OCMW's een ondersteunende rol kunnen spelen voor zorgverleners en DMH-rechthebbenden op hun grondgebied, met name door het organiseren van informatiesessies.

We merken op dat in de meeste OCMW's de DMH-aanvraag enkel in de voormiddag kan worden ingediend. Voor rechthebbenden in kwetsbare situaties of die op straat leven is het echter bijzonder moeilijk om 's ochtends vroeg een aanvraag in te dienen: slapeloze nachten, de schaamte om vernederd te worden, geen wekker hebben, enz. maken het **moeilijk om de openingsuren van het OCMW te respecteren**. Bovendien is om diverse

Opleidingen gericht op zowel OCMW-professionals als professionals uit de sociale gezondheidszorg over de werking van DMH, samen met kennis van interculturele benaderingen en de realiteit van het leven van mensen die in precare situaties en zonder wettelijke verblijfspapieren in België verblijven, zou het onthaal van rechthebbenden kunnen vergemakkelijken.

psycho-medisch-sociale redenen voor bepaalde groepen fysieke ondersteuning door werkrachten uit “laagdrempelige” diensten aangewezen. Het is soms moeilijk voor hen om daar 's ochtends vroeg te verschijnen (op een precieze en bekende ontmoetingsplaats afspreken, de persoon vinden en naar het OCMW begeleiden, enz.). Om deze redenen zou het passend zijn om voldoende ruime openingstijden te voorzien die het mogelijk maken een aanvraag in te dienen, ook **in de namiddag**. Naast een fysiek onthaal vragen actoren van de sociale gezondheidszorg ook om het indienen van **een aanvraag op afstand mogelijk te maken** (formulier op de website, de aanvraag sturen naar een mailadres waar de aanvragen worden gecentraliseerd, een



outreachteam van het OCMW, permanenties van een OCMW-medewerker op aanvraag...). Zo kunnen lange wachtrijen ter plaatse worden voorkomen en kan de vertrouwelijke communicatie van **soms gevoelige informatie worden gegarandeerd**. Tot op heden lukt dit niet altijd in de onthaalruimtes van verschillende OCMW's. In bepaalde situaties zou het ook passend zijn om **samenwerkingsverbanden tussen OCMW's en medisch-sociale diensten** op te zetten om de toegang tot zorg te organiseren zonder dat de rechthebbende naar het OCMW hoeft te gaan.

Onbegrip, wegens een gebrek aan kennis van procedures, de overlevingsstrategieën van de personen maar ook taalbarrières tussen OCMW-medewerkers en rechthebbenden leidt vaak tot frustratie en kan zelfs uitmonden in geweld. Een beroep doen op **interculturele bemiddelaars** (niet te verwarren met de rol van tolken of veiligheidsagenten) binnen de OCMW's, kan deze frustraties verzachten, wetende dat *“De intercultureel bemiddelaar hoofdzakelijk twee functies heeft: de interpretatie van boodschappen van verschillende gesprekspartners en de verbinding tussen twee culturele werelden. Het is de persoon die op bilaterale wijze de **culturele representaties, de waarden en de normen** die daarmee gepaard gaan, begrijpelijk maakt. Om dit te doen, is het zijn/haar rol om ze aan te duiden, uit te leggen en met elkaar te verbinden. In feite geeft bemiddeling betekenis aan wat veel onbegrip, misverstanden en zelfs argwaan veroorzaakt.”* (Siep, 2011, vertaling uit het Frans).

Een **sociale tolkdienst** die een vlotte communicatie mogelijk maakt tussen het OCMW/zorgverlener en de patiënt(e) is essentieel om adequate en kwalitatieve zorg te kunnen garanderen, maar ook om de patiënt(e) te kunnen garanderen zelf de regie te hebben over zijn of haar eigen administratieve en zorgtraject.

(Mobiele) begeleiders van de sociale gezondheidszorg worden regelmatig geconfronteerd met een gebrek aan overdracht van bepaalde informatie in het kader van het sociaal onderzoek (vaak vanwege beroepsgeheim/GDPR). Door de soms complexe situaties van de personen die beroep doen op DMH leidt dit tot vertragingen in de toegang tot zorg. Systematisch gebruik van **toestemming om gegevens te delen** (met toestemming van de betrokkene) tussen de rechthebbende, de maatschappelijk werker van het OCMW en de begeleider van de sociale gezondheidszorg zou dit probleem kunnen verlichten.

Het garanderen van de toegankelijkheid van informatie over DMH onder de belanghebbenden is de eerste stap naar een beter gebruik van het recht, waardoor het mogelijk wordt voor de medewerkers van het OCMW en de sociale gezondheidszorg om minder tijd te besteden aan procedures, wat ook de rechthebbenden ten goede komt. Het is daarom noodzakelijk dat de **verschillende actoren die betrokken zijn bij de toegang tot zorg via DMH hun acties coördineren**, namelijk de OCMW's, de federaties van de OCMW's, de regionale en wijkcoördinaties voor sociale gezondheidszorg, de POD MI, en de Volksgezondheid.



» Wij stellen voor

- » om de **DMH-procedure en de taken van elk van de dienstverleners nauwkeurig te verduidelijken**. Het KCE-rapport (Roberfroid et. al., 2015) zou als basis kunnen dienen voor het opstellen van een dergelijk gemeenschappelijk handboek om de communicatie tussen de verschillende dienstverleners te vergemakkelijken (POD MI, HZIV, eHealth, OCMW's, actoren in de sociale gezondheidszorg);
- » dat de **POD MI opleidingen en hulpmiddelen aanbiedt**, in gedrukte en digitale vorm, aangepast aan de verschillende doelgroepen, over de toegang tot en de dekking van DMH, om rechthebbenden, zorgverleners en OCMW-medewerkers beter te informeren. Volledige en correcte informatie verstrekken vereist ook de betrokkenheid van de **structuren die betrokken zijn bij de toegang tot zorg op lokaal, regionaal en federaal niveau**;
- » dat, naast de informatie die door de POD MI wordt verspreid, de **OCMW's en de lokale en regionale coördinaties van de sociale gezondheidszorg** de DMH-rechthebbenden en zorgverleners informeren via fysieke bijeenkomsten maar ook via papieren brochures, IT-tools op de websites, enz. over de werking van DMH, de interculturele aanpak en de realiteit van het leven van de betrokken personen, evenals het ter beschikking stellen van hulpmiddelen en modelformulieren om het indienen van een verzoek en het verkrijgen van zorg te vergemakkelijken;
- » om binnen elk OCMW een **contactpunt/SPOC** te installeren met DMH-expertise, die gemakkelijk identificeerbaar, beschikbaar, responsief en bereikbaar is voor zorgverleners, sociale diensten en rechthebbenden. De centralisatie van expertise en contacten zou het mogelijk moeten maken om op een uniforme en duidelijke manier te reageren op noodsituaties, en tegelijkertijd de noodzakelijke procedures voor het verlenen van het recht op DMH te verduidelijken en uitstel of vertraging van de zorg te voorkomen;

- » om de **naam van dringende medische hulp te veranderen** in een naam die de universele en fundamentele aard van dit recht aantoont, zoals "universele medische hulp", "fundamentele medische hulp", "staatsmedische hulp" of "tijdelijke medische hulp";
- » om een vereenvoudigde procedure op te zetten waarmee **professionals in de sociale gezondheidszorg mensen kunnen ondersteunen die** een DMH-aanvraag indienen en toegang krijgen tot de informatie die wordt uitgewisseld in het kader van het sociaal onderzoek en de zorgverlening (na instemming van de betrokkene). Voor bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen is het ook noodzakelijk om samenwerkingsverbanden op te zetten waardoor 'laagdrempelige' diensten op afstand een DMH-aanvraag tot een goed einde kunnen brengen;
- » om het mogelijk te maken in de namiddag bij het OCMW een DMH-aanvraag in te dienen, om ervoor te zorgen dat er meer een beroep gedaan wordt op het recht, vooral door dak- en thuisloze rechthebbenden.
- » om **tolken en intercultureel bemiddelaars** ter beschikking te stellen voor OCMW's en professionals in de sociale gezondheidszorg:
 - De online vertaaldienst, ontwikkeld door de FOD Volksgezondheid, wordt toegankelijk voor alle (sociale) gezondheidsprofessionals;
 - Actoren in de sociale gezondheidszorg kunnen een beroep doen op beschikbare interculturele bemiddelaars (geïntegreerd in de teams of in een samenwerkingsverband), zoals al het geval is in bepaalde ziekenhuizen en laagdrempelige diensten;
 - OCMW's krijgen de middelen (logistiek en financieel) om een beroep te doen op interculturele bemiddelaars en tolken om een onthaal en begeleiding te garanderen die is aangepast aan de behoeften van de rechthebbenden.



3

Vereenvoudig en harmoniseer de toegang

👁️ OVERZICHTSTABEL VAN DE AANBEVELINGEN | P. 34

👁️ VOOR MEER INFORMATIE OVER HET HUIDIGE WETTELIJKE KADER, ZIE "BIJLAGE" | P. 40

“Een patiënt, sinds 2020 bekend in ons centrum, heeft een kopie van zijn identiteitsbewijs en heeft momenteel geen huisvesting. Samen met de patiënt stuurt onze dienst het ocmw een door de arts geschreven DMH-atteest, een certificaat van bekendheid en een kopie van het identiteitsbewijs. Het ocmw wordt ook vooraf gecontacteerd om de zaak te bespreken. Een maand later krijgt de patiënt een afspraak en een bericht dat hij naar de ambassade moet om een nieuw paspoort aan te vragen. Na het gesprek en nadat de wettelijke termijn is verstreken, zegt het ocmw dat de patiënt niet kan worden geholpen omdat hij geen adres of origineel identiteitsbewijs heeft.”

Getuigenis van een maatschappelijk werker (opgetekend door Dokters van de Wereld in 2022).

GEBREK AAN PERSONEEL IN HET OCMW: In 2022 zijn verschillende acties en discussies gestart door OCMW-medewerkers: ze worden geconfronteerd met een structureel personeelstekort terwijl de **hulpvragen en de administratieve last toenemen**. Sinds de COVID-19-crisis en de economische crisis die daarop volgde, worden de OCMW's geconfronteerd met een toename van het aantal hulpvragen (sociale hulp, schuldbemiddeling, energiekosten, huisvesting, enz.). De menselijke en financiële middelen zijn echter niet proportioneel toegenomen. Dit zet de terreinmedewerkers van de OCMW's onder druk, wat soms leidt tot **vertragingen** van meerdere maanden bij de toekenning van verschillende soorten steun aan de rechthebbenden. Deze situatie legt een onhoudbare druk op de hulpvragers, die soms maandenlang zonder hulp zitten, terwijl ze daar wel recht op hebben. Investerings in **personeelsmiddelen** en **administratieve vereenvoudiging** zijn noodzakelijk en hoogdringend.

Gezien de administratieve last die op de OCMW's weegt bij het toekennen van het recht op DMH, stellen wij een **vereenvoudiging voor van het sociaal onderzoek, de verificatie van de territoriale bevoegdheid** en de invoering van een **procedure die het mogelijk maakt om te reageren op medische noodsituaties die geen 30 dagen of langer kunnen wachten**.

>> Wij stellen voor

- › dat het POD MI de **personeelskosten** op zich neemt voor de arbeidskrachten die het OCMW mobiliseert voor het beheer van de DMH-dossiers.



DE TERRITORIALITEIT VAN HET OCMW: bij elke nieuwe aanvraag moet het OCMW **de voorwaarden in verband met de territorialiteit verifiëren om zich bevoegd te kunnen verklaren**. Concreet betekent dit dat het moet onderzoeken of de aanvrager daadwerkelijk het grootste deel van de tijd op het grondgebied van de gemeente verblijft. Omdat mensen zonder wettig verblijf zich **niet kunnen domiciliëren**, vormt het controleren vormt het controleren van deze voorwaarde een complexe werklast voor het OCMW en tevens een moeilijkheid voor de rechthebbenden, vooral voor mensen zonder stabiele huisvesting of voor dak- en thuisloze personen. De controle op de territorialiteit is bovendien bijzonder complex in het **Brussels Gewest**, waar de **grondgebieden van de 19 OCMW's nauw met elkaar verbonden zijn**, vooral rond bepaalde plaatsen die veel mensen aantrekken, zoals grote treinstations die verschillende gemeentelijke grondgebieden beslaan. Op het terrein worden we regelmatig geconfronteerd met mensen die meermaals van het ene OCMW naar het andere worden gestuurd.

Gezien het grote aantal aanvragen van DMH die worden afgebroken of vertraging oplopen als gevolg van moeilijkheden bij het bewijzen van de woonplaats van de aanvrager, is het absoluut noodzakelijk om de mechanismen te versterken die de toegankelijkheid van DMH voor dak- en thuislozen (volgens de Europese ETHOS-typologie) garanderen. Deze personen worden al geconfronteerd met grote kwetsbaarheid en levensonzekerheid. Bovendien ondermijnt het **“bewijs” dat wordt gevraagd aan de mensen die rechthebbenden onderdak bieden** (inkomensbewijs, rekeningafschriften, huurcontract, kopie verblijfsvergunning, enz.) de solidariteit met die mensen en wordt het wantrouwen gevoed tegenover instellingen die de meest kwetsbaren helpen. In die zin **mag een weigering van medische zorg nooit gerechtvaardigd worden op basis van het territorialiteitsbeginsel**.

>> Wij stellen voor

- › dat het OCMW waar een **thuisloze persoon** zijn DMH-aanvraag indient, *de facto* wordt beschouwd als het bevoegde OCMW, zonder dat zijn aanwezigheid op het grondgebied hoeft te worden bewezen.
- › dat de **regionale OCMW-federaties werk maken van de harmonisering van de praktijken op het gebied van territoriale bevoegdheid en de overdracht van DMH-dossiers**, in geval van verandering van grondgebied, en zo de vermenigvuldiging van procedures voor rechthebbenden vermijden. Soms zijn deze mensen zéér mobiel wat de situatie in het Brusselse grondgebied bemoeilijkt (met haar 19 territoria);
- › dat wanneer een DMH-rechthebbende naar een ander gemeentelijk grondgebied verhuist, hij of zij **toestemming kan geven om zijn “dossier”, aangemaakt door het vorige OCMW, over te dragen naar het nieuwe OCMW. Zolang het nieuwe OCMW geen kennisgeving heeft gedaan van zijn akkoord om de DMH over te nemen, blijft het vorige OCMW bevoegd**. Dit systeem zou het mogelijk maken om de vermenigvuldiging van procedures die moeten worden uitgevoerd in het kader van sociale onderzoeken te vermijden, om de administratieve lasten voor de belanghebbenden te verminderen en om de continuïteit van de zorg voor de rechthebbende te garanderen.

HUISBEZOEK: Wat betreft het huisbezoek, dat ook wordt uitgevoerd om na te gaan of de DMH-aanvrager op het grondgebied van het betrokken OCMW verblijft, specificeert de POD MI: *“Voor de tussenkomst in medische kosten oordeelt het OCMW autonoom of een huisbezoek noodzakelijk en nuttig is in de individuele context. Een huisbezoek is dus niet verplicht voor een tussenkomst in de medische kosten”* (POD MI, 2022, blz. 8). Naast het wantrouwen dat mensen die onderdak bieden mogelijk hebben bij een huisbezoek, is zo’n bezoek ook problematisch in bepaalde situaties waar mensen samenleven, zoals het taboe dat er kan bestaan bij een vraag naar abortus of anticonceptie. In veel situaties lijkt de inspectiedienst van de POD MI dit bezoek toch te vereisen. Door de **vele angsten en zorgen**



die betrokkenen of hun medebewoners hebben geuit over dit bezoek, zien wij geen meerwaarde in een huisbezoek in situaties waar de hulpvraag zich beperkt tot een DMH.

» Wij stellen voor

- » dat een huisbezoek optioneel wordt om in aanmerking te komen voor een DMH, dat wil zeggen dat een huisbezoek om gemotiveerde redenen de uitzondering op de regel wordt.

REDEN VAN VERBLIJF: het wettelijk kader voor het sociaal onderzoek bij een DMH-aanvraag (POD MI, 2010) voorziet onder meer in het onderzoeken van de verblijfsredenen. Volgens de bestaande jurisprudentie kan dat op zichzelf echter geen reden zijn om DMH te weigeren. In een zaak waarbij het OCMW had geweigerd DMH toe te kennen aan een gezin met onwettig verblijf, met als reden “medisch toerisme”, was het arbeidshof van Antwerpen (Vreemdelingenrecht en internationaal familierecht, 2020) van mening dat “*de beoordeling van het bestaan van dringende medische hulp niet afhangt van het feit dat de persoon die om deze hulp vraagt naar België kwam om medische zorg te krijgen (beter dan die van het land van herkomst); dringende medische hulp kan niet worden geweigerd omdat de aandoening al bestond voordat de aanvrager naar België kwam; het maakt niet uit of het mogelijk is om terug te keren naar het land van herkomst of naar een ander land en daar behandeld te worden.*”

We moeten de relevantie van deze voorwaarde in twijfel trekken. Er zijn ons geen onderzoeken bekend die een hoge aanwezigheid aantonen van mensen die om medische redenen zonder wettig verblijf in ons land verblijven. Een studie uitgevoerd door Dokters van de Wereld in 2014 in 7 Europese landen bij immigranten (van wie 65% zonder wettig verblijf was) die zich meldden voor een medisch consult leert ons dat slechts 3% van hen gezondheidsproblemen noemt als één van de redenen voor hun komst. Dat aandeel was gelijkwaardig in 2008, 2012 en 2013. Bovendien bedraagt de mediaan tussen het moment van aankomst in het land en het moment van hun eerste consultatie bij Dokters van de Wereld 3 tot 8 jaar (Chauvin et al., 2015). Deze cijfers worden bevestigd door onderzoek dat in 2019 in Frankrijk werd uitgevoerd (Thiebaud, 2023). Op basis van de resultaten van deze studies en op basis van bestaande jurisprudentie lijkt een onderzoek naar de reden van verblijf ons overbodig.

BEWIJS VAN VERBLIJF VAN 3 MAANDEN: We merken op dat het OCMW soms vraagt om een bewijs van verblijf van 3 maanden, vergezeld van een bijlage 19, om een DMH te kunnen krijgen. Mensen zonder wettig verblijf of Europese burgers die de status hebben van werkzoekende, student of economisch niet-actief (inclusief het gezin) kunnen een DMH krijgen zonder dat ze de tijdspanne van hun aanwezigheid op het grondgebied hoeven te bewijzen. Op het terrein merken we echter dat dit bewijs regelmatig door het OCMW gevraagd wordt voor alle soorten categorieën van rechthebbenden. De wetgeving kan inderdaad tot verwarring leiden: het Grondwettelijk Hof sprak het arrest 95/2014 van 30 juni 2014 uit, waarbij de interpretatie gedeeltelijk werd vernietigd van artikel 57 *quinquies* van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende het OCMW. Het toont aan dat Europese burgers die zich permanent in België willen vestigen recht hebben op DMH zonder bewijs van een verblijf van 3 maanden. Enkel “Europese toeristen” hebben in principe geen recht op DMH gedurende de eerste 3 maanden van hun verblijf.

Om ongerechtvaardigde weigeringen te voorkomen, is het irrelevant om bij een DMH-aanvraag een bewijs van een verblijf van drie maanden te vragen. De regelgeving inzake verzekeraarbaarheid zou voorrang moeten hebben op dit element: een DMH wordt toegekend indien de aanvrager zijn rechten bij andere zorgverzekeringen heeft uitgeput.

» Wij stellen voor

- » dat de voorwaarden van de verificatie van de “reden van verblijf” en “verblijf van 3 maanden” in het kader van het sociaal onderzoek van het OCMW voor een DMH-aanvraag te schrappen (het beginsel van niet-verzekeraarbaarheid blijft behouden).

(ON)VOLDOENDE BESTAANSMIDDELEN/BEHOEF- TIGHEID: wat de bestaansmiddelen betreft vereist de wetgeving een onderzoek naar de volgende elementen met betrekking tot de persoon die een DMH aanvraagt: “*de bestaansmiddelen van de aanvrager, bestaansmiddelen van de partner met wie de aanvrager samenwoont, bestaansmiddelen van de ascendenten/descendenten in de eerste graad met wie de aanvrager samenwoont*” (POD MI, 2010). De POD MI



Een al te restrictieve en strikte interpretatie van het inkomen van de samenwonenden kan de solidariteit ondermijnen tussen mensen die zich al in een kwetsbare situatie bevinden, wat op zijn beurt een sterke impact kan hebben op de gezondheidstoestand van mensen.

(2022, blz. 9) is van mening dat wanneer de middelen van de persoon die om DMH verzoekt “*groter of gelijk zijn aan het corresponderende bedrag aan leefloon van de categorie waartoe betrokkene behoort... mag het remgeld niet ten laste gelegd worden van de Staat, met uitzondering van het remgeld bij de hospitalisatiekosten*”. Met andere woorden, zelfs in situaties waarin uit het sociaal onderzoek blijkt dat de persoon over voldoende middelen beschikt als gevolg van onregelmatig/zwartwerk of inkomsten van de samenwonende partner of familie, moet DMH-steun worden verleend voor alle noodzakelijke zorg, met uitsluiting van het remgeld voor ambulante zorg, zoals gedefinieerd door de POD MI.

Het is echter noodzakelijk om **meer flexibiliteit te tonen bij de berekening van de bestaansmiddelen**, niet alleen van de rechthebbende zelf (iemand die in het zwart werkt heeft doorgaans onvoldoende en/of een zeer instabiel inkomen), maar ook van samenwonenden. Een al te restrictieve en strikte interpretatie van het inkomen van de samenwonenden kan de solidariteit ondermijnen tussen mensen die zich al in een kwetsbare situatie bevinden, wat op zijn beurt een sterke impact kan hebben op de gezondheidstoestand van mensen (leef- en huisvestingsomstandigheden).

>> Wij stellen voor


- ▶ dat de middelen die voortkomen uit onregelmatig werk/zwartwerk van de DMH-aanvrager, **niet langer in aanmerking worden genomen bij de berekening van de behoefte**, gezien de instabiele en ontoereikende aard van de middelen die eruit voortvloeien.
- ▶ dat een “**medische kaart**” wordt ontwikkeld die onderscheid maakt tussen “behoefte” rechthebbenden met volledige DMH-dekking en rechthebbenden die, omdat ze samenwonen met een partner of familielid met voldoende middelen, verplicht zijn om zelf in te staan voor het **remgeld van ambulante zorg**, vergelijkbaar met de differentiatie van het door de patiënt te betalen remgeld voor bij de mutualiteit verzekerden met en zonder “verhoogde tegemoetkoming”.
- ▶ om op het niveau van alle OCMW’s de criteria te harmoniseren voor het bepalen van “voldoende bestaansmiddelen” van samenwonenden (partner, ascendanten/descendanten van de eerste graad) in het kader van een DMH-aanvraag **vanaf 150% van het leefloon**.

WETTELIJKE TERMIJNEN: Volgens het huidige wettelijke kader **moet de beslissing over het al dan niet toekennen van steun binnen 30 dagen worden genomen** door het bevoegde OCMW, **te rekenen vanaf de datum van indiening van de aanvraag**. Door het verstrekken van een **ontvangstbevestiging zodra het verzoek is ingediend**, wordt de naleving van deze termijn gewaarborgd. Op het terrein stellen we echter vast dat **veel OCMW’s om verschillende redenen deze termijn niet of niet meer kunnen nakomen** en/of niet systematisch een **ontvangstbevestiging afleveren**  [zie aanbeveling 5 \(P. 28\)](#).

Om vertragingen te voorkomen in **de toegang tot zorg voor Oekraïners** die in 2022 aankwamen, hebben de federale autoriteiten een uitzondering gemaakt op de regel over de termijnen om een sociaal onderzoek uit te voeren: **het sociaal onderzoek werd vereenvoudigd**, zonder uitsluitende voorwaarden opgelegd door de federale autoriteiten, **voor steun die werd verleend tijdens de eerste drie maanden vanaf de datum**



van de aanvraag. Hierdoor werd het mogelijk om preventief in medische behoeften te voorzien en een verslechtering van de gezondheidstoestand, die veel hogere kosten met zich mee zou brengen, te voorkomen. Tegelijkertijd maakte deze maatregel het mogelijk om het administratieve beheer van het OCMW in het kader van het sociaal onderzoek te verlichten.

Voor bepaalde medische noden **kan er geen 30 dagen gewacht worden** - of zelfs langer in het geval van gemiste deadlines - voordat er zorg verleend wordt. In medische noodsituaties moeten de hulpdiensten van ziekenhuizen onmiddellijk zorg verlenen, vóór het DMH-verzoek wordt ingediend. Een dienst spoedgevallen van een ziekenhuis is echter niet altijd geschikt om deze noodzakelijke zorg te verlenen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een verzoek om abortus, bepaalde geneesmiddelen of om de continuïteit van de zorg voor bepaalde “chronische” aandoeningen te garanderen. Bovendien merken we op dat zorg verlenen, vooraleer er een garantie is dat die vergoed zal worden, financiële problemen kan veroorzaken voor de zorgdienst, als gevolg van de vele weigeringen van de OCMW's. Deze weigeringen worden regelmatig gemotiveerd op basis van argumenten die onverenigbaar zijn met het wettelijk kader  [zie punt 4. op niet-terugbetaalde zorg \(P. 12\)](#)

>> Wij stellen voor

dat een **vereenvoudigd en versneld sociaal onderzoek het mogelijk maakt om onmiddellijk het recht op DMH te openen voor een periode van 3 maanden**, opdat OCMW-medewerkers tijd hebben om een diepgaander sociaal onderzoek te kunnen uitvoeren; een versnelde procedure moet op zijn minst toegang mogelijk maken tot zorg voor gezondheidsproblemen die onmiddellijke behandeling vereisen. Het OCMW moet gedurende een bepaalde periode onmiddellijke en proactieve zorg kunnen garanderen, terwijl het sociaal onderzoek loopt, met de garantie van de POD MI dat de zorg vergoed zal worden.

DE GELDIGHEIDSDUUR: Het huidige DMH-kader laat toe dat een gunstig sociaal onderzoek resulteert in een “principeakkoord” voor DMH-steun voor maximaal 1 jaar, met de verplichting om elke 3 maanden te verifiëren of aan alle voorwaarden blijvend wordt voldaan. Het KCE (Roberfroid et al., 2015), maar ook veel actoren op het terrein, merken echter op dat er grote verschillen bestaan in de geldigheidsduur van de steun na een gunstig sociaal onderzoek tussen de OCMW's, maar ook binnen dezelfde OCMW's (soms wordt er toestemming gegeven voor DMH van één dag of één week). (Te) korte geldigheidstermijnen en onduidelijkheid over de verlengingsprocedures veroorzaken vertragingen in de zorg en gaan administratieve vereenvoudiging tegen. Deze ondermijnen ook de organisatie van de zorg voor mensen met complexe pathologieën.

>> Wij stellen voor:

- ▶ dat een gunstige beslissing na een DMH-aanvraag in alle gevallen resulteert in **een principeakkoord voor één jaar en het verlenen van een “medische kaart”** die bewijst dat zorg verleend mag worden. De driemaandelijkse controle van de toegangsvoorwaarden, die de verantwoordelijkheid is van het OCMW en vereist is door het wettelijk kader, moet beperkt blijven tot het residuaire karakter van de OCMW-steun, namelijk de verzekeraar bij een andere verzekeraar (bijvoorbeeld in het geval van een toekenning van een verblijfsstatus).
- ▶ om **eenzelfde “medische kaart” te creëren** voor alle OCMW's (of minstens op regionaal niveau, volgens de instructies van de regionale OCMW-federaties). Het zou een geïndividualiseerde kaart zijn, waarop de naam, voornaam en het rijksregisternummer (of de INSZ-BIS uitgegeven door het OCMW) en het MediPrima-nummer vermeld staan. Op de kaart wordt aangegeven of de eigen bijdrage voor ambulante zorg al dan niet gedekt is. Tenslotte pleiten wij voor een kaart die gedrukt is op duurzaam materiaal (bijvoorbeeld een plastic kaart) met het oog op de levensomstandigheden van bepaalde rechthebbenden die dakloos zijn.



4

Vereenvoudig en harmoniseer de dekking

OVERZICHTSTABEL VAN DE AANBEVELINGEN | P. 35

HET GEBRUIK VAN DE MEDIPRIMA-SOFTWARE UITBREIDEN EN FACILITEREN:

In theorie dekt DMH alle gezondheidszorgen die worden opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur. Dat is een lijst, per code, van diensten die (geheel of gedeeltelijk) worden terugbetaald door de ZIV en die overeenkomen met zorgdiensten die de toegang tot basisgezondheidsdekking verzekeren. Om het fundamentele recht op gezondheidszorg te garanderen, is het daarom belangrijk dat degenen die recht hebben op DMH toegang hebben tot deze basiszorg.

Om het administratieve beheer van DMH te vereenvoudigen, werd door de POD MI het IT-platform “MediPrima” ontwikkeld. MediPrima maakt het mogelijk om beslissingen over de dekking van medische zorg door OCMW’s en de facturatie van zorgverleners bij de HZIV te groeperen in een centrale databank. Dit wil zeggen dat:

- › **DE OCMW’S DE DMH-RECHTHEBBENDEN REGISTREREN** op het MediPrima-platform;
- › **ZORGVERSTREKKERS HUN DIENSTEN FACTUREREN** en informatie krijgen over de vergoeding ervan op het platform;
- › **DE HZIV DE VERSCHILLENDE ZORGVERSTREKKERS BETAALT** op basis van de tarificatie van het RIZIV voor de rekening van de POD MI.

Dankzij MediPrima kunnen OCMW’s zich ontdoen van het beheer van de facturatie van zorg gedekt door DMH, om zo tijd te herinvesteren in het onthaal en de ondersteuning van rechthebbenden. De eerste fase van de implementatie van dit computersysteem ging in 2014 van start en maakte de integratie van zorginstellingen (cf. ziekenhuizen) mogelijk. Sinds 2019 kunnen sommige huisartsen die het programma CareConnect gebruiken hun diensten ook factureren via MediPrima. Dat vermijdt voor zorgverleners en rechthebbenden niet alleen vertragingen in de zorg, maar maakt ook een einde aan de veelvuldige heen-en-weer-communicatie tussen het OCMW en de zorgstructuren met


“OCMW’s hebben soms enkele maanden nodig om huisartsconsulten met papieren facturen terug te betalen [...] Met de MediPrima-facturatie bedraagt de terugbetalingstermijn 2-3 dagen! Met MediPrima gaat het heel snel. Facturering gebeurt automatisch. Niets te coderen, het is gemakkelijk! Dit is uiteraard enkel het geval als het OCMW mijn patiënt in het MediPrima-systeem heeft geregistreerd. Anders ben ik uren bezig met het contacteren van het OCMW om het probleem op te lossen.”

Getuigenis van een huisarts
(opgetekend door Dokters van de Wereld in 2022).

papieren betalingsverbintenissen. Helaas wachten de meeste zorgaanbieders nog steeds om geïntegreerd te worden in MediPrima.

Voor zorgaanbieders die al geïntegreerd zijn in MediPrima zijn er nog altijd enkele gebruikersproblemen. Het gebruik van het platform varieert van OCMW tot OCMW. OCMW-medewerkers registreren rechthebbenden niet systematisch in het computersysteem. Het komt ook voor dat de naam van de rechthebbende verkeerd is gecodeerd en dat deze geen document heeft met een



MediPrima nummer waaruit blijkt dat hij hulp krijgt. Een gestandaardiseerde medische kaart zou dit probleem oplossen  (zie aanbeveling 3 (P. 20)). In andere situaties beperkt het OCMW de toegang in MediPrima volgens het type zorg (ambulante versus ziekenhuisopname) of beperkt het de toegang tot bepaalde zorgverleners. In al deze situaties zijn de zorgverleners niet in staat de geleverde zorg te coderen en moeten zij het OCMW steeds weer opnieuw aanschrijven, wat soms zeer tijdrovend is.

» Wij stellen voor

- » om MediPrima **snel toegankelijk te maken voor alle zorgverleners**, zoals voorzien in de bestuursovereenkomst 2021-2023 van de POD MI (SPP IS, 2021):
 - door een verplichting voor ontwikkelaars van medische en farmaceutische software om MediPrima te integreren als voorwaarde voor de software-labelling;
 - deze verplichting zou gepaard kunnen gaan met financiële steun aan softwareontwikkelaars voor de integratie van MediPrima.
- » om de **volledige openstelling van MediPrima te automatiseren**, namelijk voor alle zorgaanbieders en niet slechts voor een beperkt aantal aanbieders, gedurende 1 jaar op het moment dat de DMH aan de rechthebbende wordt toegekend.
- » om in het geval dat de rechthebbende van OCMW verandert, een geharmoniseerde procedure de continuïteit van de zorg garandeert dankzij een **vlotte overdracht van het ene OCMW naar het andere**, zonder onderbreking van MediPrima;
- » om de **aanspreekpunten voor zorgverleners te verduidelijken** op basis van soorten factureringsproblemen:
 - contact in elk OCMW voor problemen met het coderen van rechthebbenden in het MediPrima-systeem.
 - contact om te helpen bij technische bugs in de softwaregerelateerd bij het factureringsplatform;
- » dat zorgaanbieders die nog geen toegang hebben tot MediPrima hun facturen/ereloonnota's op papier naar de HZIV sturen.

REALISEER HET RECHT OP GEZONDHEID DOOR ACTIESTE ONDERNEMEN OP VLAK VAN GEZONDHEIDSDETERMINANTEN: Naast de zorg die onder de RIZIV-nomenclatuur valt, stellen we vast dat er, om het recht op gezondheid effectief te vrijwaren, nog heel wat **andere medische noden zijn** die momenteel niet **gedekt worden binnen het kader van DMH**.

Dit is met name het geval bij tandextracties, tandprothesen (om het kauwvermogen te herstellen), brillen voor kinderen op voorschrift van een oogarts (met uitzondering van bi- of multifocale lenzen en getinte lenzen), brillen voor volwassenen met een brekingsindex van minstens 1D voor het beste oog voorgeschreven door een oogarts (behalve bi- of multifocale lenzen en getinte lenzen), melk geschikt voor zuigelingen wanneer borstvoeding niet mogelijk is... (Roberfroid et al, 2015).

In bepaalde situaties maakt de toegang tot zorg die niet onder DMH valt **het mogelijk om de kosten te verlagen en passende zorg te garanderen**. We kunnen hier bijvoorbeeld een vonnis aanhalen van de arbeidsrechtbank van Brussel van 11 juni 2009 (Terra Laboris, 2009), waarin de rechter de overheidsinstanties opdroeg om in te staan voor de opname van een DMH-rechthebbende in een rust- en verzorgingstehuis om medische redenen. Deze gemedicaliseerde opvang is niet opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur. Het besluit om de kosten van een opname in een rust- en verzorgingstehuis om medische redenen te dekken is echter beter afgestemd op de behoeften van de patiënt en is minder duur dan een langdurige ziekenhuisopname. Het is daarom noodzakelijk om te voorzien in ondersteuningsmechanismen die verder gaan dan de zorg die is opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur, die het mogelijk maken om duurdere zorg te vermijden, maar ook om de kosten te vermijden die verband houden met de talrijke beroepsprocedures die worden ingediend tegen negatieve beslissingen van het OCMW.

Dan is er nog alles wat te maken heeft met de **sociale gezondheidsdeterminanten** (WHO, 2000). Studies leveren ons onbetwistbaar bewijs dat (onder andere) sociale uitsluiting en levensomstandigheden een veel grotere impact hebben op de gezondheid van mensen dan de toegang tot medische zorg. Deze wordt geschat op slechts 11% (WHO, 2000; Golnvo, 2023). Er bestaan al **goede praktijken** waarbij lokale en regionale overheden zich lieten inspireren door gezondheids promotie en preventieve gezondheidszorg om de



levensomstandigheden te verbeteren: toegang tot huisvesting (gemedicaliseerde huisvesting, verzorgingstehuizen, noodopvang, toegang tot tijdelijke bezettingen van leegstaande gebouwen, enz.), toegang tot **gezond voedsel** door de distributie van voedselpakketten of maaltijdcheques, toegang **tot wasruimtes, materiaal voor pasgeborenen**, zonder de toegang tot **het openbaar vervoer** te vergeten om daadwerkelijke toegang tot gezondheidsdiensten te garanderen, evenals tolkosten voor patiënten die de nationale talen niet voldoende machtig zijn. Er moet worden opgemerkt dat tussenkomen in de kosten van openbaar vervoer en medisch materiaal vaak gevraagd wordt door structuren die DMH-rechthebbenden en sociale gezondheidsdiensten vertegenwoordigen.



Een notabele inspiratiebron is het initiatief **“Sécu solidaire” (een solidariteitsfonds)** op poten gezet in Luik door de “mamans sans-papiers” en solidaire personen. Dit solidariteitsfonds biedt terugbetalingen aan haar leden voor geneesmiddelen en medisch materiaal die niet gedekt worden door DMH. Ze komen ook tussen voor uitgaven gelinkt aan hygiëne, basisonderhoud en openbaar vervoer. Het fonds gaf in 2020 enkel en alleen al voor geneesmiddelen 200€ per maand uit voor 8 moeders met 18 kinderen. Dit omwille van de veelvuldige gezondheidsproblemen waar zij mee geconfronteerd worden, onder meer door de verhoogde kwetsbaarheid door hun preciaire levensomstandigheden. Dit fonds komt dus tegemoet aan de lacunes van DMH.



Een goede praktijk die we hier ook kunnen aanhalen is de **“lijst van geneesmiddelen D”** (pijnstillers, anticonceptie, enz.) waarvoor de 19 Brusselse OCMW's zich hebben geëngageerd tot een (gedeeltelijke) dekking (bekijk de lijst hier: [Ambulant afgeleverde geneesmiddelen | Brulocalis](#)). Dit zijn medicijnen die regelmatig door artsen worden voorgeschreven en die noodzakelijk worden geacht voor de behandeling van gezondheidsproblemen.

» Wij stellen voor

- » dat de **POD MI** regelmatig het wettelijk kader en de dekking van DMH bijwerkt, naar aanleiding van wijzigingen in de **RIZIV-nomenclatuur, de jurisprudentie en de medische noden** die regelmatig door artsen worden voorgeschreven;
- » dat de verschillende beleidsniveaus (federaal, regionaal en lokaal) een **“gezondheidspromotiefonds”** oprichten dat het mogelijk maakt om hulp te financieren die nodig is voor het herstel of het behoud van de gezondheid, die niet gedekt wordt door DMH.



5

Het wettelijk kader respecteren

OVERZICHTSTABEL VAN DE AANBEVELINGEN | P. 36

VOOR MEER INFORMATIE OVER HET HUIDIGE WETTELIJKE KADER, ZIE "BIJLAGE" | P. 40

Het attest DMH (ADMH): Het huidige wettelijk kader van DMH laat het toe om dit recht te activeren vooraleer de persoon ziek wordt. Vele OCMW's weigeren echter de aanvraag te ontvangen en een sociaal onderzoek op te starten zonder een "attest DMH" (ADMH), ingevuld door een arts. Vele OCMW's hebben ook hun "eigen model" van het ADMH en weigeren de aanvraag als de rechthebbende een ander model van het ADMH voorlegt (bijvoorbeeld [ADMH MediPrima van de POD MI](#)) of wanneer dit ingevuld wordt door een arts die niet geconventioneerd is met het OCMW in kwestie. Nochtans volstaat een eenvoudig document dat een aantal gegevens bevat (datum en geldigheidsduur van de DMH, soort zorgen, identiteitsgegevens van de rechthebbende, alsook de gegevens en het RIZIV-nummer van de arts) en opgesteld is door een arts opdat de POD MI de zorgen die in de nomenclatuur van het RIZIV zijn opgenomen kan vergoeden.



Een goede praktijk hieromtrent werd in 2022 ontwikkeld door de Federatie van Brusselse OCMW's. Een gemeenschappelijk ADMH voor de 19 OCMW's werd gepubliceerd op de website van Brulocalis ([Dringende medische hulp op weg naar geharmoniseerde praktijken in Brussel | Brulocalis](#)) zodat deze toegankelijk is voor alle rechthebbenden en zorgverleners van het Brussels gewest. Spijtig genoeg stellen we vast dat dit document nog regelmatig geweigerd wordt door bepaalde Brusselse OCMW's.

We kunnen ons ook **vragen stellen over het nut van het document ADMH om een nieuwe aanvraag te registreren**. Het zou immers mogelijk moeten zijn om een aanvraag te activeren buiten een ziekteperiode. Met een "principe akkoord", voor er een ziekteperiode optreedt, **kan een vertraging in de toegang tot zorg vermeden worden en kan het aantal consultaties op de spoeddiensten beperkt worden**.



Een goede praktijk werd ontwikkeld door het OCMW Gent, waar mensen zonder papieren pro-actief een principe akkoord kunnen krijgen voor DMH, geldig voor één jaar, zonder dat er een medische noodzaak moet worden aangetoond.



Een andere goede praktijk werd in werking gesteld door de POD MI tijdens de COVID-19 periode toen de voorwaarden voor het uitreiken van een ADMH tijdelijk werden opgeschort om een vergoeding van de zorgprestaties in het kader van een DMH te verkrijgen.

>> Overeenkomstig het wettelijk kader en de bestaande goede praktijken stellen wij voor:

- dat het **attest DMH (ADMH) niet meer nodig is voor de toekenning van een "principe akkoord"** voor DMH na een gunstig sociaal onderzoek. In geval er zich medische noden voordoen kan het principe akkoord geactiveerd worden gedurende één jaar bij het betrokken OCMW.

HET (MEDISCH) BEROEPSGEHEIM: Vele niet-medische professionals van de OCMW's vragen - én verkrijgen - medische rapporten en dossiers om te bepalen welk soort zorg de rechthebbende nodig heeft. Dit is een **schending van het medisch beroepsgeheim**.

Dit wordt bevestigd in het informatiedocument van de POD-MI "De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995." (2022, pagina 9): "In het kader van het sociaal onderzoek **mag het OCMW om privacyredenen geen persoonlijke medische informatie opvragen aan zorgverleners of ziekenhuizen**



“De maatschappelijk werkers van de dienst vreemdelingen van dit ocmw zijn onderverdeeld in twee categorieën: degenen die hun werk goed doen en de wet- en regelgeving respecteren, en de anderen, die bijvoorbeeld een ontvangstbevestiging twee tot drie weken uitstellen, wat de toegang tot zorg vertraagt, zorgen die soms zeer dringend zijn!”

Getuigenis van een maatschappelijk werker (opgetekend door Dokters van de Wereld in 2022).

betreffende een begunstigde. Ook de begunstigde is niet verplicht om medische informatie mee te delen aan het OCMW. Het OCMW is echter vrij een medische tegen-expertise aan te vragen teneinde de steunaanvraag en het sociaal onderzoek voldoende te gronden.”

Bepaalde praktijken werken deze schendingen van het medisch beroepsgeheim in de hand. Sommige OCMW's stellen bijvoorbeeld geen materiële medische kaart ter beschikking. Hierdoor moet de rechthebbende zich bij het OCMW aanbieden **voorafgaand aan elke consultatie waarvoor een betalingsverbintenis nodig is**, en nogmaals na elke consultatie met zijn/haar **voorschrift om van het OCMW een “apothek-bon” of betalingsverbintenis te krijgen** die hij/zij vervolgens in de apotheek moet tonen om de nodige medicatie te verkrijgen. **Het gebeurt regelmatig dat OCMW's weigeren om bepaalde zorgen goed te keuren** die nochtans door een arts zijn voorgeschreven en in de nomenclatuur van het RIZIV opgenomen zijn. Naast de vele onnodige trajecten en administratieve rompslomp, drijven deze praktijken in tegen het medisch geheim.

Tijdens de controle van de aanwezigheid van een borgsteller¹, in het kader van het **sociaal onderzoek** uitgevoerd door het OCMW, stellen we ook een **gebrek aan respect vast omtrent het “gedeeld” beroepsgeheim**. Sommige OCMW's geven meer informatie door aan de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) dan deze die voorgesteld wordt door de

POD MI. We hebben documenten kunnen inkijken waarin de DVZ het OCMW bedankt voor de bijkomende informatie waarmee ze het dossier van de betreffende persoon hebben kunnen “vervolledigen”. We willen er hier aan herinneren dat aan meerdere voorwaarden moet voldaan worden alvorens een maatschappelijk werker persoonlijke informatie over de begeleide persoon mag uitwisselen of mededelen aan de Dienst Vreemdelingenzaken. Het is bijvoorbeeld vereist dat de uitwisseling gebeurt tussen structuren die “*dezelfde missie en doelstellingen nastreven*”, maar ook dat de maatschappelijk werker “*voorrang geeft aan de belangen en wensen van de personen [...] voor wie hij/zij professioneel dient tussen te komen*” (Code de déontologie belge francophone des assistants sociaux, 1985), wat hier niet het geval is.

»» Overeenkomstig het wettelijk kader van DMH en het (medisch) beroepsgeheim stellen wij voor

- ▶ dat de procedures voor DMH het **(medisch) beroepsgeheim integraal respecteren** gedurende het gehele parcours met de rechthebbende. Dit kan gerealiseerd worden door het inschakelen van een **referent/SPOC DMH in elk OCMW, door het organiseren van vormingen en door de expliciete integratie van het kader van het (medisch) beroepsgeheim in de dagelijkse OCMW-praktijk bij de uitwisseling van gegevens**. Het gaat hier specifiek om het artikel 458 van het Strafwetboek betreffende het beroepsgeheim, artikel 10 van de wet van 22 augustus 2002 over de bescherming van de privacy van patiënten, alsook de verschillende bepalingen van de ethische codes voor artsen en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. De **RIZIV-regels over a priori en a posteriori controles** op geneeskundige verstrekkingen blijven hier van toepassing, net als voor mensen die verzekerd zijn via ZIV.
- ▶ dat de POD MI een procedure ontwikkelt die **strikte regels vastlegt voor situaties die een contact vereisen met de Dienst Vreemdelingenzaken** voor de verificatie van de borgsteller, met inachtnaam van het beroepsgeheim.

¹ De borgsteller is verplicht de medische kosten op zich te nemen gedurende het verblijf in België (dit is enkel in het geval de persoon minder dan 2 jaar op het territorium verblijft en afkomstig is uit een land dat onderworpen is aan de verplichting van een visum).



DE VRIJHEID OM ZIJN ARTS TE KIEZEN: tot op heden eisen de meeste OCMW's een "conventie" of een "erkenning" die wordt opgesteld met een zorgverlener om een rechthebbende met DMH ten laste te kunnen nemen. Het is inderdaad nuttig om de zorgverleners goed te informeren over de tarieven en over het functioneren van de ten laste names. De praktijk met conventies moet echter rekening houden met de vrijheid van keuze van een zorgverlener door een rechthebbende.

»» Overeenkomstig het wettelijk kader en de huidige praktijk stellen wij voor

- » dat de OCMW's procedures en praktijken ontwikkelen die **voldoende eenvoudig en snel zijn om met "nieuwe" zorgverleners samen te werken**, zowel binnen als buiten de gemeente van het betreffende OCMW.

GEVRAAGDE BEWIJZEN EN DOCUMENTEN DIE INDRUISSEN TEGEN HET WETTELIJK KADER:

De wet en de regels (POD MI, 2010; POD MI, 2022) vermelden nergens de vereiste om een officieel en origineel **identiteitsdocument** te kunnen voorleggen voor het bekomen van DMH. Maar informatie over de identiteit moet wel gevraagd worden wanneer een rechthebbende DMH aanvraagt. De wet bepaalt "*Het voorleggen van officiële identiteitsdocumenten is echter geen wettelijke vereiste als deze personen geen wettig verblijf hebben. Het bewijs van de identiteit kan gebeuren door alle middelen (dus zowel officiële documenten als niet-officiële documenten).*" (POD MI, 2022, p. 25). Wij stellen echter vast dat op het terrein sommige OCMW's officiële identiteitsdocumenten vragen om een vraag voor DMH goed te keuren, en dat zij hulp weigeren wanneer deze documenten ontbreken.

We zien ook dat de OCMW's soms vragen om een **bewijs van verblijf van 3 maanden** (met een bijlage 19) te leveren om DMH te kunnen krijgen. Personen zonder wettig verblijf of Europese burgers die werkzoekend, student of economisch inactief zijn (inclusief hun familie) kunnen DMH verkrijgen zonder te moeten aantonen dat ze 3 maanden of langer in de gemeente verblijven. In aanbeveling 3 spraken we reeds over dit bewijs van verblijf van 3 maanden. Daarbij stellen wij voor om deze vereiste

te schrappen en te vervangen door een controle op verzekeraarbaarheid. In afwachting van een aanpassing van het legaal kader stellen wij voor dat OCMW's de verificatie enkel doen voor die categorieën van personen waarvoor dit nog door het wettelijke kader vereist is.

We stellen ook vast dat sommige OCMW's gezinnen met minderjarige kinderen in onwettig verblijf een document laten ondertekenen waarin "**materiële hulp wordt geweigerd**". Opnieuw leidt de regelgeving tot verwarring: de OCMW's zijn verplicht om gezinnen met minderjarige kinderen **te informeren** over de mogelijkheid om materiële hulp aan te vragen in een Fedasil-centrum (of terugkeerwoningen beheerd door de Dienst Vreemdelingenzaken) op het moment dat het gezin hulp aanvraagt (Terra Laboris, 2016; POD MI, 2006). Een document ondertekenen waarin staat dat de aanvrager materiële hulp weigert, kan echter geen bijkomende voorwaarde zijn om toegang te krijgen tot DMH. Dit leidt immers tot extra obstakels voor toegang tot zorg.

»» Overeenkomstig het wettelijk kader en de bestaande praktijken stellen wij voor

- » dat het sociaal onderzoek in het kader van een aanvraag van DMH **strikt beperkt wordt tot de elementen die gedefinieerd zijn door het wettelijk kader** dat van toepassing is op alle OCMW's in België. **De controleprocedures van de inspectiedienst van de POD MI moeten worden versterkt** en er dient proactief opgetreden te worden wanneer een OCMW bijkomende voorwaarden oplegt om het recht op DMH te bekomen.



VERZEKERBAARHEID: in het kader van het sociaal onderzoek om te verifiëren of een persoon recht heeft op DMH zal het OCMW nagaan of de persoon beroep kan doen op een **andere ziekteverzekering**. Het stuurt daarom een e-mail aan een eventuele verzekeraar of aan de HZIV in het geval de persoon minder dan een jaar in België verblijft. Deze e-mail moet bij het sociaal rapport gevoegd worden. *“De betrokkene moet wel **zijn/haar rechten uitputten** door de verzekering of de derde te contacteren en aan te dringen dat deze tussenkomen voor de medische kosten. Vaak zal dit de nodige tijd in beslag nemen. Het is daarom mogelijk in deze gevallen kosten in te dienen via de POD MI (of een medische kaart aan te maken met beperkte duur) in afwachting van het antwoord van de verzekering en/of het onderzoek naar mogelijke tussenkomen van een derde.”* (POD MI, 2022, p. 16).

Het OCMW moet niet alleen nagaan of de persoon zich kan aansluiten bij de Belgische ZIV of een ziekteverzekering heeft in zijn land van herkomst, maar ook in de Europese landen waar de persoon door is gereisd of verbleven heeft voor hij naar België kwam. Het blijkt echter uit verschillende getuigenissen dat mensen die een DMH aanvragen **niet begrijpen waarom het OCMW hen om dit soort informatie vraagt**. Het gaat hier immers om gelijkaardige vragen die worden gesteld door de autoriteiten bij het aanvragen van een verblijfsvergunning (bijvoorbeeld om na te gaan of een aanvrager van internationale bescherming onder de regels van de “Dublin” procedure valt). Bijgevolg kunnen de vragen die gesteld worden tijdens het sociaal onderzoek rechthebbenden soms bijzonder wantrouwig maken, wat **een rem zet op de vertrouwensrelatie** die met de OCMW-medewerker wordt opgebouwd. In sommige gevallen zal dit ervoor zorgen dat de rechthebbende zijn aanvraag stopzet.

>> Overeenkomstig het wettelijk kader en de bestaande praktijken stellen wij voor

- › dat maatschappelijk werkers van het OCMW over **voldoende tijd en competenties beschikken om een vertrouwensrelatie op te bouwen met DMH-aanvragers**, die het mogelijk maakt om uit te leggen waarom ze ondervraagd worden i.h.k.v. hun DMH-aanvraag, in het bijzonder met betrekking tot hun identiteit en hun migratieparcours.

DE WETTELIJKE TERMIJN: volgens het huidige wettelijk kader moet het bevoegde OCMW **binnen 30 dagen na de datum van de aanvraag een beslissing nemen over het al dan niet toekennen van DMH**. Het verstrekken van een ontvangstbewijs aan de aanvrager moet een garantie zijn dat de aanvraag wel degelijk op deze datum is ingediend. Op het terrein stellen we echter vast dat **veel OCMW's de termijn van 30 dagen omwille van verschillende redenen niet (meer) kunnen respecteren**. We merken ook dat sommige OCMW's **niet systematisch ontvangstbewijzen overhandigen wanneer een aanvraag wordt ingediend**. Het ontvangstbewijs is essentieel om van het OCMW en, indien van toepassing, voor een rechtbank op retroactieve wijze te eisen dat het OCMW de wettelijke termijnen moeten naleven en de zorgen ten laste moet nemen vanaf het moment dat de aanvraag ingediend werd.

>> Overeenkomstig het wettelijk kader en de huidige praktijken stellen wij voor


- › dat de **overhandiging van een ontvangstbewijs geautomatiseerd wordt** bij de indiening van de aanvraag en dat hiervoor een **controlemechanisme** wordt ingevoerd.





Samenvatting van de aanbevelingen

Ter afsluiting: Met dit memorandum trekken wij nogmaals aan de alarmbel: in naam van het algemeen belang, om risico's voor de volksgezondheid en de overheidsfinanciën te vermijden, maar ook om het fundamenteel recht op gezondheid te vrijwaren, is vereenvoudiging en harmonisering van de procedure voor “Dringende Medische Hulp” noodzakelijk.

Het merendeel van de 40 concrete aanbevelingen in dit memorandum  **zie tabel hieronder** zijn niet nieuw: ze werden al geformuleerd door verschillende overheidsinstellingen en/of organisaties van het maatschappelijk middenveld. Het is nu hoog tijd om de administratieve vereenvoudiging van DMH in werking te stellen om zodoende de kosten te verminderen en het recht op gezondheid voor allen te garanderen, zoals ook in de Grondwet en de Belgische wetten bepaald is.

»» De ondertekenaars van dit memorandum zijn bereid om een overlegtraject met de verschillende betrokken partijen op gang te brengen om het recht op gezondheid voor allen te vrijwaren. Wij hopen dat de volgende regering overtuigd zal zijn van de noodzaak om de toegang tot zorg voor de meest kwetsbaren in onze samenleving te vereenvoudigen en te harmoniseren.



»» Overzichtstabel van de aanbevelingen per beleidsniveau

1 » Betrek de belanghebbenden bij een proces van vereenvoudiging en harmonisering

DE FEDERALE AUTORITEITEN

- » **richten een overleg- en beslissingsorgaan op**, waarbij de verschillende belanghebbenden worden vertegenwoordigd, met name: de beleidsmakers en de administraties die een rol spelen in de organisatie van DMH en de structuren die de OCMW's, de rechthebbenden en de gezondheidszorgdiensten vertegenwoordigen;
- » **richten een monitoringstelsel op**, dat het mogelijk zou maken om de verschillende maatregelen die genomen moeten worden voor een betere toegang tot DMH voor te bereiden, te monitoren en te evalueren. Concreet zou dit kunnen gebeuren door:
 - de inschrijving van DMH-rechthebbenden bij de HZIV, na een gunstig sociaal onderzoek uitgevoerd door het OCMW;
 - de HZIV kent rechthebbenden gemakkelijk identificeerbare mutualiteitsnummers toe, waardoor het mogelijk wordt om de gegevens van rechthebbenden op DMH op dezelfde manier te verwerken als van personen die recht hebben op de ZIV;
- » een **studie** organiseren die de opportuniteiten, voordelen en mogelijke obstakels om mensen zonder wettig verblijf in België te integreren in de ZIV via inschrijving bij een mutualiteit analyseert.

2 » Garandeer toegang tot informatie voor alle belanghebbenden

DE FEDERALE AUTORITEITEN

- » **verduidelijken de DMH-procedure en de taken van elk van de dienstverleners**. Het KCE-rapport zou als basis kunnen dienen voor het opstellen van een dergelijk gemeenschappelijk handboek om de communicatie tussen de verschillende dienstverleners te vergemakkelijken (POD MI, HZIV, eHealth, OCMW's, actoren in de sociale gezondheidszorg...);
- » **bieden opleidingen en hulpmiddelen aan**, in gedrukte en digitale vorm, aangepast aan de verschillende doelgroepen, over de toegang tot en de dekking van DMH, om rechthebbenden, zorgverleners en OCMW-medewerkers beter te informeren. Volledige en correcte informatie verstrekken vereist ook de betrokkenheid van de structuren die betrokken zijn bij de toegang tot zorg op lokaal, regionaal en federaal niveau;
- » **installeren een contactpunt/SPOC met DMH-expertise in elk OCMW**, dat gemakkelijk identificeerbaar, beschikbaar, responsief en bereikbaar is voor zorgverleners, sociale diensten en rechthebbenden. De centralisatie van expertise en contacten binnen elk OCMW zou het mogelijk maken om op uniforme en duidelijke manier te reageren op noodsituaties, en tegelijkertijd de noodzakelijke procedures voor het verlenen van het recht op DMH te verduidelijken en uitstel of vertraging van de zorg te voorkomen;
- » **veranderen de naam van dringende medische hulp** in een naam die de universele en fundamentele aard van dit recht aantoont, zoals "universele medische hulp", "fundamentele medische hulp", "staatsmedische hulp" of "tijdelijke medische hulp";
- » **zetten een vereenvoudigde procedure op waarmee professionals in de sociale gezondheidszorg mensen kunnen ondersteunen die een DMH-aanvraag indienen en toegang krijgen tot de informatie** die wordt uitgewisseld in het kader van het sociaal onderzoek en de zorgverlening. Voor bepaalde kwetsbare bevolkingsgroepen is het ook noodzakelijk om samenwerkingsverbanden op te zetten waardoor 'laagdrempelige' diensten op afstand een DMH-aanvraag kunnen indienen;
- » **stellen tolken en intercultureel bemiddelaars ter beschikking** van de OCMW's en professionals in de sociale gezondheidszorg:
 - De online vertaaldienst, ontwikkeld door de FOD Volksgezondheid, wordt toegankelijk voor alle (sociale) gezondheidsprofessionals;
 - Actoren in de sociale gezondheidszorg kunnen een beroep doen op beschikbare intercultureel bemiddelaars (geïntegreerd in de teams of in een samenwerkingsverband), zoals al het geval is in bepaalde ziekenhuizen en laagdrempelige diensten;
 - OCMW's krijgen de middelen (logistiek en financieel) om een beroep te doen op intercultureel bemiddelaars en tolken om opvang en begeleiding te garanderen die is aangepast aan de behoeften van de rechthebbenden.



- › zorgen, naast de informatie die door de POD MI wordt verspreid, voor de **informatieverspreiding via de OCMW's en de lokale en regionale coördinaties** uit de sociale gezondheidszorg voor de DMH-rechthebbenden en zorgverleners via fysieke bijeenkomsten maar ook via gedrukte brochures, IT-tools op de websites, enz. over de werking van DMH, de interculturele aanpak en de realiteit van het leven van de betrokken personen, evenals het ter beschikking stellen van hulpmiddelen en modelformulieren om het indienen van een verzoek en het verkrijgen van zorg te vergemakkelijken;
- › maken het mogelijk in de **namiddag bij het OCMW een DMH-aanvraag in te dienen**, om ervoor te zorgen dat er meer beroep gedaan wordt op dit recht, vooral door dakloze personen.

3 > Vereenvoudig en harmoniseer de toegang

- › nemen de **personeelskosten** voor de arbeidskrachten die het OCMW mobiliseert voor het beheer van de DMH-dossiers op zich;
- › maken het mogelijk dat het OCMW waarbij een **dakloze persoon** zijn DMH-aanvraag indient, *de facto* wordt beschouwd als het bevoegde OCMW, **zonder dat zijn aanwezigheid op het grondgebied hoeft bewezen te worden**;
- › maken het mogelijk dat wanneer een DMH-rechthebbende naar een ander gemeentelijk grondgebied verhuist, hij of zij **toestemming kan geven om zijn “dossier”, aangemaakt door het vorige OCMW, over te dragen naar het nieuwe OCMW. Zolang het nieuwe OCMW geen kennisgeving heeft gedaan van zijn akkoord om de DMH over te nemen, blijft het vorige OCMW bevoegd**;
- › passen het kader aan op dat een **huisbezoek optioneel** wordt om in aanmerking te komen voor DMH, dat wil zeggen dat een huisbezoek om gemotiveerde redenen de uitzondering op de regel wordt;
- › **schrappen de voorwaarden van de verificatie van de “reden van verblijf” en “verblijf van 3 maanden”** in het kader van het sociaal onderzoek van het OCMW voor een DMH-aanvraag (het beginsel van niet-verzekerbaarheid blijft behouden);
- › passen het kader aan opdat de **middelen die voortkomen uit onregelmatig/zwartwerk** van de DMH-aanvrager, niet langer in aanmerking worden genomen bij de berekening van de behoefte, gezien de instabiele en ontoereikende aard van de middelen die eruit voortvloeien;
- › harmoniseren, op het niveau van alle OCMW's, **de drempel voor het bepalen van voldoende bestaansmiddelen van samenwonenden** (partner, ascendanten/descendenten van de eerste graad) in het kader van een DMH-aanvraag op 150% van het leefloon;
- › **maken het mogelijk dat een vereenvoudigd en versneld sociaal onderzoek “een onmiddellijke toegang geeft tot DMH voor een periode van 3 maanden”**, daarna kunnen OCMW-medewerkers een diepgaander sociaal onderzoek uitvoeren. Een versnelde procedure moet op zijn minst toegang mogelijk maken tot zorg voor personen met gezondheidsproblemen die onmiddellijke behandeling vereisen. Het OCMW moet gedurende een bepaalde periode onmiddellijke en proactieve zorg kunnen garanderen, terwijl het sociaal onderzoek loopt, met de garantie van de POD MI dat de zorg vergoed zal worden;
- › zorgen ervoor dat een gunstige beslissing na een DMH-aanvraag in alle gevallen resulteert in een **principeakkoord voor één jaar en het verlenen van een “medische kaart”** die bewijst dat zorg verleend mag worden. **De driemaandelijke controle van de toegangsvoorwaarden**, wat de verantwoordelijkheid is van het OCMW en vereist wordt door het wettelijk kader, moet beperkt blijven tot het **residuele karakter** van de OCMW-steun, namelijk de verzekeraar bij een andere verzekeraar (bijvoorbeeld in het geval van een toekenning van een verblijfsstatus).
- › **creëren eenzelfde medische kaart voor alle OCMW's** (of op regionaal niveau, volgens de instructies van de regionale OCMW-federaties). Het zou een geïndividualiseerde kaart zijn, waarop de naam, voornaam en het rijksregisternummer (of het INSZ-BIS uitgegeven door het OCMW) en het MediPrima-nummer vermeld staan. Op de kaart wordt aangegeven of de eigen bijdrage voor ambulante zorg al dan niet gedekt is. Tenslotte pleiten wij voor een kaart die gedrukt is op duurzaam materiaal (bijvoorbeeld een plastic kaart) met het oog op de levensomstandigheden van rechthebbenden die dakloos zijn;



**DE REGIONALE
EN LOKALE
AUTORITEITEN**

- › **harmoniseren de praktijken op het gebied van territoriale bevoegdheid en de overdracht van DMH-dossiers**, in geval van verandering van grondgebied, en vermijden zo de vermenigvuldiging van procedures voor de rechthebbenden. Soms zijn deze mensen zéér mobiel wat de situatie in het Brusselse grondgebied bemoeilijkt (met haar 19 territoria);
- › zorgen ervoor dat wanneer een **DMH-rechthebbende naar een ander gemeentelijk grondgebied verhuist**, hij of zij de toestemming kan geven om het **“dossier” aangemaakt door het vorige OCMW over te dragen naar het nieuwe OCMW**. Zolang het nieuwe OCMW geen kennisgeving heeft gedaan van zijn akkoord om het DMH-dossier over te nemen, blijft het vorige OCMW bevoegd voor de rechthebbende in kwestie;
- › **creëren eenzelfde medische kaart voor alle OCMW’s** op regionaal niveau, volgens de instructies van de regionale OCMW-federaties. Het zou een geïndividualiseerde kaart zijn, waarop de naam, voornaam en het rijksregisternummer (of het INSZ-BIS uitgegeven door het OCMW) en het MediPrima-nummer vermeld staan. Op de kaart wordt aangegeven of de eigen bijdrage voor ambulante zorg al dan niet gedekt is. Tenslotte pleiten wij voor een kaart die gedrukt is op duurzaam materiaal (bijvoorbeeld een plastic kaart) met het oog op de levensomstandigheden van rechthebbenden die dakloos zijn.

4 › Vereenvoudig en harmoniseer de dekking

**DE FEDERALE
AUTORITEITEN**

- › **maken MediPrima snel beschikbaar voor alle zorgverleners**, zoals bepaald in de Bestuursovereenkomst 2021-2023 van de POD MI (SPP IS, 2021)
 - door een verplichting voor ontwikkelaars van medische en farmaceutische software om MediPrima te integreren als voorwaarde voor de certificering van de software;
 - deze verplichting zou samen kunnen gaan met een financiële steun aan de softwareontwikkelaars voor de integratie van MediPrima in hun software;
- › zorgen ervoor dat de **volledige openstelling van MediPrima** geautomatiseerd wordt, namelijk voor alle zorgaanbieders en niet slechts voor een beperkt aantal aanbieders, gedurende 1 jaar op het moment dat DMH aan de rechthebbende wordt toegekend;
- › garanderen dat wanneer de rechthebbende van OCMW verandert **een geharmoniseerde procedure de continuïteit van de zorgen vrijwaart door een vlotte overdracht van het ene OCMW naar het andere**, zonder onderbreking van MediPrima;
- › installeren **verduidelijkende aanspreekpunten voor zorgverleners** op basis van soorten factureringsproblemen:
 - contact in elk OCMW voor problemen met het coderen van rechthebbenden in het MediPrima-systeem;
 - contact om te helpen bij technische bugs in de software gerelateerd bij het factureringsplatform;
- › maken mogelijk dat zorgaanbieders die nog geen toegang hebben tot MediPrima hun **facturen/ereloonnota’s op papier** naar de HZIV kunnen sturen;
- › **passen regelmatig het wettelijk kader en de dekking van DMH aan**, volgens de wijzigingen in de nomenclatuur van het RIZIV, de rechtspraak en de medische noden die regelmatig door de artsen worden voorgeschreven.

**DE FEDERALE,
REGIONALE
EN LOKALE
AUTORITEITEN**

- › richten (samen met de andere machtsniveaus) een **“gezondheidspromotiefonds”** op dat het mogelijk maakt om hulp te financieren die nodig is voor het herstel of het behoud van de gezondheid, die niet gedekt wordt door DMH.



5 ► Het wettelijk kader respecteren

DE FEDERALE, REGIONALE EN LOKALE AUTORITEITEN

- eisen **niet langer een attest DMH (ADMH) voor de toekenning van een “principe akkoord”** voor DMH na een gunstig sociaal onderzoek. In geval er zich medische noden voordoen kan het principe akkoord geactiveerd worden gedurende één jaar bij het betrokken OCMW;
- zorgen ervoor dat de procedures voor DMH het **(medisch) beroepsgeheim** integraal respecteren gedurende het gehele parcours met de rechthebbende. Dit kan gerealiseerd worden door het inschakelen van een **referent/SPOC DMH in elk OCMW, door het organiseren van vormingen en door de expliciete integratie van het kader van het (medisch) beroepsgeheim in de dagelijkse OCMW-praktijken** bij de uitwisseling van gegevens. Het gaat hier specifiek om het artikel 458 van het Strafwetboek betreffende het beroepsgeheim, artikel 10 van de wet van 22 augustus 2002 over de bescherming van de privacy van patiënten, alsook de verschillende bepalingen van de ethische codes voor artsen en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. De RIZIV-regels over a priori en a posteriori controles op geneeskundige verstrekkingen blijven hier van toepassing, net als voor mensen die verzekerd zijn via ZIV;
- ontwikkelen een procedure die **strikte regels vastlegt voor situaties die contact vereisen met DVZ** voor de verificatie van de borgsteller, met inachtnaam van het beroepsgeheim;
- ontwikkelen procedures en **praktijken die voldoende eenvoudig en vlug zijn** om samen te werken met **“nieuwe” zorgverleners**, zowel binnen als buiten het grondgebied van het betreffende OCMW;
- maken het mogelijk dat het sociaal onderzoek in het kader van een aanvraag voor DMH **strikt beperkt wordt tot de elementen die gedefinieerd zijn door het wettelijk kader** dat van toepassing is op alle OCMW's in België. **De controleprocedures van de inspectiedienst van de POD MI moeten worden versterkt** en er moet proactief worden opgetreden wanneer een OCMW bijkomende voorwaarden oplegt om het recht op DMH te bekomen;
- zorgen ervoor dat maatschappelijk werkers van het OCMW over **voldoende tijd en competenties beschikken om een vertrouwensrelatie op te bouwen met DMH-aanvragers**, die het mogelijk maakt om uit te leggen waarom ze ondervraagd worden i.h.k.v. hun DMH-aanvraag, in het bijzonder met betrekking tot hun identiteit en hun migratieparcours;
- garanderen de overhandiging van een ontvangstbewijs bij het indienen van een aanvraag door de **automatisering van overhandiging en de invoering van een controlemechanisme**.





Lexicon

- › **ADMH** Attest Dringende Medische Hulp (in te vullen door een arts)

- › **DMH** Dringende Medische Hulp

- › **DVZ** Dienst Vreemdelingenzaken

- › **HZIV** Hulpkas voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering

- › **KCE** Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg

- › **OCMW** Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

- › **PODMI** Programmatorische Federale Overheidsdienst
Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding,
sociale Economie en Grootstedenbeleid.

- › **RIZIV** Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

- › **SPOC** Single Point Of Contact (Enige contactpunt)

- › **ZIV** Ziekte- en invaliditeitsverzekering





Bibliografie

Abeel, N., Rowaert, S., & Vandevordt, R. (2023). Een onzichtbare realiteit: over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf in West-Vlaamse plattelandsgebieden. Universiteit Gent.

Algemeen Ondersteuningscentrum voor Integratie en Inburgering (Aggi) (s. d.). (2020). OCMW Antwerpen veroordeeld tot toekenning dringende medische hulp aan kind met diabetes. <https://www.agii.be/nieuws/ocmw-antwerpen-veroordeeld-tot-toekenning-dringende-medische-hulp-aan-kind-met-diabetes>

Brulocalis. (2022). *Ambulant afgeleverde geneesmiddelen*. <https://brulocalis.brussels/nl/ocmw/lijst-van-de-geneesmiddelen-d/ambulant-afgeleverde-geneesmiddelen>

Cala, S. (2009). L'aide médicale urgente accordée à un étranger en séjour illégal inclut l'admission dans une maison de repos et de soins pour raisons exclusivement médicales. *Terra Laboris* ASBL. <https://www.terralaboris.be/spip.php?article722>

Chauvin, P., Simonnot, N., Vanbiervliet, F., Vicart, M., Vuillemoz, C. (2015). Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada. *European Network to reduce vulnerabilities in health*. <https://mdmeuroblog.wordpress.com/>

Code de déontologie belge francophone des assistants sociaux UFAS - 1985, Comité de vigilance (1985). http://www.comitedevigilance.be/IMG/pdf/code_belge_AS.pdf

European Union Agency for Fundamental Rights. (2015). The cost of exclusion from healthcare: A case study on the situation of migrants in an irregular situation. <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>

European Migration Network (EMN). (2023). *In België leven 112.000 mensen zonder verblijfsdocumenten, blijkt uit nieuw onderzoek van de Vrije Universiteit Brussel*. <https://emnbelgium.be/nl/nieuws/belgie-leven-112000-mensen-zonder-verblijfsdocumenten-blijkt-uit-nieuw-onderzoek-van-de>

Golnvo. (2023). *Determinants of Health*. https://www.golnvo.com/vision/determinants-of-health/?utm_source=determinantsofhealth.org&utm_medium=redirect

Hoffman, D. (2022). Commentary on Chronic Disease Prevention in the US in 2022. *Annals of Bioethics & Clinical Applications*, 5. <https://medwinpublishers.com/ABCA/commentary-on-chronic-disease-prevention-in-the-us-in-2022.pdf>

Kalager, M. et al. (2010). Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *New England Journal of Medicine*, 363(13), 1203–1210. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1000727>

Lafaut, D., Vandenheede, H., Surkyn, J. et al. (2019). Counting the non-existing: causes of death of undocumented migrants in Brussels Capital Region (Belgium), 2005–2010. *Archives of Public Health* 77, 42. <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-019-0369-6#citeas>

Leduc, A., Bagamboula, S., Abel, Modou, Emmeline, Vertongen, Y. L., (2018). Enquête sur la situation des sans-papiers. Recommandations pour les élections communales 2018. *Bureau d'Etudes des Sans Papiers*. <http://ep.cfsasbl.be/Enquete-sur-la-situation-des-sans-papiers-Recommandations-pour-les-elections>

Lorand, S. (2019). *Aide Médicale Urgente et frais hospitaliers, quand la précarité est pénalisée. Analyse des refus de prise en charge des frais d'hospitalisation de patients en séjour illégal soignés au sein du CHU Saint-Pierre*. Certificat d'Université Santé et Précarité, Université Libre de Bruxelles.

Médecins du Monde. (2012). *Bruxelles -CASO, centre d'accueil, de soins et d'orientation*. <https://medecinsdumonde.be/actualites-publications/publications/bruxelles-caso-centre-daccueil-de-soins-et-dorientation>

OCDE/Union européenne. (2020). *How resilient have European health systems been to the COVID 19 crisis?* Dans : *Health at a Glance : Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. Éditions OCDE, Paris. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_85e4b6a1-en

OCMW-INFO-CPAS. (2007). *La procédure concernant une demande d'aide*. http://www.ocmw-info-cpas.be/fiche_FV_fr/la_procedure_concernant_une_demande_daide

Organisation Mondiale de la Santé. (1948). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107337/9289011890-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



POD Maarschappelijke Integratie. (2010). Omzendbrief betreffende het sociaal onderzoek vereist voor de terugbetaling van de medische kosten in het kader van de Wet van 2 april 1965 en het Ministerieel Besluit van 30 januari 1995. [LOI - WET \(fgov.be\)](#)

POD Maatschappelijke integratie. (2013). MediPrima - de hervorming van de medische hulp verleend door OCMW's. <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima>

POD Maatschappelijke Integratie. (2022). Informatie-document. DE MEDISCHE BEWIJSSTUKKEN IN HET KADER VAN DE WET VAN 02/04/1965 EN HET MINISTERIEEL BESLUIT VAN 30/01/1995/ Uitgave mei 2022. https://www.mi-is.be/nl/dringende-medische-hulp?utm_medium=email&utm_campaign=E-cho%2031%20januari%202020&utm_content=E-cho%2031%20januari%202020+CID_85be14cd4164b3aa63c915a52847a44d&utm_source=Email%20marketing%20software&utm_term=informatiedocument%20medische%20bewijsstukken#documenten

RIZIV & Dokters van de Wereld. (2014). Witboek. *Over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*. <https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/witboek.pdf>

Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I. et al. (2015). Synthese. Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 257B. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_257A_gezondheidszorg_migranten_Synthese.pdf

Schockaert, I., Morissens, A., Cincinato, S., & Nicaise, I. (2012). Armoede tussen de plooiën. Aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen. HIVA-KU-Leuven. <https://researchportal.vub.be/en/publications/armoede-tussen-de-plooiën-aanvullingen-en-correcties-op-eu-silc-v>

Seronet. (2023). AME : il n'y a pas de tourisme médical ! <https://seronet.info/article/ame-il-ny-pas-de-tourisme-medical-95346?fbclid=IwAR1cMbKBbZvqIQFCN-vRUA2wT4frYd2f7htgHEfhFVfwhgNDQ-zlDotlls>

SIEP. (2011). Médiateur-riche interculturel-le. <https://metiers.siep.be/metier/mediateur-mediatrice-interculturel-le/>

SPP Intégration Sociale. (2006). Circulaire remplaçant la circulaire du 16 août 2004 concernant l'arrêté royal du 24 juin 2004 visant à fixer les conditions et modalités pour l'octroi d'une aide matérielle à un étranger mineur qui séjourne avec ses parents illégalement dans le Royaume. <https://www.mi-is.be/fr/reglementations/remplacant-la-circulaire-du-16-aout-2004-concernant-larrete-royal-du-24-juin-2004>

SPP Intégration Sociale. (2021). Contrat d'administration 2021-2023. https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/spp_is_contrat_dadministration_2021-2023.pdf

Terra Laboris. (2016). *Obligations des C.P.A.S. en matière d'aide médicale urgente*. <https://www.terralaboris.be/spip.php?article2082>

Thorpe, K. E., Florence, C. S., & Joski, P. (2004). Which medical conditions account for the rise in health care spending? *Health Affairs (Project Hope), Suppl Web Exclusives*, W4-445. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.w4.437>

World Health Organization. (2023). *Investing in Health and Well-being: An EU Health Policy Framework*. Organisation Mondiale de la Santé. (2023). *Santé mentale et vieillissement*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>



Bijlage

Wat zegt het huidige wettelijke kader over de openingsvoorwaarden van het recht op DMH?

De algemene voorwaarden voor de toegang tot DMH zijn:

- › **ZONDER WETTIG VERBLIJF ZIJN** in België (of geen sociale rechten hebben in België zoals dat voorzien is voor bepaalde categorieën van Europese onderdanen of mensen die niet meer in orde zijn met hun ziekte- en invaliditeitsverzekering);
- › **IN STAAT VAN “BEHOEFDIGHEID”** of nood zijn;
- › **OP HET GRONDGEBIED VERBLIJVEN** van een gemeente (territoriale bevoegdheid van het OCMW);
- › **MEDISCHE GEZONDHEIDSZORGEN NODIG HEBBEN**, gecertificeerd door een arts (ADMH).

Deze voorwaarden worden onderzocht door een OCMW-medewerker. Eerst wordt een controle van de plaats van verblijf van de persoon die hulp vraagt bij het OCMW van het betreffende grondgebied (territoriale bevoegdheid) gedaan. In het geval dat deze voorwaarde vervuld is zal een maatschappelijk werker van het OCMW een sociaal onderzoek opstarten.

Dit sociaal onderzoek bevat de volgende elementen (POD MI, 2010 [LOI - WET \(fgov.be\)](#)):

1 IDENTIFICATIEGEGEVENS EN VERBLIJFSITUATIE: Naam, Voornaam, INSZ-nummer, Nationaliteit, Burgerlijke stand, Gemeente/plaats van verplichte inschrijving (code 207), Effectieve verblijfplaats in België, Gezinsamenstelling;

2 BESTAANSMIDDELEN EN REDEN VAN VERBLIJF: Bestaansmiddelen aanvrager, Bestaansmiddelen partner met wie aanvrager samenwoont, Bestaansmiddelen ascendenten/descendenten in de eerste graad met wie aanvrager samenwoont, Reden van verblijf;

3 STATUUT op het moment van de medische verzorging;

4 VERZEKERBAARHEID: De datum van aankomst in België is van belang daar het nagaan van de verzekeraar wegvalt als de aanvrager reeds langer dan één jaar in België verblijft. Het OCMW is gehouden bewijsstukken bij te voegen in dit geval: een huurcontract, bewijs van schoollopen van de kinderen, documenten van officiële Belgische instanties, facturen op naam aanvrager. De kennis of de aanvrager afkomstig is uit een visumplichtig land, een land met een verbindingsorgaan of gedekt moet zijn door de Europese verzekeringskaart is ook van belang voor de verzekeraar. Naargelang het geval moet de Hulpkas voor ziekte en invaliditeitsverzekering (HVIZ) ingeschakeld worden. Er moet een duidelijke band bestaan tussen de aanvrager en dat land. Die band moet vastgesteld worden, hetzij door de nationaliteit van de aanvrager, hetzij door zijn (laatste) verblijfplaats.

5 BORGSTELLING: Het sociaal verslag moet verduidelijken of er al dan niet een borgsteller gevonden werd en of deze al dan niet de medische kosten aanvaardt. De Dienst Vreemdelingenzaken heeft een contactpersoon die informatie geeft over de tenlastenemingen die aangegaan zijn voor vreemdelingen.

6 SOCIAAL VERSLAG OMTRENT DE BEHOEFDIGHEID van de aanvrager: De motivering is een situatieschets die onder meer duidelijk maakt in welke omstandigheden de aanvrager leeft, afgesloten met een voorstel tot het al dan niet ten laste nemen van de kosten + eventuele opmerkingen.

De POD MI stelt de OCMW's ook het volgende document ter beschikking "Informatiedocument medische bewijsstukken in het kader van de wet van 2/04/1965" (POD MI, 2022). Dit document is ter verduidelijking over hoe de bovengenoemde elementen moeten worden beoordeeld. Dit informatiedocument wordt regelmatig bijgewerkt.



Verantwoordelijke uitgever: Dokters van de Wereld België - Contact: sarah.melsens@doktersvandewereld.be

Op initiatief van het “Begeleidingscomité voor de vereenvoudiging en harmonisering van Dringende Medische Hulp”

Aan de totstandkoming van dit memorandum hebben de volgende personen bijgedragen:

Voor Dokters van de Wereld: Sarah Melsens (Advocacy Officer), Yasmine Maes (Vrijwilliger), Nidae El Mohammadi (Stagiaire), Fanny Procureur (Onderzoeksreferent), Amélie Deprez (Regionaal Coördinator Brussel), Noémie Graillet (Medisch Coördinator TOOLINE1) en de maatschappelijk werkers van de Belgische projecten van Dokters van de Wereld.

Voor Diogènes: Bert De Bock (Straathoekwerker)

Voor MASS-Tremplin: Hans-Joachim Henkes (Maatschappelijk werker & coördinator)

Voor Ulyse: Pauline Monhonval (Psychiater) & Ondine Dellicour (Maatschappelijk werker)

Voor BPA (Brussels Platform Armoede): Christa Matthys (Medewerkster armoede)

Voor Centrum Athéna: Débora Antunes Madeira (Coördinatrice)

Voor FBHAV (Federatie van de Brusselse Huisartsen Verenigingen): Caroline Colinet (Huisarts)

Zonder alle andere mensen te vergeten die (in-)direct hebben bijgedragen aan de inhoud van dit memorandum: bedankt!

Graphic design : www.marmelade.be

