



Dokters van de Wereld en Project Lama

# Werknota

Praktijken en beleid van de Brusselse  
OCMW's op het vlak van Dringende  
Medische Hulp: naar een harmonisering en  
vereenvoudiging?

Sarah MELSENS  
26/05/2021



## **Inhoudsopgave**

<b>Context</b>	2
Opwaartse harmonisatie van de DMH: een vraag van alle betrokken partijen	3
<b>De voorgestelde werkrichtlijnen</b>	4
<b>1. Harmonisatie en vereenvoudiging van de administratieve procedure</b>	4
1.1 Het sociaal onderzoek	4
1.1.1 Verschillende praktijken bij de behandeling van DMH-aanvragen	4
1.1.2 Het definiëren van de toegangsvoorwaarden tot dringende medische hulp	5
1.1.3 Onvoldoende middelen, verzekeraarbaarheid en borgstelling	5
1.1.4 Enkele voorbeelden van andere gevraagde bewijzen en informatie	6
1.2 Het definiëren van het territorialiteitsprincipe: de Brusselse context	7
1.3. Het attest van dringende medische hulp: duur van het onderzoek vs. medische urgenties	8
<b>2. Standaardisering en verspreiding van belangrijke documenten</b>	9
<b>3. Harmonisatie van de dekking van de gezondheidszorg voor iedereen</b>	10
<b>Conclusie</b>	12
Onze voorstellen	12
Harmoniseren en vereenvoudigen van de DMH ten voordele van alle belanghebbenden	13
<b>Klinische vignetten</b>	13
Klinisch vignet 1: Moeilijkheden met het sociaal onderzoek tijdens de lockdown	13
Klinisch vignet 2: Onwettige voorwaarden in het sociaal onderzoek: weigering van materiële bijstand	14
Klinisch vignet 3: Toegankelijkheid voor daklozen	14
Klinisch vignet 4: Moeilijkheden bij de overdracht van bevoegdheid van het ene OCMW naar het andere in geval van verhuizing en instabiliteit van het levenstraject	15
Klinisch vignet 5: Uitdagingen bij tolken en vertalingen en de continuïteit van de zorg	16
Klinisch vignet 6: Vrije keuze van zorgverlener. Specifieke situaties op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid	16
Woordenlijst van afkortingen	17
Bibliografie	17



## Context

In België wordt het recht op gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf en voor bepaalde Europese staatsburgers gewaarborgd door de procedure van **dringende medische hulp (DMH)**. In tegenstelling tot wat de naam suggereert, omvat dit recht **alle geneeskundige verzorging, zowel preventief als curatief**, dat is vastgesteld door een arts [1]. De DMH is een federale bevoegdheid, gecoördineerd door de POD Maatschappelijke Integratie en geadmistreerd door de OCMW's.

De DMH-procedure leidt momenteel tot onzekere en variabele toegang tot zorg voor de begunstigen. Uit de cijfers die wij van de POD MI kunnen verkrijgen, en de ramingen door het KCE [2], blijkt dat slechts 10 tot 20% van de personen die onwettig in het land verblijven er gebruik van maakt. De DMH-procedure, zoals deze nu bestaat, betekent ook een zware en kostelijke bureaucratie voor de OCMW's. Het creëert ook beheersproblemen voor de zorgverleners en de sociaal-medische diensten vanwege de ongelijke praktijken in de verschillende OCMW's. Voor mensen die er niet in slagen dekking te krijgen van het OCMW, moeten zorgverleners regelmatig niet-vergoede zorg verlenen en worden ze geconfronteerd met een overmatig gebruik van spoed- en hulpdiensten. **Het vereenvoudigen van de DMH-procedure zou dus voor alle belanghebbenden een win-winsituatie opleveren.**

**De coronacrisis heeft het belang aangetoond van een snelle en naadloze toegang tot de gezondheidszorg, in termen van preventie en beheer van gezondheidsrisico's, in het belang van zowel de volksgezondheid als de individuele gezondheid.** Dit niet alleen in de strijd tegen corona, maar ook voor andere pathologieën en zorgen.

**Het verbeteren van de toegang tot zorg zou een winst voor onze overheidsfinanciën betekenen.** Volksgezondheidsstudies hebben de voordelen van preventieve gezondheidsbenaderingen ruimschoots aangetoond. Het is duidelijk dat spoedbehandelingen en ziekenhuisopnames vaak te voorkomen en duurder zijn. Hetzelfde geldt ook voor het uitstel van zorg en het onderbreken van de behandeling. Momenteel gaat tussen 65 en 70% van de uitgaven in het kader van de DMH naar de dekking van ziekenhuiskosten (cijfers gekregen via de POD MI). Een betere toegang tot preventieve zorg voor de begunstigen moet derhalve leiden tot een betere zorgkwaliteit en een beter gebruik van de gezondheidsdiensten tegen gelijke kosten.

**De administratieve procedure vereenvoudigen leidt ook tot een grotere efficiëntiewinst, doordat tijd vrijkomt voor het personeel van OCMW's maar ook zorg- en sociaal-medische instellingen, die deze tijd weer kunnen investeren in hun sociale rol.**

De Federatie van Brusselse OCMW's heeft, samen met haar leden, al een harmonisatie tot stand gebracht binnen het Brussels Gewest in de toegang tot de zorg en de dekking ervan met de "**lijst van geneesmiddelen D**". De lijst van geneesmiddelen D is een engagement om de kosten te dekken van geneesmiddelen die niet door het RIZIV worden vergoed. Helaas wordt deze geharmoniseerde D-lijst niet gelijkmatig toegepast [3].

De **Brusselse regering** [4] en de **Federatie van Brusselse OCMW's** [5] hebben zich bereid verklaard te streven naar meer harmonisatie. Vandaag roepen **Dokters van de Wereld** en **Project Lama**, samen met andere associatieve actoren, op tot verdere inspanningen om de toegang tot zorg voor alle inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te harmoniseren.

**De voorstellen die we in dit document doen, beogen de toegang tot zorg voor de begunstigen te faciliteren en de administratieve procedure voor zowel de OCMW's als de zorgverleners te vereenvoudigen, zonder dat dit extra kosten voor de OCMW's met zich meebrengt. Verschillende voorstellen worden al door sommige OCMW's uitgevoerd.**

## Onze voorstellen bestrijken drie werkerreinen:

1. **Harmonisatie en vereenvoudiging van de administratieve procedure**
2. **Standaardisering en verspreiding van belangrijke documenten**
3. **Harmonisatie van de gezondheidszorgdekking voor iedereen**

De voorstellen die we hier doen, volgen de **aanbevelingen van het KCE [2]** op twee hoofdlijnen: vereenvoudiging en harmonisatie van de administratieve procedures en rationalisatie van de toegang tot gezondheidszorg. Ze volgen ook de aanbevelingen die de **Federatie van Brusselse OCMW's [5]** in 2019 heeft gedaan over de harmonisatie van de gezondheidszorg.

Voor mensen zonder wettig verblijf vertegenwoordigt DMH de laatste verbinding met een officiële instelling. Het recht op gezondheid is het laatste vangnet tegen uitsluiting en sociale onrechtvaardigheid. In Spanje heeft een onderzoek aangetoond dat het sterftecijfer voor migranten zonder wettig verblijf met ten minste 15% is gestegen na de hervorming van de wet van 2012, die de toegang van migranten zonder wettig verblijf tot gezondheidszorg tot levensbedreigende situaties beperkt [6].

**We nodigen jullie uit om aan te tonen dat Brussel een beleid van integratie en sociale rechtvaardigheid kan voeren via een werkelijke en effectieve toegang tot gezondheidszorg voor iedereen.**

### Opwaartse harmonisatie van DMH: een vraag van alle betrokken partijen

Samen met alle diensten die wij, de associatieve sector, vertegenwoordigen, zijn we overtuigd van de noodzaak om **de praktijken van de OCMW's opwaarts te harmoniseren** wat de toegang tot de gezondheidszorg betreft, met respect voor de menselijke waardigheid. Vandaag verdwalen gebruikers nog te vaak in een administratief en procedureel doolhof met onzekere en variabele toegang.

We zijn niet alleen met deze vraag. De harmonisering van de praktijken en het beleid van de OCMW's inzake gezondheidszorg wordt gevraagd door de FBHAV (artsen), de AVB (apothekers), de Brusselse ziekenhuizen, de GGC, de Coördinatie van mensen zonder papieren in België, de Federatie van Brusselse OCMW's en het Brussels Parlement.

Uit het onderzoek door het Studiebureau van mensen zonder papieren in 2018 bij 230 mensen zonder wettig verblijf in Brussel en Wallonië, die de “bezettingen van mensen zonder papieren” en verenigingen bezoeken, blijkt uit dat één derde (76 mensen) “*het systeem niet kent of vreest om officiële stappen te ondernemen (zich verbergen, de vrees voor een overdracht van informatie van het OCMW naar de federale overheidsinstanties), wordt geholpen door een familielid, een beroep doet op Dokters van de Wereld, een wijkgezondheidscentrum... of vastzit want “de persoon die mij huisvest wil niet dat ik me bij het OCMW inschrijf”*”. De andere ondervraagden vertelden ook dat er veel administratieve problemen bij de toegang tot DMH zijn. De Coördinatie besluit dat het nodig is de betrokkenen beter over dit recht te informeren in de talen van de landen van herkomst, maar ook de praktijken van de OCMW's te “uniformiseren” [7].

De twee kwalitatieve onderzoeksgroepen in het onderzoek “Harmonisering van de praktijken en beleidsmaatregelen inzake gezondheidszorg van de OCMW's” [5] benadrukken ook op dit punt:

*“Om te beginnen uitten beide groepen hun vrees voor harmonisatie, indien deze harmonisatie gebaseerd wordt op de werkwijze van OCMW's die minder rechten toekennen dan het hunne (nivellering naar beneden). Harmonisatie moet de rechten van de gebruikers verbeteren door een nivellering naar boven. Daarnaast is er ook een noodzaak om de interne praktijken te harmoniseren.”* (blz. 111).

## De voorgestelde werkrichtlijnen

### 1. Harmonisatie en vereenvoudiging van de administratieve procedure

#### 1.1 Het sociaal onderzoek

##### 1.1.1 Verschillende praktijken bij de behandeling van DMH-aanvragen

De lockdown heeft een aantal praktijken in de administratieve procedures veranderd, waaronder **het sociaal onderzoek dat het OCMW moet uitvoeren om toegang tot DMH te krijgen**. Voor verschillende OCMW's heeft een gunstig sociaal onderzoek vaker geleid tot een bredere toegang tot zorg voor een langere periode.

In de meeste OCMW's werd de procedure geïnformatiseerd en werd een aanvraag indienen via elektronische weg mogelijk. Voor sommige sociale diensten heeft dit geleid tot een betere begeleiding voor de nodige informatie in het kader van het sociaal onderzoek. In het kader van dit onderzoek worden soms bepaalde persoonsgegevens verzameld, ook al zijn deze gegevens niet vereist door het wettelijke kader voor DMH. Zo wordt het medisch beroepsgeheim niet gerespecteerd of zijn niet aangepast aan de realiteit van mensen zonder wettig verblijf (onderwijs- en migratietraject, gegevens over zwartwerk of documenten die eigen middelen moeten aantonen, gedetailleerde informatie over de te volgen procedure, enz.). Met de geïnformatiseerde procedure hebben sociale werkers uit de verenigingssector kunnen zorgen voor een betere naleving van de wet in het kader van sociale onderzoeken (cf. klinisch vignet 1 & 2).

Afhankelijk van de dagelijkse realiteit van de sociaal-medische diensten werd de geïnformatiseerde procedure als een verbetering ervaren voor de ene, of als een extra en onbeheersbare werklust voor de andere. De sociale gezondheidssector is in het algemeen verheugd over de flexibiliteit die sommige OCMW's willen toepassen en over de mogelijkheid om de procedure van dichterbij te kunnen opvolgen via een geïnformatiseerde procedure. Het sociaal onderzoek blijft echter een bevoegdheid van de OCMW's. Het sociaal onderzoek kan dus niet volledig aan de associatieve sector overgedragen worden.

Een betere **samenwerking tussen zorgverleners en maatschappelijke werkers van de OCMW's** moet worden bevorderd: een vlottere uitwisseling van de nodige informatie in het kader van een sociaal onderzoek kan de procedure vereenvoudigen.

Om de **toegankelijkheid van de diensten van de OCMW's te verbeteren, is het noodzakelijk het onthaal en de coördinatie te herzien**: de aanpassing van het onthaal en de uitwisseling met de OCMW's aan de realiteiten van de aanvragers, de invoering van **plaatselijke coördinaties** of de **netwerkvorming** van verschillende diensten van het OCMW (onthaal, straatrondes en outreach, DMH-cellen, factureringdienst, etc.) met andere laagdrempelige en eerstelijnsactoren.

We trekken ook de aandacht op wat de deelnemers aan het kwalitatieve luik van het onderzoek van de OCMW-praktijken [5] (blz. 111) een "subjectiviteit in de instelling" noemen, die verbeterd kan worden door de invoering van een **DMH-cel, ontmoetingen en uitwisselingen tussen sociaal werkers en bijscholing** om zich aan te passen aan de beste praktijken in het kader van het sociaal onderzoek.

##### 1.1.2 Het definiëren van de toegangsvoorwaarden tot dringende medische hulp

De ervaringen tijdens de lockdown in overweging genomen, lieten ons nadenken over de wijze waarop de administratieve werkdruk kan worden geoptimaliseerd. Het is bijvoorbeeld mogelijk om **sociale onderzoeken**

te beperken tot **één keer per jaar**, zoals voorgesteld door de POD MI in het “Wegwijs in het sociaal onderzoek van het OCMW” [8].

Drie aanbevelingen werden gedaan door de werknemers van de OCMW's in beide groepen van het kwalitatieve onderzoek van het Brusselse OCMW-onderzoek [5]:

*“17. Ontmoetingen tussen de vertegenwoordigers van de OCMW's en de inspectiediensten om de samenhang te vergroten.”*

*“18. Harmoniseren van de controles van de POD MI en de sociale onderzoeken. De POD MI moet op het terrein komen en de Sociaal Assistenten en de andere departementen dezelfde informatie bezorgen omtrent de richtlijnen.”*

*“9. Harmoniseren van de werkwijzen bij de analyse van de staat van precariteit. Voordat er maatregelen genomen worden, is het belangrijk te weten welke problematieken er op gewestelijk niveau aangepakt moeten worden. Het systeem voor de analyse van de staat van onzekerheid moet geobjectiveerd worden.”*

Daarom wordt voorgesteld zich op de wettelijk voorgeschreven criteria te baseren, op basis van de door de POD MI en de inspectiedienst verstrekte informatie om een vereenvoudigd en geharmoniseerd sociaal onderzoek op te zetten. In geval van verwarring werd er voorgesteld de **POD MI** raad te plegen om meer duidelijkheid over de **toegangsvoorwaarden** te verkrijgen.

**De door de wetgeving vereiste elementen** zijn de volgende [9]:

- 1) Identificatiegegevens en verblijfsituatie: naam, voornaam, INSZ-nummer, nationaliteit, burgerlijke stand, gemeente/plaats van verplichte inschrijving (code 207), effectieve verblijfplaats in België, gezinssamenstelling
- 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 zorgen
- 4) Verzekerbaarheid
- 5) Borgstelling
- 6) Sociaal verslag omtrent de behoeftigheid van de aanvrager”

### **1.1.3 Onvoldoende middelen, verzekerbaarheid en borgstelling**

Wat de definitie van **middelen en behoeftigheid** betreft, nodigen we de OCMW's uit om de precieze plaats van de middelen en de behoeftigheid van de aanvrager in het kader van een aanvraag voor medische hulp opnieuw te evalueren. Een verduidelijkt, vereenvoudigd en geharmoniseerd sociaal onderzoek zou het ook mogelijk maken de **wettelijke termijn van 30 dagen** waarbinnen het OCMW een antwoord moet geven op de elementen van het onderzoek beter na te leven.

We stellen daarom voor de criteria voor het definiëren van “onvoldoende middelen” in alle OCMW's te harmoniseren. We stellen veel verschillen vast ten opzichte van de toekenningsvoorwaarden in het onderzoek over de praktijken en beleidsmaatregelen in gezondheidszorg in de Brusselse OCMW's.

Sommige OCMW's geven de medische kaart of gezondheidskaart aan mensen met een inkomen onder de x% van het LL of het ELL (gaande van 0% tot 150%). Andere werken echt volgens de OCMW-richtlijnen en het dossier dat bij de BCSD/de RMW is ingediend. Ten slotte worden de kosten van het huishouden afgezet tegen de inkomsten om de rechten te bepalen. De moeilijkheid is om te weten vanaf wanneer de kosten te

hoog zijn in verhouding tot de inkomsten (beoordeling van de staat van behoefte). In het onderzoek van de praktijken van de OCMW's werd door de eerste groep van het participatieve onderzoek voorgesteld dat de 19 OCMW's een geharmoniseerde berekening zouden moeten uitvoeren.

Het niveau van de middelen van de aanvrager (bv. zwartwerk) niet exact kunnen vaststellen kan geen reden zijn om medische hulp te weigeren. Alleen middelen boven de LL-drempel (bv. door het inkomen van een partner of ascendent/descendent) kunnen een reden zijn om de bekostiging van het remgeld te weigeren. In dit geval is de Staat altijd gehouden de ziekenhuiskosten te dekken, die snel meer dan 1000€/dag bedragen. In het Sint-Pietersziekenhuis wordt een klassieke ziekenhuisopname gefactureerd tegen minimaal 780€/dag en een opname in intensieve zorg tegen minimaal 1000€/dag. We willen er hierbij bovendien aan herinneren dat 70% van het budget van de DMH naar ziekenhuisopnames gaan.

Wanneer een persoon DMH aanvraagt en dat het sociaal onderzoek bewijst dat hij niet verzekeraar is (via de HZIV), dat er geen borgsteller is (via de Dienst Vreemdelingenzaken) en dat er geen stabiel inkomen is dat hoger is dan het leefloon van een partner of ascendenten/descendenten in de eerste graad met wie de aanvrager samenwoont (rekening houdend met de afhankelijkheidsrelatie die in sommige situaties problematisch kan zijn), zou het logisch te beschouwen zijn dat de persoon niet over voldoende middelen beschikt.

Het is belangrijk toe te voegen dat de POD MI in het kader van het sociaal onderzoek van mening is dat *“De afwezigheid van een bepaald bewijsstuk betekent niet dat er sowieso geen terugbetaling mogelijk is. Er kan bijvoorbeeld een logische verklaring in het dossier zitten waarom een bepaald document of gegeven niet gekend is. Het sociaal dossier zal door de inspectiedienst steeds in zijn geheel bekeken worden”* [10].

#### **1.1.4 Enkele voorbeelden van andere gevraagde bewijzen en informatie**

In het kader van het sociaal onderzoek stellen we verschillende praktijken vast met betrekking tot de gevraagde informatie en documenten, soms binnen eenzelfde OCMW. Gezien de uitsluiting en onzekerheid die sommige mensen in precare omstandigheden ervaren, is het van belang deze aanvragen aan te passen aan de realiteit van deze bevolkingsgroep (cf. klinisch vignet 2).

De wettelijke regeling [9] voorziet de **“reden van verblijf”** van de DMH-aanvrager te bestuderen. De reden van verblijf alleen kan geen reden zijn om DMH te weigeren, zoals bepaald in een uitspraak van de Rechtbank Antwerpen van 1 oktober 2020. Het OCMW had geweigerd DMH te geven aan een gezin zonder wettig verblijf op basis van “medisch toerisme”. Het Hof is van mening dat *“de beoordeling of er sprake is van dringende medische hulp niet afhangt van het feit of de hulpvrager naar België is gekomen om te kunnen genieten van medische zorg (die beter is dan in het herkomstland); dringende medische hulp niet kan geweigerd worden omdat de aandoening al bestond voor de hulpvrager naar België kwam; het niet van belang is of het mogelijk is om naar het herkomstland of een ander land terug te keren en daar een behandeling te ondergaan”* [12].

We merken op dat er soms gevraagd is om een **bewijs van verblijf van 3 maanden** te geven, met een bijlage 19, om in aanmerking te komen voor een DMH. Personen zonder wettig verblijf of Europese burgers die werk zoeken, studeren of economisch inactief zijn (familie inbegrepen) kunnen in aanmerking komen voor een DMH zonder dat ze moeten aantonen dat ze drie maanden of langer op het grondgebied aanwezig zijn.

De wetgeving kan inderdaad aanleiding tot verwarring geven: het Grondwettelijk Hof heeft het arrest 95/2014 van 30 juni 2014 afgeleverd, waarbij de interpretatie van artikel 57 lid 5 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's gedeeltelijk werd vernietigd. Hieruit blijkt dat Europese burgers die zich permanent in België willen vestigen, recht hebben op dringende medische hulp zonder bewijs van een verblijf van 3

maanden. Alleen “Europese toeristen” hebben in principe geen recht op dringende medische hulp tijdens de eerste drie maanden van hun verblijf in België.

Er is dus geen wettelijke reden om een bewijs van verblijf van 3 maanden te vragen in het kader van een aanvraag van dringende medische hulp.

We merken ook op dat sommige OCMW's gezinnen met minderjarige kinderen zonder wettig verblijf een document “**weigering van materiële hulp**” laten ondertekenen. De wetgeving geeft opnieuw aanleiding tot verwarring: OCMW's zijn verplicht gezinnen met minderjarige kinderen zonder wettig verblijf te informeren over de mogelijkheid van materiële hulp in een Fedasil-centrum (cf. terugkeercentra beheerd door de Dienst Vreemdelingenzaken) op het moment dat het gezin hulp aanvraagt [13]. De ondertekening van dit document kan geen voorwaarde zijn voor toegang tot DMH. Deze creëert immers een extra belemmering voor de toegang tot zorg (cf. klinisch vignet 2).

## **1.2 Het definiëren van het territorialiteitsprincipe: de Brusselse context**

Het OCMW is ook gehouden de territorialiteitsvoorwaarden te controleren, d.w.z. na te gaan of de aanvrager voor het grootste deel van de tijd op het grondgebied van zijn gemeente woont. Dit is de voornaamste reden waarom het OCMW gewoonlijk een **huisbezoek** uitvoert.

Ook hier heeft de lockdown ons laten zien dat het mogelijk is soepeler te zijn met huisbezoeken. De territorialiteitsvoorwaarde vormt een bijzonder zware werklust in het Brussels Gewest, waar de grondgebieden van 19 gemeenten nauw verbonden zijn. Het bepalen van de geografische bevoegdheid is nog ingewikkelder rond bepaalde aantrekkingspunten zoals grote treinstations die verschillende gemeenten doorkruisen, waar we soms getuige zijn van mensen die van OCMW tot OCMW doorgestuurd worden (cf. klinisch vignet 3).

De “mobiliteit” van mensen in preciaire situaties, en met name mensen zonder wettig verblijf, is belangrijk, met name vanwege slechte huisvesting en dak- en thuisloosheid (ongezonde overbevolkte woningen, willekeurig verblijf van solidaire mensen, opvangcentra, daklozen, etc.). **Preciaire huisvesting mag geen belemmering zijn voor de toekenning van DMH, maar zou een duidelijk criterium van precariteit moeten zijn.**

Volgens een studie van Dokters van de Wereld [14] in 7 Europese landen, waaronder België, woonden slechts 21,4% van de 29.359 mensen die we ontmoetten in hun eigen huis. De overige 78,6% leefden op straat, in preciaire huisvestingsomstandigheden, in noodopvangcentra, enz. In het “Centre d'accueil, de soins et d'orientation” (CASO) van Dokters van de Wereld in Brussel beschikten slechts 6,4% van de patiënten, die het CASO in de periode 2019-2020 ontmoetten, over een eigen woning. 40% leeft op straat, in kraakpanden, kampen en/of in noodopvangen. De andere patiënten slapen in “precaire of onstabiele huisvesting” (volgens de Ethos-typologie) bij familie of vrienden of zijn tijdelijk gehuisvest door een organisatie of vereniging. De vzw Athéna, een centrum voor algemene medische hulp, stelt vast dat 68% van de mensen die geen toegang tot zorg hebben, dakloos zijn [15].

Het gebruik van “territoriale incompetentie” als criterium om daklozen te weigeren gaat in tegen de basisbeginselen van sociale en medische hulp aan daklozen; deze zijn al precair in hun huisvesting en hun leven. Bovendien ondermijnen de “bewijzen” die gevraagd worden aan huurbazen (bewijs van inkomen, rekeningafschriften, huurcontract, kopie van verblijfsvergunning) de solidariteit en versterken het gevoel van onveiligheid ten opzichte van de instellingen die de meest behoeftigen helpen.



Wat het aspect van het huisbezoek betreft, specificeert de POD MI [10] dat “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” (blz.17).

De inspectiedienst van de POD MI bevestigt dat de terugbetaling van kosten niet wordt geweigerd op basis van het territorialiteitsbeginsel en/of de onmogelijkheid een huisbezoek af te leggen. De inspectieverlagen van de POD MI van de laatste jaren, beschikbaar op de website [Inspectie | POD Maatschappelijke Integratie \(mi-is.be\)](https://inspectie.podmi-is.be), focussen zich voornamelijk op de criteria verzekeraarbaarheid, borgstelling, behoefte, attest van dringende medische hulp of op het beheer van facturatie. Bij twijfel over de territoriale bevoegdheid (bijvoorbeeld als twee OCMW's dezelfde begunstigde ten laste hebben genomen), wordt het door de inspectie vermeld als “opmerking” en eist ze geen terugbetaling van de kosten bij het OCMW. Wat van belang is voor de POD MI is dat er geen dubbele facturering is en dat de dossiers van de rechthebbenden gecentraliseerd blijven bij één bevoegd OCMW.

Daarom stellen wij voor dat huisbezoeken niet langer verplicht zijn voor mensen die geen stabiele huisvesting hebben. Deze huisbezoeken zijn ook problematisch in het kader van een behandeling die betrekking heeft op de seksuele en reproductieve gezondheid van de aanvrager: een abortus of het gebruik van contraceptie blijft taboe in sommige leefomgevingen. Voor deze categorieën personen stellen we voor dat het effectief en gewoonlijk verblijf kan aangetoond worden door een verklaring op erewoord, een attest van een buurtdienst of aankoopticketten van een handelaar in de buurt, foto's, etc. Dit voorstel wordt goedgekeurd (mondeling, maar ook in de controlepraktijken van de laatste jaren) door de inspectie van de POD MI.

Naar aanleiding van de mobiliteit van de meest kwetsbare groepen, willen we ook de aandacht trekken op de vele moeilijkheden die mensen ondervinden die van gemeente naar gemeente verhuizen en dus **van OCMW naar OCMW** moeten doorverwezen worden (cf. klinisch vignet 4, blz. 14). In die zin stelt de eerste groep van het kwalitatieve onderzoek over de OCMW-praktijken [5] een vlottere overgang:

“4. In geval van een verhuis, terugbetaling aan de voorwaarden van het oude OCMW zodat de persoon kan wennen aan de procedures van het nieuwe OCMW (Geen onderbreking van de zorg. Als het oude OCMW bijvoorbeeld de kosten van de psycholoog dekt, en bij het nieuwe OCMW de goedkeuring van het Comité vereist is, kan de persoon naar de psycholoog blijven gaan).

8. Dezelfde stopzettingsprocedure van de medische kaart van Mediprima bij alle OCMW's. In sommige OCMW's moet gewacht worden op de goedkeuring van het Comité, in andere kan dit onmiddellijk gebeuren.” (blz.87)

### **1.3. Het attest van dringende medische hulp: duur van het onderzoek vs. medische urgentie**

De derde voorwaarde voor de toekenning van DMH is dat de noodzaak van dringende medische zorg door een huisarts of een tandarts wordt gecertificeerd door een **attest of een medisch certificaat van DMH (ADMH)**.

We stellen voor om mensen toe te laten een aanvraag voor medische hulp in te dienen bij het bevoegde OCMW ook wanneer er geen sprake is van een ziekteperiode, zodat het OCMW na een gunstig sociaal onderzoek een **principeakkoord van één jaar** kan verlenen. Het ADMH zal dus niet langer noodzakelijk zijn om een principeakkoord voor dringende medische hulp te bekomen. Als een ziekteperiode zich voordoet, kan de persoon in dit geval al een huisarts raadplegen die op dat moment het ADMH kan invullen om de toegang tot DMH te activeren.

We stellen hetzelfde principe voor als iemand een DMH-aanvraag indient: terwijl het sociaal onderzoek loopt, geven sommige OCMW's toegang tot eerstelijnszorgen en specifieke dringende zorg met een "tijdelijke kaart". Dit zal vertragingen vermijden bij het afleveren van gezondheidszorgen wanneer dit nodig is. Dit zorgt ervoor dat mensen niet rechtstreeks naar de spoedgevallen gaan wanneer ze dringende maar niet levensgevaarlijke zorgen nodig hebben. Bovendien zorgen we er voor dat zorgen worden geleverd wanneer ze nodig zijn en niet uitgesteld worden tot deze ernstig worden en daardoor de kosten in de hoogte jagen.

## **2. Standaardisering en verspreiding van belangrijke documenten**

De POD MI stelt een model voor van het **medisch attest van DMH (ADMH)** op haar website ([https://www.mis.be/sites/default/files/documents/2015.03.23\\_mediprima\\_-\\_dmh.xlsx](https://www.mis.be/sites/default/files/documents/2015.03.23_mediprima_-_dmh.xlsx)). Het attest moet het type van de nodige zorg vermelden (consultatie bij een huisarts, consultatie bij een specialist, kinesitherapie, medisch onderzoek, etc.) en eventueel de medische behandeling.

Momenteel heeft elk OCMW zijn eigen model. Bovendien weigeren sommige OCMW's dat het ADMH wordt ingevuld door een arts waarmee ze geen conventie hebben (wet van 22/08/2002 betreffende de rechten van de patiënt die omschrijft dat de patiënt zijn zorgverlener kan kiezen) of vragen informatie die het medisch beroepsgeheim niet respecteert (dit overtreedt de wet van 22/08/2022 betreffende de rechten van de patiënt en de eerbiediging van zijn privéleven). In de praktijk betekent dit dat de DMH-aanvrager meerdere keren heen en weer moet lopen tussen zorgverleners en OCMW's voordat de DMH-aanvraag met een ontvangstbevestiging kan worden bevestigd. Dit leidt tot extra consultatiekosten voor de aanvrager, onnodige administratieve werkdruk en vertraging in de toegang tot zorg.

Om zorgverleners en begunstigen te helpen wijs te worden uit de verschillende types van DMH-doktersattesten van de verschillende Brusselse OCMW's, stellen we het gebruikt van **één enkel model van medisch attest van DMH (ADMH)** voor. Een OCMW kan immers geen DMH-aanvraag weigeren omdat de aanvrager het model van het betrokkene OCMW niet heeft gebruikt. Belangrijk is dat de nodige informatie door een arts bevestigd wordt.

Het **sociaal onderzoek**, zoals hierboven voorgesteld, kan ook worden eenvoudiger en transparanter gemaakt worden met documenten waarin duidelijke toegangsvoorwaarden, de te volgen procedure, de toegekende rechten en een lijst van de nodige documenten en informatie, aangepast aan de realiteit van mensen zonder wettig verblijf uitgelegd worden. Veel mensen zonder wettig verblijf hebben geen loonstroken, huurcontracten, identiteitskaarten, enz. Door de indruk te geven dat het verplicht is deze te geven om toegang tot DMH te krijgen, geven sommige mensen op vooraleer ze begonnen zijn. Op het moment dat de pathologie reeds een zware impact heeft op de gezondheid zullen deze zich keren tot de spoeddiensten, waardoor de kosten uiteindelijk stijgen.

We stellen een uniek model van een **tijdelijke medische kaart** voor die toegang tot de eerstelijnszorg geeft, in afwachting van het resultaat van het sociaal onderzoek, én een **medische kaart die één jaar geldig is** na een positief antwoord bij de behandeling van het sociaal onderzoek.

De eerste groep van het kwalitatieve luik van het onderzoek over de OCMW-praktijken [5] stelt meer duidelijkheid in de procedure voor door een:

*"5. Lijst van "wie wat doet" bij de OCMW's (niet de helpdesk maar wel de SA, de facturatediensten, enz.) op een website die bijgewerkt wordt. Dit verlicht de administratieve last en vermijdt onnodig werk van de SA*

6. Informatiedocumenten voor gebruikers, met afbeeldingen, schema's, openingstijden, enz.

7. Harmoniseren van administratieve documenten (zelfde lay-out voor het attest van dringende medische hulp, betalingsverbintenis, medische kaarten, enz.) en deze op een website zetten" (blz. 90).

De tweede groep van het kwalitatieve onderzoek [5] doet voorstellen die in dezelfde richting gaan:

"2. Harmoniseren van de toegang tot gezondheidszorg met betrekking tot betalingsverbintenissen en gezondheidskaarten. Er moeten duidelijke en uniforme regels zijn zodat iedereen op dezelfde manier werkt, vooral tijdens de maanden waarin de medische kaart geldig is. Ook moet er uniformiteit zijn op het vlak van het type medische kaart dat wordt toegekend.

3. Invoeren van een gemeenschappelijk attest van dringende medische hulp voor alle OCMW's.

4. Het de SA mogelijk maken om het attest van dringende medische hulp op voorhand in te vullen (dus vóór de afspraak met de arts). Sommige gegevens ontbreken wanneer de arts het document invult" (blz. 109).

Alle bovenvermelde documenten, d.w.z. het ADMH, gevraagde informatie in het kader van het sociaal onderzoek, de twee types van de medische kaart en alle nuttige informatie over de procedure – in verschillende talen en met afbeeldingen – zou **op de OCMW-websites** kunnen **worden gepubliceerd** om de informatie toegankelijk te maken, verwarring en onnodig af en aan geloop door de betrokkenen en de medisch-sociale actoren te vermijden.

Om het begrip van de procedure en rechten in verband met DMH te vergemakkelijken, willen we ook de nadruk leggen op het **belang van tolken en vertaling** in contacten met het OCMW en de zorgverleners (cf. klinisch vignet 5). Meer dan op andere levensdomeinen, is het van uiterst belang dat de persoon in staat is zich te uiten, zijn pathologie en zijn behandelingsschema te begrijpen, met eerbiediging van het medisch beroepsgeheim en de waardigheid van de persoon.

### 3. Harmoniseren van de dekking van de gezondheidszorg voor iedereen

Sommige OCMW's geven een **individuele, tijdelijke medische kaart zodra de aanvraag is ingediend**; de primaire gezondheidszorg is gedekt tijdens het sociale onderzoek met een tijdelijke kaart voor eerstelijnszorg en medische noodgevallen zoals abortus of dringende ziekenhuisopname. Deze "goede praktijk" voorkomt dat ziektes ernstiger worden en dat de zorgkosten onnodig stijgen.

De POD MI vereist dat het sociaal onderzoek eenmaal per jaar uitgevoerd wordt. Het is mogelijk in geval van een gunstig sociaal onderzoek een **kaart** te geven die **een jaar geldig** is en rechtstreeks toegang te geven tot **alle zorg aan het RIZIV-tarief** en bevestigd door de huisarts, onder andere door **systematisch het dossier in de Mediprima-software te openen**. Een langere DMH-geldigheid is belangrijk om de continuïteit van de zorg voor patiënten met chronische pathologieën te garanderen. Dit heeft ook een positieve impact op de werklast van de SA van de OCMW's en sociaal-medische diensten (cf. klinisch vignet 5). Voor de zorgen die niet door het RIZIV terugbetaald worden, kan een aanvraag aan de BCSD van het bevoegde OCMW ingediend worden. Deze manier van aanpak zou een snellere en eenvoudiger ten laste name mogelijk moeten maken en daarmee de administratieve werkdruk van de OCMW's aanzienlijk doen verminderen (dit wordt door sommige OCMW's al gedaan).

In het onderzoek over de OCMW-praktijken [5] werden een aantal van deze elementen voorgesteld om de gezondheidszorgdekking te harmoniseren. De eerste groep van het kwalitatieve onderzoek stelt bijvoorbeeld voor:

*“2 Zodra de behoefte is aangetoond, automatische toegang tot basiszorg voor iedereen (huisartsen, specialisten zoals cardiologen, enz.).*

*3. Stel een lijst op van ziekenhuissupplementen die automatisch door de OCMW's met eigen middelen gefinancierd worden (bijvoorbeeld: thermometer, enz.).*

*9. De zorgverlening toegankelijk maken in alle IRIS- en niet-IRIS-ziekenhuizen, zolang het RIZIV-tarief van toepassing is.*

*11. Specialisten op de medische kaart/gezondheidskaart zetten die aan de gebruikers toegekend wordt (indien het OCMW dit nog niet doet): breidt de medische kaart uit naar alle verzorging die gerelateerd is aan de consultatie.*

*12. Harmoniseren van de termijnen voor het toekennen van betalingsverbintenissen (zo snel mogelijk).*

*13. Een delegatie voor de ondertekening van de betalingsverbintenis of de medische kaart in alle OCMW's” (blz. 90).*

In afwachting van het resultaat van het sociaal onderzoek moet de persoon toegang kunnen krijgen tot basis en dringende zorg met een tijdelijke medische kaart, zoals nu al het geval is bij sommige OCMW's. Hetzelfde geldt voor essentiële of vervangende geneesmiddelen.

Voor begunstigden die naar een andere gemeente verhuizen, moet de continuïteit van de zorg worden gegarandeerd op basis van de toegang bij het laatste OCMW in afwachting van de overdracht van het dossier, zoals voorgesteld in het onderzoek over de OCMW-praktijken [5] (blz. 89).

Zoals hierboven vermeld, kan een principeakkoord gesloten worden **bij afwezigheid van ziekteperiodes** na een gunstig sociaal onderzoek met toegang tot de eerste lijn die de DMH met een ADMH zou activeren op het moment dat de ziekteperiode zich voordoet. De medische kaart met toegang tot de tweede lijn zou snel kunnen worden afgegeven als zorg nodig is.

De **vrije keuze van de zorgverlener** wordt door de wet gewaarborgd, maar we stellen vast dat het nuttig zou zijn toegang te krijgen tot een regelmatig bijgewerkte lijst (artsen, tandartsen, apothekers, medische centra, centra voor gezinsplanning, verpleegsters en vroedvrouwen) voor mensen die niet weten waar ze heen moeten gaan. Idealiter, omvat deze lijst het gehele Brussels gewest en vermeldt deze ook de gesproken talen door de zorgverleners op de lijst om de communicatie en de opvolging te vergemakkelijken (cf. klinisch vignet 5&6).

We willen ook de aandacht specifiek vestigen op consultaties van seksuele en reproductieve gezondheid omwille van de taboes die bestaan rond contraceptie, abortus, opsporing van SOA's, enz. Het respect van de vrije keuze van de zorgverlener en het medisch beroepsgeheim zijn des te belangrijker in deze situaties (cf. klinisch vignet 6).

Een ten laste name door de HZIV via het Mediprima-systeem moet gegeneraliseerd worden. De deelnemers aan het kwalitatieve onderzoek van de OCMW-praktijken [5] vragen dat het Mediprima-systeem wordt geopend voor alle artsen en apothekers, zoals gepland door de POD MI, maar die nog steeds niet ingevoerd

is. Dit systeem zou voor alle zorgverleners gegeneraliseerd moeten worden. Dit zou ook de administratieve werkdruk voor de OCMW's moeten verminderen en de terugbetaling van de facturen versnellen. In die zin suggereert het KCE, in afwachting van de uitbreiding van het Mediprima-systeem, dat zorgverleners buiten het ziekenhuis hun facturen op papier naar de HZIV kunnen sturen.

Om dit onderdeel af te sluiten, willen we een goede praktijk van de Brusselse OCMW's naar voren brengen: de dekking van geneesmiddelen uit de **"lijst van geneesmiddelen D"** voor begunstigden die een medische hulp van het OCMW krijgen. Dit betreft geneesmiddelen die regelmatig worden voorgeschreven door artsen zonder vergoeding van het RIZIV.

Op het terrein stellen we vast dat verschillende OCMW's deze hulp niet of gedeeltelijk toekennen als het gaat om DMH. Voor patiënten die DMH krijgen, betekent het vaak dat ze geen toegang tot basiszorg krijgen bij gebrek aan middelen voor de aankoop van deze geneesmiddelen. Een huisarts heeft hier een onderzoek over uitgevoerd: het blijkt dat voor een paracetamol, die deel van de lijst van geneesmiddelen D uitmaakt, de prijs voor de patiënt kan variëren van 0€, 0.50€, 1€ of 10.88€, afhankelijk van het OCMW waarbij de persoon aangesloten is [3].

Daarom stellen we een volledige dekking van de geneesmiddelen van de lijst D voor alle DMH-begunstigden voor, zonder discriminatie op basis van de verblijfplaats.

We zouden ook willen voorstellen dat ook andere geneesmiddelen dan die die op de lijst D staan in aanmerking kunnen komen voor een ten laste name door de OCMW's indien de behoefte door een arts gerechtvaardigd wordt.

## **Conclusie**

### **Onze voorstellen**

#### 1. Harmonisatie en vereenvoudiging van de administratieve procedure

- Stroomlijning van de administratieve werkdruk in het kader van het sociaal onderzoek: onthaal, éénmaal per jaar, ontvangstbewijs van de aanvraag, te verstrekken documenten/informatie, gedeelde definitie van de behoefte
- Ontwikkeling van een gemeenschappelijk beleid over territorialiteit
- Attest voor dringende medische hulp (ADMH): snellere behandeling (principeakkoord + beperkte toegang tijdens het onderzoek)

#### 2. Standaardisatie en verspreiding van belangrijke documenten

- Standaardisatie van documenten (ADMH, éénjarige DMH-kaart, tijdelijke medische kaart en omschrijving van het sociaal onderzoek)
- Delen en publiceren van informatie (contact, procedure, tolken/documenten in verschillende talen, etc.)

#### 3. Harmonisatie van de dekking van de gezondheidszorg

- Een DMH-kaart van één jaar met volledige opening (RIZIV-nomenclatuur + Mediprima)
- Lijst van gemeenschappelijke zorgverleners voor het hele Brusselse grondgebied
- Harmonisatie en toepassing van de lijst van geneesmiddelen D in het kader van DMH

## **Harmoniseren en vereenvoudigen van DMH ten voordele van alle belanghebbenden**

We zijn ervan overtuigd dat het nu of nooit is: laten we samen de elementen verenigen van een hervorming van vereenvoudiging en harmonisatie van de praktijken op het niveau van de Brusselse OCMW's.

Nooit eerder was de politieke verklaring van de Brusselse regering zo duidelijk over de uitdagingen in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor iedereen [4]. Het onderzoek van de Federatie van de Brusselse OCMW's geeft ons voorstellen vanuit het perspectief van het OCMW-personeel [5]. Deze nota probeert deze voorstellen te integreren met die van de associatieve actoren.

De sociale en sanitaire gevolgen van de COVID-19 crisis sporen ons ook aan om dringend werk te maken van een hervorming van de DMH als een instrument in de strijd tegen het niet-gebruik van rechten, de ontoegankelijkheid van diensten en de uitstel van zorg. Dit is in het algemene belang van de volksgezondheid, sociale inclusie en rechtvaardigheid.

Op basis van deze elementen zijn we ervan overtuigd dat dit het politieke momentum is dat we collectief moeten aangrijpen.

We zijn ervan overtuigd dat het vooruitzicht van het "Sociaal Plan voor een Geïntegreerde Gezondheid" en de ontwikkeling van de "aanpak in wijken" bij de reorganisatie van de gezondheidszorg in het Brussels Gewest, de OCMW's een sleutelrol spelen waarbij een beleid van toegankelijkheid centraal zal komen te staan.

Tot slot willen we uw aandacht vestigen op het feit dat Dokters van de Wereld en Project Lama, evenals andere sociale en gezondheidsactoren, verzameld in het Platform 05 en andere Federaties, bereid zijn zich te investeren aan een proces van co-constructie, reflectie en ondersteuning. Het is een ambitieuze uitdaging waarbij de OCMW's de belangrijkste initiatiefnemers zullen zijn. Het is samen met de OCMW's dat we het recht op gezondheid voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen moeten consolideren.

## **Klinische vignetten**

De klinische vignetten in dit document zijn afkomstig uit enkele van onze projecten en partnerorganisaties die actief zijn binnen het Brusselse. Het gaat hier niet om uitzonderlijke situaties, maar om steeds terugkomende ervaringen.

### **Klinisch vignet 1: Moeilijkheden met het sociaal onderzoek tijdens de lockdown**

Manuel is naar België gekomen met een toeristenvisum. Door de opschorting van de vluchten als gevolg van de gezondheids crisis heeft Manuel niet kunnen terugkeren naar Colombia. Hij is naar het Athena centrum op 22.04.2020 gekomen. Op medisch vlak had hij een craniaal huidabces waarvoor hij eerste zorgen heeft ontvangen in een Brusselse privé-ziekenhuis.

Het ziekenhuis had geen aanvraag voor DMH ingediend en had de post-spoed zorgen geweigerd wegens het ontbreken van een verzekering en een medische kaart. De verschillende ziekenhuizen schuiven de verantwoordelijkheid op elkaar af: een tweede publiek ziekenhuis weigerde Manuel te behandelen omdat logischerwijze het eerste ziekenhuis de behandeling had moeten overnemen.

Manuel ging zelf naar het OCMW om DMH aan te vragen op basis van het adres van zijn vriend die hem onderdak verleende, maar stond voor een gesloten deur. Zodra de aanvraag voor DMH via de sociale dienst van het Athena centrum werd ingediend, werden we met verschillende moeilijkheden geconfronteerd:

We werden gevraagd een volmacht voor de patiënt te sturen om onze sociale dienst te machtigen tot stappen voor Manuel te ondernemen (OCMW gesloten, geen andere keuze);

Onze dienst werd belast met het sociaal onderzoek dat onder de verantwoordelijkheid van het OCMW valt;

Het OCMW vroeg documenten die geen betrekking hadden op de patiënt maar op zijn huurbaas (geen informatie over de individuele situatie van de patiënt);

Ten slotte was de communicatie uitsluitend via e-mail, wat de procedure omslachtig en moeilijk maakte.

De medische kaart werd op 05.06.2021 afgeleverd.

### **Klinisch vignet 2: Onwettige voorwaarden in het sociaal onderzoek: weigering van materiële bijstand**

Samenlevingsopbouw Brussel/project Meeting heeft een jong koppel begeleid, Yasmina en Ilias, die samen een zoon hebben. Omwille van een moeilijke zwangerschap en bevalling dient Ilias een DMH-aanvraag in bij het OCMW. Ilias had al negatieve vooroordelen over de DMH-toegang, had geen vertrouwen in de procedure en wilde bij de opstart van de procedure voor DMH enkel voor Yasmina en zijn pasgeboren zoon een aanvraag indienen. Als alles goed ging zou hij een aanvraag voor zichzelf indienen

Na zijn aanvraag kwam hij terug naar Meeting met een beknopt document van het OCMW waarin enerzijds de mogelijkheid van materiële bijstand krachtens het koninklijk besluit van juni 2004 aangegeven werd en hem anderzijds werd gevraagd deze materiële bijstand te aanvaarden of te weigeren. Het OCMW-personeel vertelde hem dat hij dit document moest ondertekenen om via de DMH een medische kaart te krijgen. Hij kreeg dit document zonder verdere toelichting. De boodschap was om het thuis op zijn gemak na te lezen. Het woord “terugkeer” in het document baarde Ilias zorgen. Hij was bereid alles stop te zetten en zijn DMH-aanvraag te laten vallen. Hij zou wel op één of andere manier een oplossing vinden om de rekeningen te betalen die het echtpaar had gekregen voor de zwangerschap en de lastige bevalling. Meeting heeft Ilias verschillende keren moeten uitleggen dat het OCMW hem niet mag vragen een weigeringsdocument te ondertekenen, het is immers geen voorwaarde om toegang tot DMH te krijgen. Ilias heeft het document niet ondertekend en na ongeveer een maand heeft hij een positieve beslissing van het OCMW gekregen waarbij de DMH werd toegekend.

Dit geval illustreert dat de praktijken van sommige OCMW's die bijkomende voorwaarden aan de DMH-toegang toevoegen, een tendens creëert om van medische hulp af te zien.

### **Klinisch vignet 3: Toegankelijkheid voor daklozen**

Arthur is een Georgiër van zo'n veertig jaar. Hij verblijft al vier jaar in België en heeft geen reguliere verblijfsstatus na een afgewezen asielpcedure. Hij wordt door ARTHA begeleid om een DMH te openen om toegang tot zijn substitutiebehandeling te bekomen. Arthur is dakloos, het team ontmoet hem dan ook op verschillende plaatsen in de stad.

We hebben hem naar een dokter gebracht om een ADMH in te vullen. Omwille van de COVID-crisis verloopt het vervolg van de stappen per e-mail. De DMH-aanvraag wordt per e-mail naar het OCMW gestuurd. Na enkele dagen hebben we een e-mail gekregen van een SA van het OCMW die het exacte adres van de

aanvrager vroeg. We herinneren hen eraan dat Arthur dakloos is en dat er per definitie geen adres aan hem toegewezen kan worden. De SA dringt aan op een straatnaam waar de man zou bedelen. Na overleg met Arthur geven we een straatnaam. Helaas krijgen we te horen dat deze straat niet onder de bevoegdheid van het OCMW valt en we worden verzocht contact op te nemen met één van de antennes. Een termijn van tien dagen was al verlopen sinds de eerste e-mail. We sturen een e-mail naar deze antenne, dat ons opnieuw dit adres vraagt. We leggen de situatie van Arthur opnieuw uit aan de antenne en geven dezelfde straatnaam op.

De antenne vertelt ons dat we ons moeten wenden tot het OCMW waar de aanvraag het eerst werd ingediend.

Omdat de situatie te moeilijk is, nemen we de gok een SA van het OCMW, waarmee we een goed contact hebben, te bellen en leggen deze de situatie uit. Hij nodigt ons uit opnieuw een aanvraag op het algemene adres van het OCMW te doen met een fictief adres onder de bevoegdheid van dit OCMW.

De procedure wordt voor een derde keer gestart. Nu kan het sociaal onderzoek opgestart worden. Helaas gaat de SA met wie we contact hebben met verlof en we kregen geen datum van de vergadering van het comité. Na twee weken nemen we opnieuw contact met het OCMW om nieuws over de aanvraag van Arthur te krijgen. We krijgen geen antwoord en krijgen maar een week later krijgen we de medische kaart. Het heeft in totaal 6 weken geduurd om de gezondheidskaart van Arthur te bekomen, en daardoor heeft Arthur ook geen toegang tot zijn behandeling.

#### **Klinisch vignet 4: Moeilijkheden in verband met de overdracht van bevoegdheid van het ene OCMW naar het andere in geval van verhuizing en instabiliteit van de levensloop**

Anna's opvolging door de CASO van Dokters van de Wereld begon in de zomer van 2020. Anna is EU-burger en verblijft al enkele jaren in België. Ze heeft geen verblijfsvergunning, maar heeft als Europeaan het recht op vrij verkeer en wordt niet langer als toerist beschouwd. Ze is met haar kinderen, van wie er één gehandicapt is. De vader van de kinderen is Belg, in een precaire situatie. Er was een administratieve blokkering voor de vaderlijke erkenning door Anna's lopende echtscheiding van een vorig huwelijk. Het gezin was eerst huisgevest in Vlaanderen met de biologische vader van de kinderen. Anna had daar een DMH.

Ten gevolge van huiselijk geweld heeft Anna de vader verlaten en is met de kinderen naar Brussel gekomen. Anna is gehuisvest als een éénoudergezin in een noodopvang. Anna is zonder inkomen. Ze wordt altijd vergezeld door haar kinderen tijdens consultaties.

De ontoegankelijkheid van DMH in deze situatie, is te wijten aan de territoriale incompetentie van een Brussels OCMW als gevolg van een vergissing van het OCMW in Vlaanderen. De laatste bleef de medische kaart van Anna verlengen, hoewel ze zich niet meer op het grondgebied van het OCMW bevond, ondanks de uitwisseling van informatie. Het Brusselse OCMW was gedurende verschillende maanden geblokkeerd waardoor geen medische kaart aan het gezin afgeleverd kon worden.

Het gevolg op onze begeleiding, zonder een Brusselse DMH-kaart, is een moeilijke oriëntering van het gezin in Brussel (geen psycholoog/psychiater voor Anna's depressie/angst/verslaving/behandeling ten gevolge van huiselijk geweld met behoefte aan een opvolging van haar behandeling; geen wijkgezondheidscentrum en/of huisarts voor dezelfde problemen en voor de kinderen; geen toegang tot gespecialiseerde zorgen voor Anna of voor de kinderen; geen adequate behandeling voor het kind met een niet-gediagnosticeerde handicap en dus geen oriëntatie mogelijk naar gespecialiseerde centra, enz.).

Zodra het OCMW in Vlaanderen ophield met het verlengen van de kaart, kon het Brusselse OCMW zich bevoegd verklaren en de medische kaart aan de familie afgeven. Kort daarna verliet Anna Brussel. Het gezin



heeft zeer waarschijnlijk een aanvraag bij het volgende OCMW moeten indienen, met een nieuwe onderbreking van de toegang tot zorgen als gevolg.

### **Klinisch vignet 5: Uitdagingen in verband met vertaling en de continuïteit van de zorg**

Salah, een Soedanees in de vijftig, die zonder wettig verblijf en dakloos in Brussel verblijft, kwam naar een medische consultatie bij de Humanitaire Hub in 2020. Hij had een geïnfecteerde wond in de liesstreek die al vier maanden niet genas.

Salah spreekt hoofdzakelijk Arabisch en had zich door de taalbarrière niet verstaanbaar kunnen maken. Hij werd in het ziekenhuis behandeld voor algemene chirurgie, maar had geen effectieve toegang tot zorg. Het ziekenhuis geeft alleen wondverzorging, zonder het stellen van een diagnose.

Met instemming van Salah startte het medische en sociale team van de Humanitaire Hub de DMH-procedure zodat hij toegang kon krijgen tot medische onderzoeken. De huisarts die op zijn gezondheidskaart van het OCMW vermeld was, oefende zijn beroep niet meer uit: bij het OCMW moest een verzoek tot wijziging worden ingediend. Het was blijkbaar te wijten aan een disfunctionering in hun lijst. Salah had een maand gewacht tot zijn DMH geopent was en moest nu opnieuw wachten op een verandering van de huisarts op dezelfde DMH. De tweede aangewezen arts sprak de taal van de begunstigde niet en werkte niet met een tolkdienst. Het blijkt dat weinig huisartsen met een OCMW-conventie beroep doen op een tolkdienst.

Toen hij in de Humanitaire Hub kwam, vroeg Salah systematisch voor de aanwezigheid van een tolk tijdens de consultatie. We konden alle informatie verzamelen, zodat we volledige verslagen konden schrijven voor het ziekenhuis. We moesten in feite de rol van de huisarts overnemen. Salah bleek lymfekliertuberculose te hebben en werd snel verzorgd door het Fonds voor het ademhalingsstelsel (FARES) in Brussel. Het FARES-team bood Salah toegang tot accommodatie voor zijn behandeling, via de NGO Damiaan Actie. Er werd hem een pillendoos ter beschikking gesteld en FARES gaf hem een gedetailleerde uitleg in zijn moedertaal. Zonder de gratis behandeling van FARES zou het voor Salah onmogelijk zijn geweest om toegang te krijgen tot zorg en behandeling voor zijn ziekte. De behandeling duurde tien maanden met een DMH die om de drie maanden eindigde. De langdurige gezondheidszorg voor Salah werd mogelijk gemaakt dankzij de steun van terreinwerkers die de gewoonte hebben om te werken met deze specifieke bevolkingsgroep, zoals FARES, de tolkdiensten en het medisch en sociaal team van de Humanitaire Hub.

### **Klinisch vignet 6: Vrije keuze van zorgverlener. Specifieke situaties op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid**

Anissa wil een abortus laten uitvoeren in een centrum voor gezinsplanning in een andere gemeente dan die waar ze woont. Ze dient een ADMH in bij het OCMW van haar woonplaats. Het OCMW weigert de kosten te betalen en verwijst haar, onder morele druk, naar een centrum voor gezinsplanning in haar gemeente. De jurist van het door Anissa gekozen centrum voor gezinsplanning neemt contact op met het bevoegde OCMW, dat gemotiveerd lijkt te zijn door het feit dat het een betere administratieve routine heeft met het centrum voor gezinsplanning in haar gemeente. Anissa, die vooral haar abortus zo snel mogelijk achter de rug wilt hebben en geen "stof wilde laten opwaaien", liet de zaak rusten. Je moet sterk in je schoenen staan om naar de rechter te stappen om je wens tot abortus uit te leggen en haar recht daarop te verdedigen bij de zorgverlener van haar keuze, met als gevolg dat haar behandeling werd uitgesteld... Het door Anissa gekozen centrum voor gezinsplanning voerde de abortus uit zonder gedekt te zijn door het bevoegde OCMW.

## Woordenlijst van afkortingen

DMH	Dringende medische hulp
ADMH	Attest van dringende medische hulp
SA	Sociaal assistent
POD MI	Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
BCSD	Bijzonder Comité voor de Sociale Dienst
HZIV	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

## Bibliografie

[1] [LOI - WET \(fgov.be\)](#), 14 JULI 2005. - Rondschrijven. - Dringende medische hulpverlening aan vreemdelingen die illegaal in het land verblijven

[2] Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), [Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? – Synthese Dominique \(fgov.be\)](#), 2015

[3] Willocx S., "Hoeveel kost een paracetamol? Hoe schrijven Brusselse huisartsen voor aan DMH-patiënten?", KU Leuven, 2019

[4] [Microsoft Word - BHG2019-2024\\_NL.docx \(parlement.brussels\)](#), "Gemeenschappelijke Algemene Beleidsverklaring van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering en het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie", blz. 33-34

[5] Federatie van Brusselse OCMW's, Brulocalis, Vereniging Stad & Gemeenten van Brussel, [De Federatie van Brusselse OCMW's wil de toegang tot de gezondheidszorg vereenvoudigen en versterken voor wie beroep doet op het OCMW \(brulocalis.brussels\)](#), Onderzoek over de werkwijzen en het beleid van de Brusselse OCMW's op het vlak van gezondheidszorg: naar een harmonisering?, september 2019

[6] Juanmarti A., Lopez-Casasnovas G., Vall J., The deadly effects of losing health insurance. CRES-OPF Werkdocument #201804-104. Universitat Pompeu Fabra; 2018

[7] Bureau d'étude des Sans-Papiers (BESP), [Enquête-BESP.pdf \(sanspapiers.be\)](#), "Enquête sur la situation des sans-papiers. Aanbevelingen voor de gemeenteraadsverkiezingen van 2018", 2018

[8] [Wegwijs in het sociaal onderzoek van het OCMW | POD Maatschappelijke Integratie \(mi-is.be\)](#)

[9] [WET - WET \(fgov.be\)](#) of [Staatsblad Moniteur \(fgov.be\)](#)  
[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/loi\\_a1.pl?sql=\(text%20contains%20\(%27%27\)\)&language=fr&rech=1&tr=dd%20AS%20RANK&value=&table\\_name=loi&F=&cn=2010032509&caller=image\\_a1&fromtab=loi&la=F](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=(text%20contains%20(%27%27))&language=fr&rech=1&tr=dd%20AS%20RANK&value=&table_name=loi&F=&cn=2010032509&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F)

[10] POD IS, [\(Dringende\) Medische Hulp | POD Maatschappelijke Integratie \(mi-is.be\)](#), Medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het MB van 30/01/1995, update april 2021, blz. 20

[11] Lorand S., " 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, année 2018", ULB, 2019

MÉDECINS D  
TOU ΚΟΣΜΟ  
डॉक्टर मंडे  
γιατροί του



U MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN ME  
DU DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
CINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄR  
I ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界

[12] [OCMW Antwerpen veroordeeld tot toekenning dringende medische hulp aan kind met diabetes | Agentschap Integratie en Inburgering \(agii.be\)](https://www.agii.be/nieuws/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>, 16 december 2020

[13] [Obligations des C.P.A.S. en matière d'aide médicale urgente - Terralaboris asbl & https://www.agii.be/sites/default/files/bestanden/omzendbrieven%20en%20instructies/omzendbrief\\_ter\\_vervanging\\_van\\_omzendbrief\\_16\\_augustus\\_04\\_over\\_kb2004\\_20061121.pdf](https://www.agii.be/sites/default/files/bestanden/omzendbrieven%20en%20instructies/omzendbrief_ter_vervanging_van_omzendbrief_16_augustus_04_over_kb2004_20061121.pdf)

[14] 2019 Observatory Report. Left behind: the state of universal health coverage in Europe, [dotw\\_2019\\_lowress\\_alt.pdf \(wordpress.com\)](https://www.dotw.org/2019-lowress-alt.pdf)

[15] Cotman E. & Centre Athéna Centrum, Activiteitenverslag 2020