



Dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf

Kosten en doeltreffendheid van het federale beleid





Rekenhof

Dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf

Kosten en doeltreffendheid van het federale beleid



Verslag goedgekeurd in de algemene vergadering van het Rekenhof van 7 mei 2025

Dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf

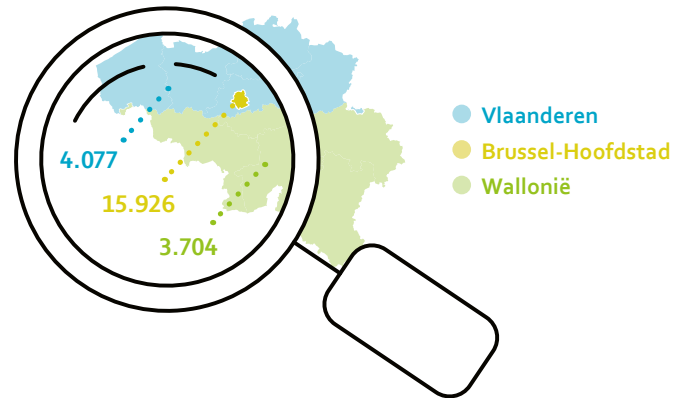
Kosten en doeltreffendheid van het federale beleid

Aantal DMH-begunstigden

23.032

personen zonder wettig verblijf kregen in 2023
verzorging die de POD Maatschappelijke
Integratie heeft terugbetaald.

Het werkelijke aantal begunstigden ligt echter hoger,
maar de POD kent hun juiste aantal niet.



Gemiddeld
40 jaar

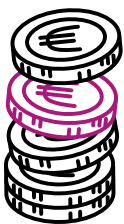


43 %
vrouwen



94 %
niet-EU

Kosten van de DMH



€ 80,7 miljoen

heeft de POD MI in 2023 uitgegeven
voor geneeskundige verzorging in
het kader van de DMH.

Verzorging die de OCMW's beperken in het Mediprima-systeem



van de beslissingen beperkt
de zorgverstrekkers
(ziekenhuizen of artsen)

waartoe de begunstigde toegang heeft
(wat in strijd is met de wet van 22 augustus 2002
betreffende de rechten van de patiënt).

Vergelijking van de kostenstructuur voor de verzorging

Voor de DMH heeft 85 % van de kosten
betrekking op verzorging in het ziekenhuis,
tegenover 11 % bij de algemene bevolking.

Aangezien de begunstigden weinig tot geen toegang
hebben tot ambulante zorg, worden ze ertoe aangezet
een beroep te doen op verzorging in het ziekenhuis.
Dat is duurder dan wanneer hun gezondheidsproblemen
tijdig buiten het ziekenhuis zouden worden aangepakt
door bijvoorbeeld een huisarts.



85 %



15 %



11 %



89 %

● In het ziekenhuis ● Buiten het ziekenhuis

DMH-begunstigde

Algemene bevolking

Dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf – kosten en doeltreffendheid van het federale beleid

In België hebben mensen die legaal in het land verblijven in principe recht op een ziektekostenverzekering. Personen zonder wettig verblijf hebben enkel toegang tot dringende medische hulp (DMH). Ze krijgen die hulp als ze geen middelen hebben om hun verzorging te betalen. De openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW's) beheren de aanvragen voor DMH en de POD Maatschappelijke Integratie (POD MI) betaalt hun de verzorging terug die is opgenomen in de nomenclatuur van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. In tegenstelling tot wat de naam aangeeft, is DMH niet beperkt tot spoedeisende hulp, aangezien ze toegang geeft tot zowel curatieve als preventieve verzorging, onder meer om de verspreiding van overdraagbare ziektes te voorkomen. DMH beantwoordt zo aan de internationale regels die bepalen dat België medische hulp moet organiseren voor mensen die op zijn grondgebied verblijven.

Gezondheidsproblemen bij de begunstigden

In 2023 hebben 23.032 DMH-begunstigden verzorging gekregen die ten laste werd genomen door een OCMW en die de POD MI aan het OCMW terugbetaalde. Het werkelijke aantal begunstigden ligt echter hoger, aangezien sommige begunstigden in 2023 geen verzorging kregen of enkel niet-terugbetaalde verzorging. Noch de POD MI, noch een andere instelling die gespecialiseerd is in volksgezondheid gebruikt de beschikbare (en anoniem gemaakte) gegevens over de verstrekte verzorging om de gezondheidstoestand van de DMH-begunstigden te analyseren. Het zou nochtans nuttig zijn die analyse te maken, onder meer om oplossingen te vinden om de dure ziekenhuisopnames en de overdracht van ziektes naar de algemene bevolking te beperken.

Kosten van de DMH

In 2023 heeft de POD MI in het kader van de DMH 80,7 miljoen euro uitgegeven om geneeskundige verzorging terug te betalen aan de OCMW's. De totale kosten van de DMH liggen echter hoger, aangezien ze ook kosten omvatten die niet in de nomenclatuur zitten en die de POD MI dus niet terugbetaalt. De OCMW's dragen die niet-terugbetaalde kosten. In het totale kostenplaatje van de DMH zouden bovendien de uitgaven moeten worden meegenomen die worden gedragen door de zorgverstrekkers van wie de facturen niet door de OCMW's ten laste werden genomen.

In 2023 had 85 % van de kosten die de POD MI terugbetaalde betrekking op verzorging in het ziekenhuis, waarvan 63 % kosten voor ziekenhuisopnames. Die verhouding is omgekeerd bij de algemene bevolking, waar 89 % van de verzorging buiten het ziekenhuis wordt verstrekt. Uit de oververtegenwoordiging van verzorging in het ziekenhuis en ziekenhuisopnames in het kader van de DMH blijkt dat er een beperkte toegang is tot verzorging buiten het ziekenhuis. Door het gebrek aan toegang tot die verzorging zijn de patiënten verplicht hun toevlucht te nemen tot verzorging in het ziekenhuis, onder meer bij de spoeddiensten. De kosten daarvoor liggen hoger dan wanneer de patiënten tijdig buiten het ziekenhuis verzorgd zouden worden, bijvoorbeeld door een huisarts.

Aanvraag en sociaal onderzoek

Als iemand zonder wettig verblijf DMH aanvraagt bij een OCMW, ontvangt hij niet altijd het ontvangstbewijs waarin de regelgeving voorziet.

Om na te gaan of de persoon voldoet aan de wettelijke voorwaarden, voert het OCMW een sociaal onderzoek naar het statuut van de aanvrager, naar zijn bestaansmiddelen, naar het bestaan van een ziektekostenverzekering of naar een borgsteller die zijn medische kosten ten laste kan nemen. Sommige OCMW's eisen echter dat de aanvrager voldoet aan voorwaarden die niet zijn opgenomen in de wet. Die eisen kunnen de toegang tot verzorging beperken, terwijl de aanvrager voldoet aan de wettelijke voorwaarden om in aanmerking te komen voor DMH.

Beslissing van het OCMW

De positieve beslissingen, waarbij dus DMH wordt toegekend, beperken vaak op voorhand de toegang tot verzorging: op het vlak van de looptijd (tussen 1 en 365 dagen), de keuze van de zorgverstrekkers (soms beperkt tot één ziekenhuis) of de verzorging zelf (geval per geval naargelang van de verzorging, of enkel de verzorging die de POD MI terugbetaalt). Sommige van die beperkingen zijn in strijd met de wet, onder meer de beperking van de vrije keuze voor een bepaalde zorgverstrekker. Enkel een zorgverstrekker kan trouwens bepalen welke verzorging nodig is en voor hoelang. De OCMW's zijn niet bevoegd op het vlak van geneeskundige verzorging.

Zelfs als de beslissing van het OCMW positief is, verleent ze bovendien niet altijd effectief toegang tot verzorging. In 2022 gaf 16 % van de positieve beslissingen geen toegang tot verzorging, terwijl de begunstigde er soms al toegang toe gehad had. Er zijn OCMW's die dergelijke 'lege' beslissingen nemen als ze hun sociaal onderzoek niet hebben afgerond binnen de wettelijke termijn. Die beslissingen zijn in strijd met de wet.

Gevolgen van de beperking van de verzorging

De beperking van de verzorging verergert bovendien de gezondheidsproblemen en doet de overheidsuitgaven toenemen, als gevolg van ziekenhuiskosten die vermeden hadden kunnen worden. De toegang tot verzorging bevorderen, in het bijzonder buiten het ziekenhuis, is een efficiënte maatregel voor de overheidsfinanciën. Die maatregel komt ook de algemene bevolking ten goede, aangezien hij de overdracht van ziektes kan voorkomen. De beperking van de verzorging door OCMW's leidt ook tot rechtszaken, wat neerkomt op een verspilling van middelen en wat de hoven en rechtbanken nog extra belast.

Betaling van facturen van zorgverstrekkers

In Novaprima (een systeem aan de hand waarvan de POD MI de OCMW's kan terugbetalen) moet het OCMW zelf de facturen van de zorgverstrekkers controleren en betalen. Het is echter niet bevoegd voor die taken, die bovendien leiden tot extra administratieve belasting. In Mediprima (het nieuwe systeem) worden de facturen van de zorgverstrekkers die bij Mediprima zijn ingeschreven, doorgestuurd naar de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV), die ze automatisch controleert en betaalt. Meer dan tien jaar na de invoering van Mediprima geldt het systeem nog steeds alleen voor ziekenhuizen en huisartsen, en niet voor alle zorgverstrekkers.

Beheer van het beleid voor dringende medische hulp

De POD MI is verantwoordelijk voor het beleid op het vlak van dringende medische hulp.

Zo betaalt hij aan de OCMW's de verzorging terug die is opgenomen in de nomenclatuur van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De OCMW's dragen dus de kosten voor de verzorging buiten de nomenclatuur. Ondanks de administratieve en financiële last die de DMH vertegenwoordigt, bepaalt de wet niet dat de administratiekosten van de OCMW's worden gedekt.

De inspectiedienst van de POD MI controleert achteraf het sociaal onderzoek van de OCMW's en de facturen die in Novaprima worden beheerd. Die controle is beperkt tot de verrichtingen die leiden tot uitgaven voor de POD MI. Het gebruik van een verouderd systeem zoals Novaprima bemoeilijkt bovendien de controle door de POD MI, zonder het risico op fouten voldoende te beperken. Die werkwijze is niet efficiënt.

De POD MI controleert ook onvoldoende de wettelijkheid van de beslissingen die de OCMW's nemen. Hij verifieert niet altijd of de OCMW's de termijn naleven om een beslissing te nemen, of ze effectief de toegang tot verzorging toekennen, en of ze hun beslissingen motiveren wanneer ze DMH weigeren. Bovendien onderzoekt de POD MI niet wat het gevolg is wanneer de OCMW's de verzorging beperken. Daardoor heeft hij geen inzicht in de impact van het gebrek aan toegang tot de verzorging op de overheidsfinanciën, in het bijzonder op de uitgaven voor ziekenhuisopnames, die meer dan de helft van de kosten voor de DMH vertegenwoordigen.

Bij DMH zijn de risico's op misbruik door begunstigden beperkt dankzij het sociaal onderzoek. Via dat onderzoek kan worden vermeden dat OCMW's geneeskundige verzorging toekennen aan iemand die over de middelen beschikt om zelf de verzorging te betalen, of die uitsluitend naar België komt om zich hier te laten behandelen.

Daarnaast is het risico op misbruik op het vlak van verzorging beperkt dankzij de controle door de artsen (en tandartsen), die als enigen kunnen bepalen dat de verzorging in het kader van de DMH noodzakelijk is.

Tot besluit kan worden gesteld dat de regelgeving op het vlak van dringende medische hulp de toegang tot geneeskundige verzorging mogelijk maakt. Ze waarborgt ook de gelijke behandeling van mensen zonder wettig verblijf en zonder middelen om hun verzorging te betalen. Sommige processen van de OCMW's nemen die principes echter niet in acht. Het is dus niet altijd zeker dat de DMH-begunstigden effectief toegang krijgen tot verzorging zoals bepaald in de wetgeving, en ook de gelijke behandeling is niet verzekerd.

In het auditverslag wordt rekening gehouden met de opmerkingen die de POD MI in het kader van de tegensprekelijke procedure formuleerde. De minister van Maatschappelijke Integratie antwoordde van haar kant dat toegang tot dringende medische hulp een mensenrecht is. Ze verbindt zich ertoe om samen met haar administratie te bekijken hoe het beleid geoptimaliseerd kan worden, met respect voor de lokale autonomie van de OCMW's.

Hoofdstuk 1**Inleiding 8****1.1 Context 8**

1.1.1 Toegang tot de terugbetaling van geneeskundige verzorging 8

1.1.2 Werking van de dringende medische hulp voor de begunstigden 8

1.1.3 Actoren 9

1.1.4 Systemen voor gegevensverzameling 11

1.1.5 Normen 12

1.2 Audit 15

1.2.1 Thema, reikwijdte en motivering van de audit 15

1.2.2 Onderzoeksvraag 16

1.2.3 Onderzoeksmethode en bevraagde actoren 16

1.2.4 Timing van het onderzoek 17

1.2.5 Tegensprekelijke procedure 17

Hoofdstuk 2**Begunstigden, kosten en uitdagingen 18****2.1 Aantal begunstigden 18**

2.1.1 Mensen zonder wettig verblijf en effectieve begunstigden 18

2.1.2 Evolutie van het aantal begunstigden 19

2.1.3 Verdeling van de begunstigden per gewest, agglomeratie en gemeente 19

2.2 Sociodemografische kenmerken van de begunstigden 20**2.3 Kosten van de geneeskundige verzorging 21**

2.3.1 Kosten van de verzorging die de POD MI terugbetaalt 21

2.3.2 Vergelijking van de kosten van DMH-verzorging met de kosten van verzorging bij de algemene bevolking 22

2.3.3 Indirecte kosten van een gebrek aan verzorging 23

2.4 Deelconclusies 25**Hoofdstuk 3****Procedure voor toegang tot verzorging 27****3.1 Aanvraag bij het OCMW om toegang te krijgen tot verzorging 27**

3.1.1 Ontvangstbewijs voor de aanvraag van de begunstigde 27

3.1.2 Territoriale bevoegdheid van het OCMW 28

3.2 Aanvraag voor verzorging bij een zorgverstrekker 28**3.3 Sociaal onderzoek door het OCMW 30**

3.3.1 Verplichting om een sociaal onderzoek uit te voeren 30

3.3.2 Elementen van het sociaal onderzoek 31

3.3.3 Vernieuwing van het sociaal onderzoek 34

3.4 Beslissing van het OCMW 35

3.4.1 Beslissingstermijn 35

3.4.2 Registratie van de beslissing 35

3.4.3 Beperking van de toegang tot verzorging in de beslissingen van de OCMW's 36

3.4.4 Weigering van DMH 45

3.4.5 Mededeling van de beslissing aan de begunstigde 45

3.5	Aanvraag voor verzorging door een begunstigde bij een zorgverstrekker	46
3.5.1	Toegankelijkheid van de zorgverstrekkers	46
3.5.2	Aanvraag voor verzorging door een patiënt die al bij het OCMW is ingeschreven	46
3.6	Betaling van facturen van zorgverstrekkers door de OCMW's	47
3.6.1	Via Novaprima	47
3.6.2	Via Mediprima	48
3.6.3	Attest van dringende medische hulp	48
3.6.4	Het begrip dringendheid	49
3.7	Beroep bij het gerecht tegen de beslissing van een OCMW	49
3.8	Administratieve en financiële last van DMH-dossiers	51
3.9	Deelconclusies	52

Hoofdstuk 4

Ondersteuning en controle van OCMW-acties		55
4.1	Ondersteuning van de OCMW's	55
4.1.1	Ondersteunende rol van de POD MI	55
4.1.2	Richtlijnen en informatie over DMH	55
4.1.3	Organisatie van de inspectiedienst van de POD MI	56
4.2	Controles door de POD MI en de HZIV	56
4.2.1	Selectie van steekproeven met te controleren facturen en dossiers	56
4.2.2	Controle van de facturatie van geneeskundige verzorging	57
4.2.3	Controle van de sociale dossiers van de OCMW's	58
4.2.4	Sancties	59
4.3	Evaluatie van de controles die de POD MI uitvoert	60
4.3.1	Controle van het ontvangstbewijs	60
4.3.2	Controle van de inhoud van de beslissingen	60
4.3.3	Analyse van de redenen voor vonnissen waarbij OCMW's veroordeeld worden	61
4.3.4	Reikwijdte van de uitgevoerde controles	61
4.3.5	Impact van het beleid op de gezondheid van de begunstigden en van de bevolking	61
4.4	Risico's op misbruik	62
4.4.1	Preventie van risico's op misbruik door begunstigden	62
4.4.2	Risico's op misbruik door zorgverstrekkers	63
4.5	Deelconclusies	65

Hoofdstuk 5

Conclusies en aanbevelingen		67
5.1	Algemene conclusie	67
5.2	Aanbevelingen	68

Bijlage

Antwoord van de minister van Maatschappelijke Integratie		72
---	--	-----------

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Context

1.1.1 Toegang tot de terugbetaling van geneeskundige verzorging

In België regelt de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de terugbetaling van de geneeskundige verzorging voor de 98% van de inwoners die legaal in het land verblijven¹. De resterende 2% heeft geen recht op die terugbetaling, omdat die personen niet in orde zijn met hun bijdrage of omdat ze een ander ziektekostenverzekeringssysteem hebben, bijvoorbeeld als Europees ambtenaar of als asielzoeker².

Buitenlanders zonder wettig verblijf en zonder bestaansmiddelen hebben slechts toegang tot één systeem voor terugbetaling van geneeskundige verzorging, namelijk de dringende medische hulp (DMH)³.

1.1.2 Werking van de dringende medische hulp voor de begunstigden

DMH is “hulp die een uitsluitend medisch karakter vertoont en waarvan de dringendheid met een medisch getuigschrift wordt aangetoond.” Die hulp kan zorgverstrekking omvatten van zowel preventieve als curatieve aard. Ze dekt ook de zorg “die noodzakelijk is voor de algemene volksgezondheid [...] in geval van besmettelijke ziekten die door de bevoegde overheden als zodanig erkend zijn”⁴. De overheid in België lijst immers een reeks ernstige besmettelijke ziekten op die de laboratoria en de artsen aan de overheid moeten melden om de verspreiding ervan te voorkomen⁵.

De verzorging die in het kader van de DMH wordt terugbetaald, kan zowel tijdens een hospitalisatie als ambulant worden verstrekt. Ambulante zorg is de verzorging van een persoon die niet gehospitaliseerd is. Ze omvat bijvoorbeeld verzorging in een privé-kabinet, in een wijkgezondheidscentrum of tijdens een raadpleging in een ziekenhuis zolang de patiënt niet in het ziekenhuis is opgenomen.

Mensen zonder wettig verblijf moeten bij het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW) van de gemeente waar ze verblijven, een aanvraag doen om verzorging te krijgen in het kader van de DMH. Om te controleren of mensen geen wettig verblijf hebben in ons land en of ze geen andere mogelijkheid hebben om hun verzorging te betalen, moet het OCMW een zogeheten sociaal onderzoek uitvoeren, om vast te stellen of en in hoeverre iemand behoeftig is⁶. Tijdens dat

1 Intermutualistisch Agentschap (IMA), *Atlas – Read me*, Brussel, 14 september 2021, 3 p., www.aim-ima.be.

2 Artikel 23 van de wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen.

3 Artikel 57, § 2, van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

4 Artikel 1 van het koninklijk besluit van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven.

5 Sciensano, *EPI – Meldingsplichtige infectieziekten*, pagina geraadpleegd op 22 mei 2024, www.sciensano.be.

6 Artikel 60 van de wet van 8 juli 1976.

onderzoek moet het OCMW nagaan welke middelen de persoon in kwestie ter beschikking heeft, inclusief de eventuele aanwezigheid van een ziektekostenverzekering in het buitenland of de aanwezigheid van een borgsteller⁷.

Als het sociaal onderzoek uitwijst dat de persoon aan de voorwaarden voldoet, kan hij of zij naar een zorgverstrekker (bijvoorbeeld een ziekenhuis, arts of tandarts) gaan om zich te laten verzorgen. Bij de factuur van de zorgverstrekker moet ook een medisch attest (van een arts of tandarts) worden gevoegd dat aantoont dat de verzorging kadert in het DMH-systeem ('DMH-attest')⁸ opdat het OCMW de verzorging ten laste kan nemen.

In 2023 hebben 23.032 mensen zonder wettig verblijf dergelijke verzorging gekregen die de programmatorische overheidsdienst Maatschappelijke Integratie (hierna de 'POD MI') terugbetaalde in het kader van de DMH.

1.1.3 Actoren

De beleidsmaatregel moet door verschillende actoren ten uitvoer worden gebracht.

Het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW) speelt een centrale rol bij de toekenning van DMH, aangezien het de vragen van potentiële DMH-begunstigden ontvangt en na een sociaal onderzoek beslist om al dan niet toegang te verlenen tot verzorging. Het OCMW beheert en betaalt ook bepaalde facturen van de zorgverstrekkers die een patiënt hebben behandeld in het kader van DMH (zie [punt 1.1.5.3](#)).

De POD MI moet voor de volgende hoofdopdrachten het beleid voorbereiden, uitwerken en coördineren⁹:

- armoedebestrijding;
- stedelijk beleid;
- maatschappelijke integratie in ruime zin, waarvan het recht op maatschappelijke integratie in de zin van de wet van 26 mei 2002¹⁰ en het recht op maatschappelijke bijstand in de zin van de wet van 8 juli 1976¹¹ deel uitmaken (zie [punt 1.1.5.3](#)).

De POD MI vat zijn opdrachten als volgt samen: *“De POD MI bereidt een inclusief federaal beleid voor maatschappelijke integratie en armoedebestrijding voor, rekening houdend met de Belgische en Europese problematiek, om armoede en uitsluiting in al hun dimensies te bestrijden”*¹². De POD MI vermeldt op zijn website dat zijn doelstelling is *“de integratie waarborgen door voorrang te geven aan de maatschappelijke hulp”*¹³.

⁷ Artikelen 7 en 8 van het koninklijk besluit van 1 december 2013 betreffende de minimumvoorwaarden voor het sociaal onderzoek verricht overeenkomstig artikel 9bis van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

⁸ Artikel 2 van het koninklijk besluit van 12 december 1996.

⁹ Koninklijk besluit van 12 december 2002 houdende oprichting van de Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding en Sociale Economie.

¹⁰ Wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie.

¹¹ Artikel 1 van de wet van 8 juli 1976.

¹² POD Maatschappelijke Integratie, *Over POD Maatschappelijke Integratie*, pagina geraadpleegd op 29 januari 2025, www.mi-is.be.

¹³ POD Maatschappelijke Integratie, *ibidem*.

De POD MI beheert het DMH-beleid en vervult in dat opzicht verschillende rollen ten aanzien van de OCMW's:

- hij stelt omzendbrieven en richtlijnen op om de toepassing van de wet te verduidelijken;
- hij informeert en antwoordt op de vragen van de OCMW's;
- hij betaalt hun een deel van de DMH-facturen terug (zie [punt 1.1.5.3](#) voor de specifieke terugbetalingsregels);
- hij controleert achteraf de sociale dossiers van de begunstigden bij de OCMW's.

Verschillende diensten van de POD MI zijn betrokken bij het DMH-beleid:

- De frontoffice van de POD MI antwoordt op de vragen van de OCMW's, indien nodig met steun van de juridische dienst.
- De juridische dienst beschikt over expertise op het vlak van de regelgeving over de opdrachten van de POD MI.
- De studiedienst beheert de DMH-gegevens. Hij voegt onder meer de gegevens van de beslissingen van de OCMW's en van de facturen van de zorgverstrekkers samen om statistieken te maken over de DMH en de begunstigden ervan, zoals de statistieken die in de verschillende hoofdstukken van dit verslag worden gebruikt.
- De inspectiedienst controleert de opdrachten die de federale Staat aan de OCMW's heeft gegeven, met inachtneming van de gemeentelijke autonomie. Die controles gaan onder meer over het recht op maatschappelijke integratie in het kader van de wet van 26 mei 2002¹⁴ en de maatschappelijke hulp in het kader van de wet van 2 april 1965, waaronder de medisch hulp en de dringende medische hulp, onder meer voor de personen zonder wettig verblijf.

Een derde belangrijke actor is de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) die *“alle prestaties [verzekert] in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundig verzorging en uitkeringen, net zoals de ziekenfondsen, maar onder een publiek statuut”*¹⁵.

In het kader van de DMH beheert de HZIV, voor rekening van de POD MI, de facturen van de zorgverstrekkers die zijn ingeschreven in het Mediprima-systeem (zie [punt 1.1.4](#)). Dat beheer verloopt elektronisch. De HZIV antwoordt ook op de vragen van die zorgverstrekkers in verband met de werking van Mediprima. Op verzoek van een OCMW of ziekenhuis controleert ze ook of een buitenlander die in België verblijft, geen ziektekostenverzekering heeft in een ander land.

Deze diensten van de HZIV zijn het meest betrokken bij de DMH:

- de directie Gezondheidszorgen, die de facturatie beheert van de zorgverstrekkers die in het Mediprima-systeem zijn ingeschreven;
- de dienst verzekerbaarheid en internationale betrekkingen, die onder meer op verzoek van de OCMW's nagaat of iemand een ziektekostenverzekering in het buitenland heeft.

Zorgverstrekkers zoals artsen, tandartsen en ziekenhuizen zijn ook onlosmakelijk verbonden met het DMH-proces, aangezien zij iemand verzorgen zonder wettig verblijf, die al dan niet recht heeft op DMH. Vooral ziekenhuizen krijgen met dat proces te maken, onder meer omdat heel wat begunstigden zich bij de spoeddiensten aanbieden.

¹⁴ Wet van 26 mei 2002.

¹⁵ Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV), *Over de HZIV*, pagina geraadpleegd op 1 oktober 2024, www.caami-hziv.fgov.be.

Hulpverenigingen, in het bijzonder in de grootsteden, houden zich bezig met de potentiële DMH-begunstigden. Naargelang van hun bekwaamheid verstrekken ze hulp op administratief vlak (bv. iemand helpen om toegang te krijgen tot DMH), op medisch vlak (bv. als er artsen in die vereniging aanwezig zijn) en op juridisch vlak. Sommige van die verenigingen worden – net als de OCMW's en de ziekenhuizen – gesubsidieerd door één of meer overheden op federaal niveau of op het niveau van de gemeenschappen, de gewesten of de gemeenten.

1.1.4 Systemen voor gegevensverzameling

De POD MI gebruikt twee systemen om de gegevens en facturen in verband met de DMH te beheren.

Het oudste van de twee systemen (Novaprima) beheert hij rechtstreeks. In dat systeem stuurt het OCMW digitale formulieren naar de POD MI waarin het zijn beslissingen registreert en eventueel het bedrag van de facturen die het ten laste heeft genomen.

Mediprima, het andere systeem, werd vanaf 2013¹⁶ ingevoerd. Het is een database waartoe de OCMW's, de HZIV en bepaalde zorgverstrekkers (de ziekenhuizen en een deel van de huisartsen die hun verzorging elektronisch factureren) toegang hebben. Dankzij dat systeem controleert de HZIV de facturen van de zorgverstrekkers die in Mediprima ingeschreven zijn, en betaalt ze die facturen elektronisch. Die zorgverstrekkers moeten voor die facturen bijgevolg geen contact meer hebben met de OCMW's, wat de procedure voor de twee partijen vereenvoudigt. Het is immers de bedoeling de facturatie van de verzorging in het kader van de medische hulp (met inbegrip van de DMH) te stroomlijnen, door de administratieve werklast van de OCMW's te verlichten zodat ze kunnen focussen op hun fundamentele opdrachten¹⁷.

Mediprima werd in opeenvolgende fasen uitgerold, om er geleidelijk aan alle zorgverstrekkers in op te nemen.

De eerste fase ging in 2013 van start en is afgerond. In deze fase werden de ziekenhuizen geïntegreerd. Die gebruikten immers al een elektronisch facturatiesysteem. In 2023 hadden alle ziekenhuizen (algemene en psychiatrische) via hun facturatieprogramma toegang tot Mediprima en moesten ze het systeem gebruiken. De tweede fase, die nu nog loopt, wil ook huisartsen en apothekers toegang geven tot Mediprima. Huisartsen konden kiezen of ze al dan niet bij Mediprima aansloten. Van de 14.041 huisartsen die in 2022¹⁸ actief waren, hadden er 661 (5 %) toegang tot Mediprima¹⁹. Vanaf 1 september 2025 wordt het gebruik ervan verplicht voor alle huisartsen²⁰,

16 • Artikel 9ter van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn ingevoegd door artikel 32 van de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

• Koninklijk besluit van 16 februari 2014 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 19 november 2013 betreffende de datum van inwerkingtreding van artikelen 32 en 36 van de wet van 27 december 2012 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van gezondheidszorg.

17 • Federale regering, *Regeerakkoord*, 1 december 2011, p. 156, www.dekamer.be.

• POD Maatschappelijke Integratie, *Mediprima*, pagina geraadpleegd op 12 augustus 2024, www.mi-is.be.

18 RIZIV, *Aantal individuele zorgverleners in 2022*, pagina geraadpleegd op 13 juni 2024, www.riziv.fgov.be.

19 POD Maatschappelijke Integratie, *Huisartsen die met Mediprima werken*, pagina geraadpleegd op 13 juni 2024, www.mi-is.be.

20 • Koninklijk besluit van 2 oktober 2017 tot uitbreiding van het toepassingsgebied van artikel 9ter van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

• Koninklijk besluit van 28 juni 2023 tot uitvoering van artikel 53, § 1, eerste, derde en vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de elektronische facturatie en transparantie van tandheelkundigen. ipv;

want op dat moment zullen ze al hun prestaties elektronisch moeten factureren. Er werd geen datum vastgelegd voor het einde van de tweede fase (integratie van de apothekers) noch voor de laatste fase, die erin bestaat Mediprima uit te breiden tot alle zorgverstrekkers, onder meer de specialisten²¹.

1.1.5 Normen

1.1.5.1 Toegang tot geneeskundige verzorging

Verskillende internationale normen bepalen dat landen de toegang tot geneeskundige verzorging moeten organiseren voor personen die al dan niet legaal op hun grondgebied verblijven:

- Op 21 april 1983 ratificeerde België het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten van de Verenigde Naties. Artikel 12 van dat verdrag bepaalt overeenkomstig de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens dat *“de Staten die partij zijn bij dit Verdrag het recht erkennen van een ieder op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid”* via onder meer *“het scheppen van omstandigheden die een ieder in geval van ziekte geneeskundige bijstand en verzorging waarborgen”*. Artikel 2 bepaalt: *“De Staten die partij zijn bij dit Verdrag verbinden zich te waarborgen dat de in dit Verdrag opgesomde rechten zullen worden uitgeoefend zonder discriminatie van welke aard ook, wat betreft ras, huidskleur, geslacht, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale of maatschappelijke afkomst, eigendom, geboorte of andere status”*.
- Op 2 maart 2004 ratificeerde België het herziene Europees Sociaal Handvest van 1966. Artikel 13 van dat handvest bevestigt het recht op sociale en geneeskundige bijstand: *“De Partijen verbinden zich te waarborgen dat eenieder die geen toereikende inkomsten heeft en niet in staat is zulke inkomsten door eigen inspanning of met andere middelen te verwerven, in het bijzonder door uitkeringen krachtens een stelsel van sociale zekerheid voldoende bijstand verkrijgt en in geval van ziekte de voor zijn toestand vereiste verzorging geniet”*.
- Artikel 35 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie bepaalt: *“Eenieder heeft recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden. Bij de vaststelling en uitvoering van het beleid en de maatregelen van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid gewaarborgd”*.

In België zijn er verschillende regelgevingen die de toegang tot de geneeskundige verzorging organiseren, waaronder die van de DMH die als enige toegankelijk is voor personen zonder wettig verblijf. Onze buurlanden (Nederland, Frankrijk, Duitsland, Luxemburg en het Verenigd Koninkrijk) hebben ook een officieel systeem voor de tenlasteneming van de verzorging van mensen zonder wettig verblijf. Toch is dat systeem in elk land verschillend. De voorwaarden voor het verblijf, de gedekte verzorging en de tenlasteneming van de kosten ervan verschillen, ook al is er altijd toegang mogelijk tot dringende medische hulp.

21 • POD Maatschappelijke Integratie, *Mediprima. Handleiding bestemd voor de OCMW's en de zorgverstrekkers*, Brussel, 24 mei 2017, 73 p., www.mi-is.be.
 • POD Maatschappelijke Integratie, *Mediprima*, op.cit.

1.1.5.2 Verblijfsrecht

Verschillende internationale en nationale regelgevingen regelen het recht van een buitenlander om op het Belgische grondgebied te verblijven. Als die persoon niet voldoet aan de voorwaarden van die regelgevingen, is hij zonder wettig verblijf in het land.

Een onderdaan van een lidstaat van de Europese Unie heeft het recht om tot maximaal drie maanden in België te verblijven zonder andere voorwaarde dan dat hij in het bezit moet zijn van een geldig identiteitsbewijs. Na drie maanden verblijft die Europese onderdaan hier onwettig als hij geen stappen heeft ondernomen om een andere verblijfstitel te verkrijgen²². Voor verblijven van meer dan drie maanden moet een Europese onderdaan voldoen aan extra voorwaarden en moet hij bijkomende formaliteiten vervullen, afhankelijk van zijn statuut van, bijvoorbeeld, werkende (loontrekkend of zelfstandig), werkzoekende of student. Als hij niet werkt en niet werkzoekend is, moet hij bijvoorbeeld bewijzen dat hij over voldoende bestaansmiddelen beschikt en over een ziektekostenverzekering die alle risico's dekt zodat hij tijdens zijn verblijf niet ten laste valt van het Belgische systeem voor sociale bijstand. Een ziektekostenverzekering kan de vorm aannemen van de Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK), een privéverzekering of een inschrijving tegen betaling bij een ziekenfonds.

Een onderdaan van een land dat geen lid is van de Europese Unie krijgt pas toegang tot het grondgebied als hij een paspoort met een visum voorlegt of een document dat vereist is op grond van een internationaal verdrag, een wet of een koninklijk besluit²³. De onderdaan moet bovendien documenten kunnen voorleggen die zijn verblijf rechtvaardigen en bewijzen dat hij over voldoende bestaansmiddelen beschikt voor de duur van zijn verblijf (eventueel via een borgsteller) of dat hij die bestaansmiddelen op een legale manier kan verwerven (bijvoorbeeld via werk). De verblijfsduur is beperkt tot drie maanden, behalve bij uitzonderingen of wanneer in het visum een andere duur²⁴ is vastgelegd. Een buitenlander die zonder verblijfstitel op het grondgebied aankomt, maar die een asielaanvraag indient, is overigens in orde tijdens de asielprocedure.

1.1.5.3 DMH

Opdracht van de OCMW's op het vlak van maatschappelijke bijstand

De organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de OCMW's bekrachtigt de toegang tot verzorging in het kader van de DMH. Artikel 1 van die wet bepaalt dat elke persoon recht heeft op de maatschappelijke dienstverlening die nodig is om een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid. Artikel 57 bepaalt echter dat de opdracht van het OCMW voor buitenlanders die onwettig in België verblijven, beperkt is tot de toekenning van dringende medische hulp²⁵.

22 • Richtlijn 2004/38/EG van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende het recht van vrij verkeer en verblijf op het grondgebied van de lidstaten voor de burgers van de Unie en hun familieleden, tot wijziging van Verordening (EEG) nr. 1612/68 en tot intrekking van Richtlijnen 64/221/EEG, 68/360/EEG, 72/194/EEG, 73/148/EEG, 75/34/EEG, 75/35/EEG, 90/364/EEG, 90/365/EEG en 93/96/EEG, Publicatieblad van de Europese Unie L-158, 30 april 2004, blz. 77-123, www.eur-lex.europa.eu.

• Wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

23 Wet van 15 december 1980.

24 Artikel 6 van de wet van 15 december 1980.

25 Artikel 57, § 2, 1°, van de wet van 8 juli 1976.

Dringende medische hulp is dus onderdeel van de maatschappelijke bijstand, het enige waarop personen zonder wettig verblijf recht hebben. Het gaat om een residuaire hulp die alleen kan worden toegekend als de betrokkene niet voldoende bestaansmiddelen heeft om zijn geneeskundige verzorging te betalen.

De opdrachten van de POD MI op het vlak van DMH

De POD MI is verantwoordelijk voor de maatschappelijke integratie in ruime zin volgens het koninklijk besluit van 12 december 2002²⁶. Dat koninklijk besluit belast de POD MI met de opdrachten die voordien aan de FOD Sociale Zekerheid waren toevertrouwd door artikel 2, § 1, 9°, van het koninklijk besluit van 23 mei 2001, zoals armoedebestrijding, stedelijk beleid en maatschappelijke integratie²⁷.

Artikel 7 van het koninklijk besluit van 12 december 1996 dat de DMH definieert, vertrouwt de uitvoering van het besluit overigens toe aan de minister die belast is met Maatschappelijke Integratie²⁸.

Terugbetaling van de maatschappelijke bijstand aan de OCMW's door de POD MI

De regels voor terugbetaling door de POD MI van de kosten die de OCMW's hebben gedragen, zijn opgenomen in de wet van 2 april 1965. Volgens die wet betaalt de POD MI de kosten van de geneeskundige verzorging enkel terug aan het OCMW als die kosten zijn opgenomen in de nomenclatuur van de verzorging die terugbetaald wordt door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (hierna de 'verzorging in de nomenclatuur') en ten belope van het tarief²⁹ dat door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is vastgelegd. De POD MI betaalt die verzorging terug ongeacht of het gaat om de nomenclatuur van de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) dan wel om die van een deelstaatentiteit³⁰.

Het tarief van de verzorging in de nomenclatuur bestaat uit twee delen: het deel dat wordt terugbetaald door de verplichte verzekering (en dus door de POD MI in het kader van de DMH) en het deel dat ten laste is van de patiënt (remgeld). De POD MI betaalt dat remgeld enkel terug "in het kader van een hospitalisatie" of als de begunstigde over bestaansmiddelen beschikt "die lager zijn dan het bedrag van het leefloon"³¹. De eventuele supplementen die een zorgverstrekker bovenop het tarief van de verplichte verzekering vraagt, betaalt de POD MI niet terug.

Het OCMW moet bovendien welbepaalde voorwaarden hebben nageleefd, onder meer het sociale onderzoek hebben uitgevoerd zoals het in de wet³² is vastgelegd, om terugbetaling van de POD MI te krijgen.

²⁶ Koninklijk besluit van 12 december 2002.

²⁷ Koninklijk besluit van 23 mei 2001 houdende oprichting van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (Een deel van de opdrachten die oorspronkelijk aan de POD Maatschappelijke Integratie waren toevertrouwd, zijn sindsdien geregionaliseerd of aan andere overheden toevertrouwd, zoals Fedasil.)

²⁸ Koninklijk besluit van 12 december 1996.

²⁹ Artikel 11, § 1, 2°, van de wet van 2 april 1965.

³⁰ POD Maatschappelijke Integratie, *Omzendbrief. De terugbetaling van medische kosten die ingevolge de Zesde Staatshervorming zijn overgeheveld naar de gefedereerde entiteiten*, 28 juni 2021, 5 p., www.mi-is.be.

³¹ Artikel 11, § 1, 2°, van de wet van 2 april 1965.

³² Koninklijk besluit van 1 december 2013.

Aangezien de wet van 1976 de OCMW's verplicht alle verzorging ten laste te nemen die nodig is om een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid, blijft de verzorging die de POD MI niet terugbetaalt ten laste van de OCMW's. Het OCMW kan ook het remgeld ten laste nemen van een begunstigde die over bestaansmiddelen beschikt die hoger liggen dan het bedrag van het leefloon als het van oordeel is dat de begunstigde behoeftig is, maar de POD MI zal die kosten niet terugbetalen aan het OCMW.

1.2 Audit

1.2.1 Thema, reikwijdte en motivering van de audit

De audit gaat over het federale beleid voor dringende medische hulp die wordt toegekend aan buitenlanders die zonder wettig verblijf in ons land zijn, zoals die hulp bij wet is bepaald³³. Met de audit wordt nagegaan of de regelgeving en de geauditeerde instellingen de nodige voorwaarden scheppen om ervoor te zorgen dat buitenlanders zonder wettig verblijf de medische hulp krijgen waarop ze recht hebben en of dat gebeurt met inachtneming van de beginselen van zuinigheid, doelmatigheid en doeltreffendheid. In dat opzicht evalueert de audit ook het belang van het Mediprima-systeem en van het elektronische facturatiebeheer door de HZIV.

Deze audit evalueert een overheidsbeleidsmaatregel in het kader van de maatschappelijke bijstand. In het verslag wordt geenszins het migratiebeleid geëvalueerd. Toch moet het DMH-beleid erop gericht zijn om opportunisme te voorkomen, d.w.z. vermijden dat personen worden agetrokken die alleen naar ons land zouden komen om te genieten van de geneeskundige verzorging, ook wel 'medisch toerisme' genoemd.

De wet heeft als hoofddoel om geneeskundige verzorging te verstrekken aan mensen zonder wettig verblijf, wat impliceert dat de personen die de voorwaarden uit de wet vervullen, toegang hebben tot de procedure en de nodige verzorging (zie [punt 1.1.2](#)). Op die manier wil de wet ook de gezondheid van de hele bevolking vrijwaren, door de verspreiding van besmettelijke ziektes te vermijden.

De doelstellingen moeten op performante wijze worden beheerd. Zowel de kosten van de verzorging als de kosten voor de administratie moeten in de hand worden gehouden. Het beleid moet dus doeltreffend georganiseerd zijn, om die doelstellingen te bereiken. Bovendien moet het doelmatig georganiseerd zijn, om de kosten zo laag mogelijk te houden en er toch voor te zorgen dat de regelgeving wordt nageleefd.

³³ Artikel 57, § 2, 1°, van de wet van 8 juli 1976.

1.2.2 Onderzoeksvraag

Aan de onderzoeksvraag zijn vier subvragen gekoppeld:

Is het federale beleid voor dringende medische hulp aan mensen zonder wettig verblijf effectief en efficiënt?

- Kunnen de DMH-regelgeving en -procedures:
 - de effectiviteit van het recht en de gelijke behandeling van de begunstigden garanderen?
 - de kosten voor de POD MI in de hand houden?
 - het frauderisico beperken?
- Kan de Mediprima-software helpen om de DMH-procedures te verbeteren?

1.2.3 Onderzoeksmethode en bevraagde actoren

Het Rekenhof baseerde zich voor zijn analyse op interviews met de actoren die betrokken zijn bij het DMH-beleid en onderzocht de wetgeving, de beschikbare documentatie en de beschikbare gegevens.

Het Rekenhof auditeerde de POD MI en de HZIV. Gedurende de hele audit stelde het vragen aan de ambtenaren van die twee instellingen. Het nam ook contact op met verschillende verantwoordelijken, onder meer die van de juridische dienst, de studiedienst, de ICT-afdeling en de inspectiedienst.

Naast de geauditeerde instellingen heeft het Rekenhof ook actoren van buiten zijn controledomein ontmoet die dus niet geauditeerd worden, maar die een centrale rol spelen in het DMH-beleid. Zo had het Rekenhof informatieve ontmoetingen met vertegenwoordigers van OCMW's³⁴, van ziekenhuizen³⁵ en van verenigingen³⁶ die hulp bieden aan mensen zonder wettig verblijf. Het was niet de bedoeling een representatieve steekproef van die instellingen te hebben, maar concrete informatie te verzamelen over de werking van de DMH om op basis van feitelijke elementen precieze vragen op te stellen die vervolgens aan de geauditeerde instellingen werden gericht.

Het Rekenhof analyseerde tot slot de documentatie (omzendbrieven, verslagen, kritische analyses, onderrichtingen en interne documentatie die de gesprekspartners van de audit verstrekten) en de gegevens van de geauditeerde instellingen en andere overheidsinstellingen, zoals Statbel³⁷ en het Intermutualistisch Agentschap (IMA)³⁸.

³⁴ Uit de OCMW's met de meeste DMH-begunstigden werden zes OCMW's geselecteerd (twee per gewest), namelijk Brussel-Stad, Anderlecht, Antwerpen, Gent, Luik en Namen.

³⁵ Er werden vijf ziekenhuizen gecontacteerd om een overzicht te krijgen van de praktische moeilijkheden waar de zorgverstrekkers tegen aanlopen. Drie ziekenhuizen werden gekozen omdat ze banden hadden met een OCMW waarmee de auditurs een ontmoeting hadden in een van de gewesten (UMC Sint-Pieter in Brussel-Stad, UZ Gent en CHR de la Citadelle in Luik). Er waren ook ontmoetingen met twee andere ziekenhuizen (kliniek Sint-Jan in Brussel en het CHU in Luik) omdat uit voorgaande interviews bleek dat ze nuttige extra informatie konden verstrekken.

³⁶ Er waren ontmoetingen met vijf verenigingen die actief zijn in de bijstand aan personen zonder verblijfsrecht en die een financiering krijgen van openbare instellingen: Dokters van de Wereld, Medimmigrant, Ciré (*Coordination et initiatives pour et avec les réfugiés et étrangers*), Centre Athéna Centrum en Free Clinic. Ze bevinden zich in Brussel, waar twee derde van de DMH-begunstigden te vinden zijn.

³⁷ Statbel, *Over Statbel*, pagina geraadpleegd in april 2025, www.statbel.fgov.be.

³⁸ Intermutualistisch Agentschap (IMA), *Wie zijn we?*, pagina geraadpleegd in april 2025, www.ima-aim.be.

1.2.4 Timing van het onderzoek

15 maart 2023	Aankondiging van de audit • aan de minister van Pensioenen en Maatschappelijke Integratie; • aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid; • aan de minister van Ontwikkelingssamenwerking en Grootstedenbeleid; • aan de voorzitter van de POD Maatschappelijke Integratie; • aan de administrateur-generaal van de HZIV.
April 2023 – augustus 2024	Auditwerkzaamheden en redactie van het ontwerpverslag
12 september 2024	Exitmeeting met de POD Maatschappelijke Integratie
23 september 2024	Exitmeeting met de HZIV
5 februari 2025	Verzending van het ontwerpverslag naar de geauditeerde instellingen en naar de betrokken ministers
24 februari 2025	Ontvangst van het antwoord van de HZIV
5 maart 2025	Ontvangst van het antwoord van de POD Maatschappelijke Integratie
20 maart 2025	Ontvangst van het antwoord van de minister van Asiel en Migratie, en van Maatschappelijke Integratie, belast met Grootstedenbeleid

1.2.5 Tegensprekelijke procedure

Het ontwerp van auditverslag werd bezorgd aan de POD MI, aan de HZIV en aan de ministers belast met Volksgezondheid en met Maatschappelijke Integratie. De opmerkingen van de POD MI en van de HZIV zijn in dit eindverslag verwerkt, ofwel rechtstreeks via een tekstaanpassing, ofwel door de opmerking in te leiden met “*In zijn/haar antwoord*”.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft niet gereageerd.

De minister van Maatschappelijke Integratie heeft op 20 maart 2025 per mail (zie [bijlage](#)) bevestigd het ontwerpverslag te hebben ontvangen en met aandacht te hebben gelezen. Ze verduidelijkt bovendien dat de toegang tot dringende medische hulp een mensenrecht is dat ook geldt voor personen zonder wettig verblijf. Ze voegt eraan toe kennis te hebben genomen van de conclusie en van de aanbevelingen, en samen met haar administratie te bekijken hoe het beleid geoptimaliseerd kan worden, met respect voor de lokale autonomie van de OCMW's.

Hoofdstuk 2

Begunstigden, kosten en uitdagingen

Dit hoofdstuk analyseert de kenmerken van de begunstigden van dringende medische hulp, hun aantal en het kostenplaatje van de geneeskundige verzorging. In de verschillende punten van dit hoofdstuk komen ook de uitdagingen aan bod van de toegang tot die verzorging.

2.1 Aantal begunstigden

2.1.2 Mensen zonder wettig verblijf en effectieve begunstigden

Er bestaat per definitie geen officiële inventaris van alle mensen zonder wettig verblijf. Enkel op basis van bepaalde schattingen kan men een idee krijgen van hun aantal. Die ramingen hebben betrekking op het aantal personen ‘in onregelmatig verblijf’ en niet ‘zonder wettig verblijf’, onder meer omdat bepaalde personen een verblijfstitel zouden kunnen krijgen als ze daartoe de nodige stappen zouden ondernemen³⁹. Het KCE schatte dat in 2015 tussen de 85.000 en 160.000 personen onregelmatig in België verbleven⁴⁰. Een studie van de VUB raamde dat 112.000 personen uit landen van buiten de Schengenzone onregelmatig in België verbleven in 2015⁴¹.

De DMH is echter alleen bestemd voor behoeftige personen, d.w.z. mensen die geen bestaansmiddelen hebben om zelf hun geneeskundige verzorging te betalen en die geen ziektekostenverzekering hebben. Het aantal potentiële DMH-begunstigden ligt dus a priori lager dan het aantal personen in onregelmatig verblijf, maar er valt niet te schatten hoeveel lager.

Andere, meer nauwkeurige gegevens zijn beschikbaar over de DMH-begunstigden zonder wettig verblijf. In 2022 telde het Mediprima-systeem 33.335 personen die een positieve beslissing ontvingen (zonder daarom verzorging te hebben gekregen). Dat is meer dan het cijfer dat de POD MI vermeldt (23.707 personen in 2022, d.i. 71 % van het Mediprima-cijfer). De POD registreert immers alleen DMH-begunstigden voor wie hij verzorging heeft terugbetaald⁴². Naast de 33.335 personen die in 2022 in Mediprima waren ingeschreven, hebben mogelijk andere personen in hetzelfde jaar toegang gehad tot verzorging, zonder dat daarover een beslissing werd geregistreerd in Mediprima en zonder dat die verzorging werd terugbetaald door de POD MI.

Omdat niet alle beslissingen in Mediprima worden gecentraliseerd, is het niet mogelijk het precieze aantal begunstigden te kennen die een positieve beslissing ontvingen van de OCMW's, ongeacht of ze al dan niet verzorging kregen (zie [punt 3.4.2](#)).

³⁹ Global Knowledge Partnership on Migration and Development (Knomad), Tuba Bircan, Johan Surkyn & Ahmad Wali Ahmad-Yar, *Migration and mortality: what do we know?*, technisch verslag 57, december 2023, 36 p., www.knomad.org.

⁴⁰ KCE, Dominique Roberfroid e.a., *Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? Synthèse*, Brussel, 2015, p. 7, www.kce.fgov.be.

⁴¹ Global Knowledge Partnership on Migration and Development (Knomad), Tuba Bircan, Johan Surkyn & Ahmad Wali Ahmad-Yar, *Migration and mortality: what do we know?*, op. cit.

⁴² De POD Maatschappelijke Integratie bezorgde deze gegevens op 11 april 2023 via mail.

2.1.2 Evolutie van het aantal begunstigden

Uit de gegevens van de POD MI over het aantal begunstigden voor wie hij verzorging heeft terugbetaald, blijkt dat dat aantal schommelt in de tijd en dat het lichtjes gestegen is van 21.409 in 2010 naar 23.032 in 2023 (zie [figuur 1](#)).

2.1.3 Verdeling van de begunstigden per gewest, agglomeratie en gemeente

De DMH-begunstigden zijn ongelijk verdeeld over het grondgebied (zie tabel 1). Zo bevond 92 % van die begunstigden zich in 2022 in agglomeraties en 67 % in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Voor de betrokken OCMW's impliceert de oververtegenwoordiging van begunstigden in bepaalde gemeenten een extra werklust en hogere kosten.

Tabel 1 - Verdeling van de DMH-begunstigden per gewest, agglomeratie en gemeente
(gegevens 2022, gesorteerd in dalende volgorde van de oververtegenwoordigingsindicator)

Geografische zone	Begunstigden		Bevolking	% begunstigden	Oververtegenwoordigings-indicator ⁴³
	Aantal	%			
Per gewest					
Brussel-Hoofdstad	15.926	67 %	1.222.637	1,3 %	6,4
Wallonië	3.704	16 %	3.662.495	0,1 %	0,5
Vlaanderen	4.077	17 %	6.698.876	0,1 %	0,3
Totaal	23.707	100 %	11.584.008	0,2 %	1,0
Per agglomeratie					
Agglomeraties >200.000 inwoners:	20.234	85 %	3.564.718	0,6 %	2,8
Brussel	16.139	68 % ⁴⁴	1.674.691	1,0 %	4,7
Gent	843	4 %	309.281	0,3 %	1,3
Luik	1.300	5 %	500.259	0,3 %	1,3
Charleroi	564	2 %	290.454	0,2 %	0,9
Antwerpen	1.388	6 %	790.033	0,2 %	0,9
Agglomeraties <200.000 inwoners	1.570	7 %	1.298.490	0,1 %	0,6
Totaal	21.804	92 %	4.863.208	0,4 %	2,2

⁴³ De oververtegenwoordigingsindicator is het quotiënt van twee ratio's:

- aantal begunstigden in de entiteit / totale populatie van begunstigden (ratio 1)
- aantal inwoners in de entiteit / totale bevolking (ratio 2)

Als ratio 1 groter is dan ratio 2, is de indicator groter dan 1 en zijn de DMH-begunstigden oververtegenwoordigd.

⁴⁴ De Brusselse agglomeratie beslaat meer gemeenten dan het Brussels Gewest.

Geografische zone	Begunstigden		Bevolking	% begunstigden	Oververtegenwoordigingsindicator ⁴³
	Aantal	%			
Voor elk gewest zijn dit de drie gemeenten (met meer dan 25.000 inwoners) waar de oververtegenwoordiging het grootst is:					
Brussel	4.656	20 %	188.737	2,5 %	12,1
Sint-Jans-Molenbeek	2.227	9 %	97.697	2,3 %	11,1
Sint-Gillis	1.071	5 %	48.837	2,2 %	10,7
Luik	964	4 %	195.278	0,5 %	2,4
Herstal	126	1 %	40.481	0,3 %	1,5
Namen	337	1 %	112.559	0,3 %	1,5
Gent	835	4 %	265.086	0,3 %	1,5
Antwerpen	1.328	6 %	530.630	0,3 %	1,2
Sint-Niklaas	198	1 %	80.167	0,2 %	1,2

Bron: Rekenhof, op basis van gegevens van de POD Maatschappelijke Integratie, Statbel⁴⁵ en Iweps⁴⁶.

De zes OCMW's die het Rekenhof heeft ontmoet (elk in een andere agglomeratie), telden in 2022 in totaal 10.559 begunstigden voor wie de POD MI verzorging terugbetaalde, d.w.z. 45 % van de begunstigden die de POD MI registreerde voor het hele land.

2.2 Sociodemografische kenmerken van de begunstigden

Uit de gegevens die de POD MI meedeelde, kunnen enkele kenmerken van de begunstigden worden afgeleid, maar enkel van begunstigden voor wie de POD MI verzorging terugbetaalde in het kader van de DMH. Zo zijn ze gemiddeld 40 jaar oud, is 43 % een vrouw en komt 94 % van de begunstigden uit een land van buiten de Europese Unie⁴⁷.

In principe leven DMH-begunstigden in preciaire omstandigheden, aangezien het ontbreken van bestaansmiddelen een van de voorwaarden is die de OCMW's moeten controleren om toegang te geven tot DMH. Uit de auditinterviews kwamen nog andere kenmerken van de populatie DMH-begunstigden naar voren. Zo heeft een aanzienlijk deel geen vaste woonplaats (volgens een van de OCMW's die het Rekenhof heeft ontmoet, liep dat aandeel zelfs op tot twee derde van de begunstigden). Hun administratieve toestand is soms uitermate ingewikkeld.

De auditinterviews geven voorbeelden van de gezondheidsproblemen bij de DMH-begunstigden, onder meer problemen die samenhangen met dakloosheid, verslavingen en spoedopnames. In een van de ziekenhuizen die het Rekenhof bezocht, heeft de meest voorkomende verzorging vooral betrekking op bevallingen, kankers, ongevallen, tuberculose en geriatrische problemen van mensen die niet zelfstandig kunnen leven.

⁴⁵ Statbel, *Bevolking per gemeente op 1 januari*, pagina geraadpleegd op 11 september 2023, www.statbel.fgov.be.

⁴⁶ Iweps, *Régions urbaines*, pagina geraadpleegd op 11 september 2023, www.iweps.be.

⁴⁷ POD Maatschappelijke Integratie, gegevens meegedeeld op 16 mei 2024.

Er is echter geen gecentraliseerde informatie beschikbaar over de gezondheidstoestand van de begunstigden en er werd geen recente analyse uitgevoerd over de verstrekte geneeskundige verzorging. Om de kosten van de geneeskundige verzorging doeltreffend te beheren en de algehele bevolking te beschermen, is het nochtans noodzakelijk om informatie te hebben over de ziekten, en dan zeker over de besmettelijke ziekten, de behandeling ervan en de vaccinatiegraad bij de begunstigden. De POD MI heeft weliswaar geen specifieke bevoegdheid op het vlak van geneeskundige verzorging, maar die bevoegdheden zijn op federaal niveau aanwezig, onder meer bij de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het KCE en Sciensano.

2.3 Kosten van de geneeskundige verzorging

2.3.1 Kosten van de verzorging die de POD MI terugbetaalt

In 2023 betaalde de POD MI in totaal 80,7 miljoen euro geneeskundige verzorging terug aan 401 OCMW's (69 % van de 581 bestaande OCMW's in 2023) in het kader van de DMH⁴⁸. De werkelijke kosten van de verzorging die aan de begunstigden verstrekt werd, liggen hoger aangezien de OCMW's bepaalde verzorging ten laste nemen zonder dat de POD MI ze terugbetaalt en aangezien zorgverstrekkers voor DMH-begunstigden soms andere verzorging ten laste nemen die door de OCMW's geweigerd wordt. In sommige gevallen betaalt de patiënt bovendien zelf een deel van de verzorging⁴⁹.

Mediprima centraliseert meer dan 80 % van de kosten voor de DMH sinds 2015, aangezien dat systeem alle verzorging omvat die de ziekenhuizen verstrekken.

In 2023 vertegenwoordigde de verzorging in ziekenhuizen 85 % van de DMH-kosten (zie [figuur 1](#)). Die verzorging omvat zowel ziekenhuisopnames (53 % van de DMH-kosten), farmaceutische kosten als geneeskundige verzorging (d.w.z. de ambulante zorg die een ziekenhuis biedt). De kosten van die geneeskundige verzorging in een ziekenhuis lagen bovendien drie keer hoger (25 %) dan die van geneeskundige verzorging buiten het ziekenhuis (7 %)⁵⁰. Dat hoge aandeel van verzorging in een ziekenhuis in vergelijking met verzorging buiten het ziekenhuis kan erop wijzen dat de DMH te weinig ten laste wordt genomen buiten het ziekenhuiskader.

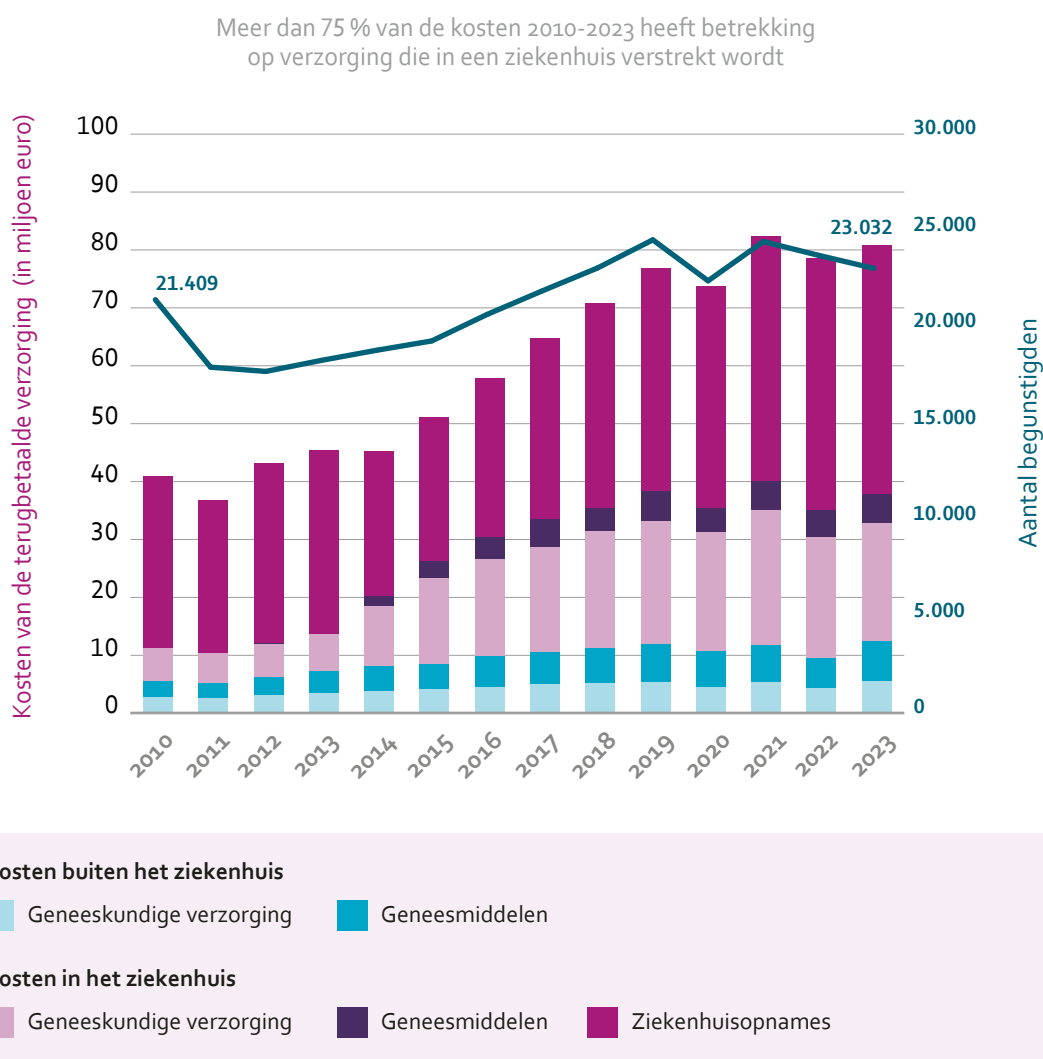
⁴⁸ • POD Maatschappelijke Integratie, gegevens meegedeeld op 11 april 2023.

• Begin 2025 waren er als gevolg van diverse gemeentelijke fusies 565 OCMW's (de POD MI deelde die cijfers mee op 5 maart 2025).

⁴⁹ Artikel 11 van de wet van 2 april 1965.

⁵⁰ POD Maatschappelijke Integratie, gegevens meegedeeld op 16 mei 2024.

Figuur 1 – Evolutie tussen 2010 en 2023 van het aantal DMH-begunstigden en van de kosten voor verzorging die de POD MI heeft terugbetaald (in duizend euro)



Bron: POD Maatschappelijke Integratie

2.3.2 Vergelijking van de kosten van DMH-verzorging met de kosten van verzorging bij de algemene bevolking

Om de kosten van de DMH-verzorging te vergelijken met die van verzorging bij de bevolking in het algemeen moeten die kosten worden betrokken op de totale populaties in kwestie. Een dergelijke vergelijking is echter een delicate oefening, omdat het aantal potentiële DMH-begunstigden niet met zekerheid bepaald kan worden.

Het is wel mogelijk om de kostenstructuur te vergelijken, d.w.z. de verhouding tussen de kosten buiten en binnen het ziekenhuis. Volgens de FOD Sociale Zekerheid bedroeg het aandeel van de kosten van de ambulante zorg buiten het ziekenhuis 89%, ten opzichte van de kosten van verzorging in het ziekenhuis (16 miljard euro op 18 miljard euro) bij de algemene bevolking in 2021 (laatst beschikbare gegevens), met inbegrip van de geneesmiddelen. Dat aandeel ligt heel anders voor de DMH, waar de ambulante zorg buiten het ziekenhuis 17 % bedroeg ten opzichte van de kosten van

verzorging in het ziekenhuis (12 miljoen euro op 71 miljoen euro) in 2021⁵¹. De gegevens zijn niet volledig vergelijkbaar. Het niet-dringende vervoer en de laboratoriumanalyses zijn immers niet opgenomen in de bedragen van de FOD Sociale Zekerheid. Het aandeel van de ambulante zorg buiten het ziekenhuis ligt niettemin bijzonder laag in het geval van DMH, wat getuigt van onvoldoende toegang tot dergelijke verzorging.

2.3.3 Indirecte kosten van een gebrek aan verzorging

Als iemand verzorging krijgt (bijvoorbeeld als iemand naar de huisarts gaat), veroorzaakt die persoon directe kosten voor de instelling die de verzorging terugbetaalt (de erelonen van de huisarts bijvoorbeeld). Wanneer die persoon zich niet laat verzorgen (en er dus geen directe kosten zijn), kan dat echter indirecte kosten veroorzaken omdat de gezondheidsproblemen verergeren, wat dan weer kan leiden tot duurdere verzorging, bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname.

Volgens het KCE onderbenutten de potentiële begunstigden duidelijk de toegang tot de DMH. Het KCE schatte dat tussen 10 en 20 % van de mensen zonder wettig verblijf contact heeft opgenomen met een zorgverstrekker in 2013, tegenover 90 % van de bevolking die door een verzekering geneeskundige verzorging wordt gedekt⁵². Volgens de auditinterviews en de documentatie zou die onderbenutting voortvloeien uit het feit dat men het bestaan van de DMH niet kent en dat men bang is bij de politie te worden aangegeven. Volgens een studie uit 2010 kent 50 % van de personen 'in onregelmatig verblijf' de DMH inderdaad niet⁵³. Bovendien spreken ze niet altijd correct de landstalen, wat ook een rem zet op de vraag naar hulp.

Verschillende hulpverenigingen die het Rekenhof heeft ontmoet, moedigen de personen aan om bij het OCMW een aanvraag in te dienen om toegang te krijgen tot DMH en een beroep op verzorging te kunnen doen om een verslechtering van hun gezondheidsproblemen te vermijden. De POD MI moedigt de verenigingen ook aan de gebruikers gerust te stellen door uit te leggen dat de OCMW's het beroepsgeheim in acht moeten nemen en dat ze de begunstigden niet kunnen aangeven vanwege hun onwettige verblijfsstatus. De POD MI heeft al informatieve documenten gepubliceerd voor de potentiële begunstigden⁵⁴. In overleg met de hulpverenigingen is hij ook van plan een brochure op te stellen om de toegang tot verzorging in het kader van de DMH aan te moedigen vóór er gezondheidsproblemen opduiken. De POD MI heeft niet verduidelijkt wanneer die brochure klaar zou zijn.

Wanneer geen beroep wordt gedaan op DMH, kan dat leiden tot een verslechtering van de gezondheidsproblemen en een grotere toestroom van patiënten naar de spoeddiensten van ziekenhuizen. Dat leidt finaal tot hogere kosten voor de overheidsfinanciën dan tijdig verstrekte verzorging en draagt bij tot overstelpte spoeddiensten. Volgens de gegevens van de POD MI leidt DMH gemiddeld tot hogere kosten (per begunstigde) dan de andere medische hulp die OCMW's aan andere categorieën van begunstigden toekennen. Die hogere kosten kunnen worden verklaard door het feit dat de DMH-begunstigden later een beroep doen op verzorging dan de andere begunstigden, of voor zwaardere pathologieën die dus duurder zijn⁵⁵.

51 FOD Sociale Zekerheid, *Gezondheidsrekeningen (SHA)*, paginageraadpleegd op 22 mei 2024, www.socialsecurity.belgium.be.

52 KCE, Dominique Roberfroid e.a., *Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? Synthese*, op. cit.

53 KU Leuven, Ingrid Schockaert e.a., *Armoede tussen de plooiën. Aanvullingen en correcties op EU-SILC voor verborgen groepen armen*, 2012, 237 p., www.kuleuven.be.

54 • POD Maatschappelijke Integratie, *Wegwijs in medische hulp*, juli 2019, 11 p., www.mi-is.be.

• POD Maatschappelijke Integratie, *Medische hulp door OCMW's*, 2013, 2 p., www.mi-is.be.

55 POD Maatschappelijke Integratie, *Focus nr. 31: Medische hulp van 2005 tot 2020*, Brussel, september 2022, 25 p., www.mi-is.be.

Een ziekenhuis dat het Rekenhof heeft bezocht, stelt dat potentiële DMH-begunstigden verzorging zo lang mogelijk uitstellen en daarom aan zwaardere pathologieën lijden, wat hogere hospitalisatiekosten met zich meebrengt dan wat het gekost zou hebben als ze tijdig verzorging hadden gekregen. Vooral voor personen met een chronische ziekte zijn de gevolgen van het gebrek aan toegang tot ambulante zorg bijzonder ernstig. Een arts die het Rekenhof naar aanleiding van de audit heeft ontmoet, vermeldt dat het gebrek aan continuïteit in de verzorging ernstige gevolgen kan hebben voor diabetici, zoals nierinsufficiëntie (wat leidt tot dialyses), hoge bloeddruk (die kan leiden tot een beroerte), een netvliesandoening (die kan leiden tot blindheid) of (slag)aderontsteking (die kan leiden tot een amputatie).

Sommige potentiële begunstigden hebben misschien ook geen toegang tot DMH omdat de toegangsprocedure te ingewikkeld is (zie [hoofdstuk 3](#)).

Waarborgen dat de ambulante zorg (of primaire verzorging) buiten het ziekenhuis toegankelijk is, zou helpen om te vermijden dat iemand in het ziekenhuis belandt wegens gezondheidsproblemen die vroeger hadden kunnen worden behandeld. Verschillende studies hebben het belang van die aanpak aangetoond. Over het algemeen daalt het aantal vermijdbare ziekenhuisopnames⁵⁶ wanneer de primaire geneeskundige verzorging vlot toegankelijk is (bijvoorbeeld bij een huisarts of een tandarts).

De financiën van de sociale zekerheid hebben baat bij een vlottere toegang tot primaire geneeskundige verzorging (bijvoorbeeld bij een huisarts of tandarts)⁵⁷. Ziekenhuisopnames zijn immers heel duur (tot meer dan 1.000 euro per dag⁵⁸) terwijl de toegang tot ambulante zorg, die het mogelijk maakt ziekenhuisopnames te vermijden of te verkorten, duidelijk minder kost (van 24 tot 30 euro voor een raadpleging bij een geconventioneerde huisarts⁵⁹). In heel wat landen⁶⁰ (waaronder ook België⁶¹) is het percentage vermijdbare ziekenhuisopnames (dankzij aangepaste verzorging in een vroeger stadium) trouwens een maatstaf voor de performantie van een gezondheidssysteem.

-
- 56 • Aldo Rosano e.a., "The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review", *European Journal of Public Health*, 2012, volume 23, n° 3, www.academic.oup.com.
- Odette R. Gibson, Leonie Segal & Robyn A. McDermott, "A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing", *BMC Health Services Research*, 26 augustus 2013, volume 13, n° 1, bmchealthservres.biomedcentral.com.
- Michael J. van den Berg, Tessa van Loenen & Gert P. Westert, "Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries", *Family Practice*, 2015, volume 33, n° 1, www.academic.oup.com.
- Tessa Van Loenen e.a., "The impact of primary care organization on avoidable hospital admissions for diabetes in 23 countries", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1 januari 2016, volume 34, n° 1, www.tandfonline.com.
- 57 • Rekenhof Frankrijk, *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser*, jaarverslag over de toepassing van de wetten voor de financiering van de sociale zekerheid, hoofdstuk XII, Parijs, september 2014, p. 23, www.ccomptes.fr.
- Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, Parijs, 2020, www.oecd.org.
- 58 RIZIV, *Verpleegdagprijzen ziekenhuizen*, pagina bijgewerkt op 4 juli 2023, www.riziv.fgov.be.
- 59 RIZIV, *Honoraria, prijzen en tegemoetkomingen van artsen - Raadplegingen en bezoeken*, pagina bijgewerkt op 13 juli 2023, www.riziv.fgov.be.
- 60 • European Commission, Expert Group on Health Systems Performance Assessment, *Mapping metrics of health promotion and disease prevention for health system performance assessment*, Luxemburg, 2023, 38 p., health.ec.europa.eu.
- Australian Government, Australian Institute of Health Welfare, *Potentially preventable hospitalisations in Australia by age groups and small geographic areas, 2017–18*, Canberra, 2019, www.aihw.gov.au.
- 61 Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE), C. Devos e.a., *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem – rapport 2019*, Brussel, 2019, 124 p., www.kce.fgov.be.

Er werden specifieke studies uitgevoerd naar de gevolgen wanneer de toegang tot geneeskundige verzorging wordt beperkt voor mensen zonder wettig verblijf. Die studies vergeleken – binnen eenzelfde systeem – de kosten voor de toegang tot geneeskundige verzorging voor mensen zonder wettig verblijf, met de kosten wanneer de toegang tot geneeskundige verzorging voor diezelfde doelgroep beperkt wordt. Ze besluiten dat de toegang tot verzorging, en dan vooral preventieve verzorging, besparingen⁶² mogelijk maakt en het sterftcijfer verlaagt⁶³. Patiënten verplichten om kosten te betalen, ontmoedigt hen bovendien om toegang tot verzorging te vragen⁶⁴. Toegang geven tot ambulante zorg is dus zuiniger voor het gezondheidssysteem, ook voor personen zonder wettig verblijf. Wanneer ze geen toegang hebben, verhoogt ook het risico op infecties waarvoor geen vaccin bestaat (zoals tuberculose of aids) of infecties die in België verdwenen zijn (difterie)⁶⁵.

2.4 Deelconclusies

De POD MI verzamelt enkel informatie over de personen die toegang hadden tot DMH en voor wie hij verzorging heeft terugbetaald (23.707 in 2022). Toch hadden in datzelfde jaar meer mensen toegang tot DMH (zonder dat ze daarom verzorging kregen), aangezien volgens het Mediprima-registratiesysteem 33.335 personen een positieve beslissing ontvingen. Het exacte aantal DMH-begunstigden zou echter nog hoger kunnen liggen. Het valt immers niet uit te sluiten dat personen een positieve beslissing ontvingen van een OCMW, zonder dat de POD MI daarover geïnformeerd werd (bijvoorbeeld omdat de verzorging niet in aanmerking kwam voor terugbetaling).

In 2022 verbleef 92 % van de begunstigden in een agglomeratie en 67 % in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De OCMW's van bepaalde gemeenten dragen bijgevolg een grotere last op het vlak van de DMH (zie [tabel 1](#)).

De gegevens die over de kosten van de DMH-verzorging worden verzameld, zijn onvolledig omdat ze enkel gebaseerd zijn op de verzorging die de POD MI terugbetaalt. De POD MI analyseert evenmin de beschikbare informatie over de gezondheidstoestand van de DMH-begunstigden, wat onder meer nuttig zou zijn in verband met ziekten die naar de algemene bevolking kunnen worden overgedragen.

De kosten van de DMH voor de POD MI bedroegen 80,7 miljoen euro in 2023. De kosten van de DMH omvatten echter niet de kosten die worden gedragen door de OCMW's, door de patiënten of door zorgverstrekkers die niet zouden zijn betaald voor de verzorging die ze aan DMH-begunstigden hebben verstrekt.

Van de kosten voor de POD MI heeft 85 % betrekking op verzorging in een ziekenhuis (ziekenhuisopnames, ambulante zorg of farmaceutische kosten), waarvan 63 % kosten voor ziekenhuisopnames. Bij de bevolking in het algemeen ligt de verhouding van de ambulante zorg buiten het ziekenhuis in vergelijking met de verzorging in een ziekenhuis omgekeerd en wordt 89 % van

62 European Agency for Fundamental Rights, *Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation*, Wenen, 2015, 68 p., fra.europa.eu.

63 Arnau Juanmarti Mestres, Guillem Lopez Casasnovas & Judit Vall Castelló, *Effect of health insurance on the mortality of undocumented immigrants: The case of the 2012 Spanish health reform*, 30 januari 2018, 33 p., www.editorialexpress.com.

64 British medical association (BMA), *Delayed, deterred, and distressed: The impact of NHS overseas charging regulations on patients and the doctors who care for them*, Londen, 2019, 10 p., www.bma.org.

65 • Laurent Gétaz e.a., "Maladies tropicales persistantes chez les migrants", *Revue médicale suisse*, 2014, volume 10, n° 425, www.revmed.ch.

• Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), *Refugee and migrant health*, pagina bijgewerkt op 2 mei 2022, www.who.int.

de verzorging buiten de ziekenhuizen verstrekt. Die sterke oververtegenwoordiging in het kader van de DMH van verzorging in het ziekenhuis en ziekenhuisopnames in vergelijking met de ambulante zorg buiten het ziekenhuis kan het gevolg zijn van een beperkte toegang tot dergelijke verzorging. Zodra een gezondheidsprobleem opduikt, zet het gebrek aan toegang tot ambulante zorg de begunstigden ertoe aan hun heil te zoeken bij verzorging in het ziekenhuis, onder meer op de spoedafdeling. Dat leidt tot hogere uitgaven dan wanneer de gezondheidsproblemen tijdig zouden zijn aangepakt buiten een ziekenhuis, bijvoorbeeld door een huisarts. Ruim toegankelijke ambulante zorg waarborgen wordt trouwens beschouwd als een efficiënte maatregel op het vlak van volksgezondheid.

De beslissingen van de OCMW's over de toegang tot verzorging voor personen die voldoen aan de voorwaarden om DMH te genieten, hebben dus altijd gevolgen voor de gemeenschap. Als het OCMW toegang verleent tot verzorging, wordt die bijvoorbeeld ten laste genomen door de POD MI en door het OCMW. Als het OCMW de toegang weigert, wordt de verzorging ten laste genomen door de zorgverstrekkers (bijvoorbeeld via de spoeddiensten van ziekenhuizen) of door hulpverenigingen die vaak door overheden worden gesubsidieerd. Wanneer een OCMW DMH weigert aan iemand die voldoet aan de voorwaarden om DMH te krijgen, kan tegen die beslissing in beroep worden gegaan bij het gerecht, wat leidt tot extra kosten voor de gemeenschap en tot de overbelasting van de rechtbanken.

Betere medische zorg voor personen zonder wettig verblijf zou de gemiddelde kosten per behandeling moeten verlagen, de gezondheidstoestand van de betrokken personen moeten verbeteren en indirect een positieve impact moeten hebben op de algemene bevolking door de overdracht van ziektes te beperken.

Beperkingen van de toegang tot verzorging kunnen bovendien de sterftcijfers bij de beoogde doelgroep doen stijgen, wat getuigt van een falend overheidsbeleid.

Hoofdstuk 3

Procedure voor toegang tot verzorging

Dit hoofdstuk beschrijft vijf stappen van de procedure:

1. de aanvraag voor toegang tot verzorging (punt 3.1 en punt 3.2);
2. het sociaal onderzoek door het OCMW (punt 3.3);
3. de beslissing van het OCMW (punt 3.3);
4. de toegang tot zorgverstrekkers (punt 3.5);
5. de betaling van de facturen van zorgverstrekkers (punt 3.6).

Dit hoofdstuk eindigt met een punt over de administratieve werklast die de procedure inhoudt voor de OCMW's (punt 3.8).

3.1 Aanvraag bij het OCMW om toegang te krijgen tot verzorging

Om de procedure voor toegang tot verzorging in gang te zetten, moet de aanvrager een aanvraag indienen bij het territoriaal bevoegde OCMW, d.w.z. het OCMW van de gemeente waar hij verblijft. Het OCMW moet dan een dossier voor maatschappelijke hulp aanmaken en een 'sociaal onderzoek' uitvoeren om de behoeftigheid van de aanvrager te controleren. Afhankelijk van het resultaat van dat onderzoek verleent het OCMW al dan niet toegang tot verzorging in het kader van DMH. De OCMW's kunnen op verschillende manieren te werk gaan en zelfs binnen eenzelfde OCMW kan de procedure verschillen, afhankelijk van de maatschappelijk werkers.

3.1.1 Ontvangstbewijs voor de aanvraag van de begunstigde

Wanneer het OCMW een aanvraag heeft ontvangen, bepaalt de wet het volgende: *"Het centrum zendt of overhandigt dezelfde dag aan de aanvrager een ontvangstbewijs"*⁶⁶. Dat ontvangstbewijs wordt echter niet altijd gegeven op het moment van de aanvraag⁶⁷. Het kan zijn dat het pas wordt gegeven bij de afspraak met de maatschappelijk assistent die het dossier behartigt, d.i. verschillende weken na de aanvraag. Zonder dat ontvangstbewijs en dus zonder bewijs van zijn aanvraag kan een begunstigde echter moeilijk in beroep gaan bij het gerecht tegen het uitblijven van een beslissing. De wet laat immers toe om beroep aan te tekenen binnen drie maanden na de vaststelling van het uitblijven van een beslissing⁶⁸.

Uit de verzamelde informatie blijkt dat sommige OCMW's de mogelijkheid bieden om online een aanvraag in te dienen, waardoor automatisch een ontvangstbewijs wordt aangemaakt. Die mogelijkheid zou moeten worden veralgemeend naar alle OCMW's via een online programma dat de aanvrager naar het bevoegde OCMW leidt en automatisch een ontvangstbewijs genereert⁶⁹.

⁶⁶ Artikel 58, § 2, van de wet van 8 juli 1976.

⁶⁷ KCE, Dominique Roberfroid e.a., *What health care for undocumented migrants in Belgium?*, Brussel, 2015, p. 59, www.kce.fgov.be.

⁶⁸ Artikel 71 van de wet van 8 juli 1976.

⁶⁹ Wet van 29 februari 2024 tot wijziging van diverse wetten tot instelling van een wettelijk kader voor de elektronische uitwisseling tussen de OCMW's en de burgers en tot invoering van diverse verplichtingen voor OCMW's met betrekking tot de behandeling van een steunaanvraag.

3.1.2 Territoriale bevoegdheid van het OCMW

Alvorens van start te gaan met het sociaal onderzoek, moet het OCMW nagaan of het bevoegd is, volgens de regels die vastgelegd zijn in de wet van 1965⁷⁰.

Als een OCMW zich onbevoegd acht, “zendt het deze aanvraag over binnen de vijf kalenderdagen aan het volgens hem bevoegd openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn”⁷¹. Als het OCMW waarnaar het OCMW de aanvraag doorstuurt, zich ook onbevoegd acht, moet het binnen vijf werkdagen aan de minister (in de praktijk de POD MI) vragen een OCMW aan te wijzen dat voorlopig bevoegd is. Ook de minister krijgt vijf werkdagen om zich uit te spreken⁷². Die bevoegdheidsproblemen verlengen de wettelijke termijn van één maand tussen de aanvraag van de begunstigde en de beslissing van het OCMW niet.

In de praktijk is het niet altijd eenvoudig om te bepalen welk OCMW bevoegd is. Bepaalde ziekenhuizen hebben aangegeven dat de procedure om DMH toe te kennen soms vertraging oploopt omdat OCMW's zich niet bevoegd achten.

Voor ziekenhuizen die toegang tot DMH willen krijgen voor een gehospitaliseerde patiënt vormt het bepalen van het bevoegde OCMW een bijkomende moeilijkheid, in het bijzonder wanneer het om dakloze patiënten in Brussel gaat. In dergelijke gevallen kan zelfs de bank waarop de dakloze slaapt, bepalen welk OCMW bevoegd is.

3.2 Aanvraag voor verzorging bij een zorgverstrekker

In de praktijk sturen potentiële DMH-begunstigden hun eerste aanvraag voor verzorging vaak niet naar een OCMW, maar naar een zorgverstrekker of een hulpvereniging. Zo wees het KCE erop dat de begunstigden zich in de meeste gevallen voor verzorging eerst tot een zorgverstrekker wenden en pas daarna een DMH-aanvraag indienen bij het OCMW⁷³. Volgens een ziekenhuis bieden de meeste begunstigden zich aan bij de spoeddienst nog vóór ze toegang tot verzorging hebben gekregen in het kader van de DMH.

Als de behandeling niet dringend is en de persoon nog geen toegang heeft tot verzorging in het kader van de DMH verwijst de zorgverstrekker de persoon door naar het OCMW om de procedure in gang te zetten. Als de persoon moet worden gehospitaliseerd, doet het ziekenhuis daarentegen zelf het nodige bij het OCMW.

Wanneer een onbemiddelde persoon zonder ziektekostenverzekering in het ziekenhuis wordt opgenomen, onderneemt de sociale dienst van de ziekenhuizen die het Rekenhof heeft bezocht de nodige stappen om de toegang tot DMH te openen bij het OCMW, zodat de kosten van de verzorging ten laste kunnen worden genomen. Dat kan een ingewikkelde procedure zijn. Er zijn OCMW's die aanvaarden dat een zorgverstrekker (ziekenhuis of arts) hun de aanvraag toestuurde, wanneer die ondertekend werd door de aanvrager. Enkele ziekenhuizen ondervinden echter problemen met andere OCMW's, onder meer omdat ze geen antwoord krijgen of omdat ze van de ene

⁷⁰ Artikel 2 van de wet van 2 april 1965.

⁷¹ Artikel 58 van de wet van 8 juli 1976.

⁷² • Artikel 15 van de wet van 2 april 1965.

• Koninklijk besluit van 20 maart 2003 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van artikel 15, vierde lid, van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

⁷³ KCE, Dominique Roberfroid e.a., *Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? Synthèse*, op. cit.

maatschappelijk werker naar een andere worden doorgestuurd. Het werk van de ziekenhuizen wordt nog verder bemoeilijkt omdat elk OCMW een eigen beleid voor toegang tot verzorging in het kader van de DMH heeft en de maatschappelijk assistenten van de OCMW's niet altijd op de hoogte zijn van de details van de procedure. Volgens de auditinterviews verdwijnen de moeilijkheden voor het ziekenhuis om met het OCMW in contact te treden niet altijd als de begunstigde recht heeft op DMH.

Als de gehospitaliseerde patiënt fysiek niet in staat is om een aanvraag in te dienen, weigert een OCMW soms de niet-ondertekende aanvraag in aanmerking te nemen. Wanneer in beroep wordt gegaan bij het gerecht, kunnen de ziekenhuizen het OCMW laten veroordelen tot het dragen van de kosten⁷⁴, voor zover a posteriori wordt aangetoond dat de verzorging hoogdringend was⁷⁵.

Het is echter geen algemene praktijk om te weigeren de aanvraag in aanmerking te nemen wanneer een patiënt zijn aanvraag niet kan ondertekenen. De procedure kan ook worden opgestart wanneer de arts verklaart dat de persoon niet bij bewustzijn is. Een informatiedocument van de POD MI verduidelijkt trouwens dat een zorgverstrekker een hulpaanvraag kan indienen als *“de begunstigde onbekwaam is om zelf een aanvraag te doen”*⁷⁶.

Ziekenhuizen botsen nog op een extra moeilijkheid als de bewusteloze persoon geen papieren heeft. Als de persoon niet zelfstandig kan leven en geen oplossing heeft buiten het ziekenhuis (bijvoorbeeld in het geval van een coma of ernstige neurologische problemen) heeft een ziekenhuis soms geen andere keuze dan de ziekenhuisopname gedurende maanden of jaren zelf ten laste te nemen.

Bij bijzonder dringende verzorging kan zelfs de wettelijke beslissingstermijn van één maand te lang zijn. Met uitzondering van levensbelangrijke spoedeisende hulp verzorgen sommige zorgverstrekkers de patiënt niet onmiddellijk. Ze verkiezen immers eerst de beslissing van het OCMW af te wachten (ook al kan dat een maand duren) uit vrees dat ze niet betaald zullen worden, zegt de POD MI in zijn antwoord. Wanneer bepaalde verzorging wordt uitgesteld, kan een patiënt in moeilijkheden komen, bijvoorbeeld in het geval van abortus of een besmettelijke ziekte. Bepaalde OCMW's hebben echter een spoedprocedure uitgewerkt waarmee binnen 24 uur of binnen een week een tenlasteneming kan worden toegekend.

Als de potentiële begunstigde in het ziekenhuis is opgenomen, starten bepaalde OCMW's het sociaal onderzoek door een maatschappelijk assistent naar het ziekenhuis te sturen of door de patiënt te contacteren per telefoon of via videocall. Toch zouden andere OCMW's weigeren ter plaatse te komen of de persoon van op afstand te contacteren en zouden ze vervolgens de DMH-aanvraag verwerpen omdat de persoon niet zelf komt of niet meewerkt. Sommige OCMW's zouden trouwens gewoon een brief naar de patiënt sturen die hij niet begrijpt of niet ontvangt. De patiënt kan dan onmogelijk de procedure voortzetten en het OCMW weigert het dossier omdat de betrokkene niet meewerkt.

⁷⁴ Hof van Cassatie van België, 3^e kamer, arrest nr. C.13.0117.F/1 van 14 oktober 2013, www.juportal.be.

⁷⁵ Franstalige arbeidsrechtbank van Brussel, 12^e kamer, vonnis van 17 april 2023, rol nr. 22/3650/A, p. 8, www.terralaboris.be.

⁷⁶ POD Maatschappelijke integratie, *De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995. Informatiedocument*, Brussel, mei 2022, 69 p., www.mi-is.be.

Aanbeveling 1

Richtlijnen uitvaardigen om:

1. snelle toegang tot verzorging mogelijk te maken als een persoon dringend verzorging nodig heeft
2. het sociaal onderzoek door het OCMW te vergemakkelijken in het geval van een ziekenhuisopname

3.3 Sociaal onderzoek door het OCMW

3.3.1 Verplichting om een sociaal onderzoek uit te voeren

Als een OCMW een DMH-aanvraag heeft ontvangen en zich territoriaal bevoegd acht, start het – zoals in de wet is vastgelegd – een sociaal onderzoek om “*het residuair karakter van de te verlenen hulp aan te tonen*”, d.w.z. om te controleren of de aanvrager geen ander middel heeft om die hulp te krijgen⁷⁷. Het sociaal onderzoek besluit “*met een nauwkeurige diagnose nopens het bestaan en de omvang van de behoefte aan dienstverlening en stelt de meest passende middelen voor om daarin te voorzien*”⁷⁸.

Het verplichte karakter van het sociaal onderzoek wordt soms in vraag gesteld, omdat de wet van 1976 bepaalt dat de tussenkomst van het OCMW “*zo nodig*” wordt voorafgegaan door een sociaal onderzoek⁷⁹. Op basis daarvan stelden vonnissen dat de onmogelijkheid om vooraf een sociaal onderzoek uit te voeren, de OCMW’s er niet van vrijstelde om toegang tot verzorging in het kader van de DMH toe te kennen als de hoogdringendheid dat rechtvaardigde⁸⁰ (zie punt 3.2). Volgens de wet van 1965 moet het OCMW daarentegen verplicht een sociaal onderzoek uitvoeren om de kosten terugbetaald te krijgen door de POD MI⁸¹. Die verplichting wordt niet ter discussie gesteld.

Het risico dat geen beroep wordt gedaan op de DMH zou kunnen stijgen door de administratieve moeilijkheden om een aanvraag in te dienen en de bewijsstukken te verzamelen die het OCMW vraagt. Dat kan vervolgens leiden tot een verslechtering van de gezondheidstoestand van de begunstigde en een toestroom aan patiënten bij de spoeddiensten van ziekenhuizen.

⁷⁷ Koninklijk besluit van 1 december 2013.

⁷⁸ Artikel 60, § 1, van de wet van 8 juli 1976.

⁷⁹ Wet van 8 juli 1976.

⁸⁰ • Franstalige arbeidsrechtbank van Brussel, vonnis van 17 april 2023, rol nr. 22/3650/A, www.terralaboris.be.
 • Arbeidshof van Luik, kamer 2-G, arrest van 28 oktober 2022, rol nr. 2022/AL/60 - 2022/AL/83, www.juportal.be.
 • Hof van Cassatie van België, arrest nr. C.08.0014.F/1 van 22 februari 2010, p. 9, www.juportal.be.
 • Hof van Cassatie van België, arrest nr. C.13.0117.F/1 van 14 oktober 2013, p. 10, www.juportal.be.

⁸¹ Artikel 9bis van de wet van 2 april 1965.

3.3.2 Elementen van het sociaal onderzoek

Zodra iemand een aanvraag indient bij het OCMW, kan de maatschappelijk werker in de praktijk het sociaal onderzoek starten, onder meer door de afkomst van de persoon en de datum van aankomst in België trachten te bepalen.

Volgens de wet moet het sociaal onderzoek in het dossier van de begunstigde de volgende elementen bevatten:

- een overzicht van zijn bestaansmiddelen en eventueel die van de persoon met wie hij samenwoont;
- een beknopte beschrijving van zijn levensomstandigheden die een invloed hebben op zijn behoefte;
- of er al dan niet verblijfsrecht is;
- of er al dan niet een borgsteller is;
- of er al dan niet een ziektekostenverzekering is in België of in het buitenland⁸².

Die informatie moet onder meer gecontroleerd worden via de elektronische gegevensstromen van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ)⁸³.

Het OCMW moet ook opnieuw contact opnemen met de begunstigde, wat niet altijd eenvoudig is met een bevolkingsgroep in een precaire toestand. Als het OCMW de begunstigde niet terugvindt, weigert het in de praktijk de toegang tot verzorging omdat het sociaal onderzoek niet kon worden afgerond.

3.3.2.1 Identiteit van de persoon en het INSZ-bis-nummer

Als het OCMW de persoon heeft geïdentificeerd, kan het vragen een INSZ-bis-nummer in het rijksregister aan te maken via de KSZ (als dat nummer nog niet is aangemaakt)⁸⁴. Dat nummer is noodzakelijk om de DMH te kunnen toekennen.

3.3.2.2 Verblijfplaats

In België verblijven

Om toegang te krijgen tot verzorging in het kader van de DMH moet de persoon in België verblijven. Die voorwaarde wordt beknopt beschreven in de wet: “een vreemdeling die illegaal in het Rijk verblijft”⁸⁵. De wet bepaalt geen minimale verblijfsduur om toegang te krijgen tot verzorging. Iemand die enkel naar België komt om verzorging te krijgen, verblijft niet in het land en kan bijgevolg geen DMH genieten. Het is de taak van de maatschappelijk werker om dat eventuele motief tijdens het onderzoek te identificeren.

Sommige OCMW's zouden echter de toegang tot DMH weigeren als een persoon zonder wettig verblijf nog geen drie maanden op Belgisch grondgebied verblijft of als de persoon niet kan bewijzen dat hij er al minstens drie maanden verblijft. In dat geval krijgt het ziekenhuis

⁸² Koninklijk besluit van 1 december 2013.

⁸³ Koninklijk besluit van 1 december 2013.

⁸⁴ Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, *Rijksregister/KSZ-registers*, pagina geraadpleegd op 26 maart 2024, www.ksz.bcss.fgov.be.

⁸⁵ Artikel 57, § 2, van de wet van 8 juli 1976.

de hospitalisatiekosten bijgevolg niet terugbetaald, en die kunnen oplopen tot verschillende honderdduizenden euro's. Wanneer op basis van dat argument tegen een weigeringsbeslissing in beroep wordt gegaan bij het gerecht, leidt dat volgens de geraadpleegde rechtspraak⁸⁶ tot de veroordeling van het OCMW omdat die voorwaarde niet in de wet vermeld staat en een weigering dus niet te verantwoorden valt.

Huisbezoek

Het huisbezoek is een onderdeel van het sociaal onderzoek. De wet verplicht het OCMW echter niet om systematisch een huisbezoek af te leggen bij de begunstigde in het kader van DMH. Het OCMW beoordeelt zelf of zo'n huisbezoek wenselijk is⁸⁷. Zo'n bezoek is wel verplicht bij dossiers van financiële maatschappelijke hulp en bij dossiers over het recht op maatschappelijke integratie. In die twee gevallen moet minstens eenmaal per jaar⁸⁸ een huisbezoek worden uitgevoerd. DMH wordt niet beschouwd als financiële steun⁸⁹ aangezien de begunstigde geen geld krijgt.

Aangezien de potentiële DMH-begunstigden in precare omstandigheden leven, zouden sommige OCMW's dat bezoek afstemmen op de toestand van de persoon, onder meer als die bij andere personen mag logeren of dakloos is. Zo kan de getuigenis van een hulpvereniging waar die persoon regelmatig komt, dienen om zijn verblijf in de gemeente te bewijzen.

Verandering van gemeente

Als een begunstigde van gemeente verandert, moet het OCMW dat vroeger bevoegd was de aanvraag doorsturen naar het nieuwe OCMW dat het bevoegd acht. Het vroegere OCMW blijft bevoegd zolang de aanvraag niet is doorgestuurd. Let wel, de aanvraag zelf wordt doorgestuurd maar het dossier van de begunstigde niet, en het nieuwe OCMW moet het sociaal onderzoek opnieuw voeren alvorens een beslissing te nemen. De continuïteit van de verzorging is niet gewaarborgd, tenzij in het geval van een ononderbroken ziekenhuisopname tijdens dewelke het eerste OCMW bevoegd blijft tot het einde van de opname⁹⁰.

Aanbeveling 2

Als een ander OCMW bevoegd wordt, de continuïteit van de toegang tot verzorging garanderen totdat een nieuw sociaal onderzoek is uitgevoerd

3.3.2.3 Behoeftigheid

Het OCMW moet de behoeftigheid van de aanvrager controleren op basis van zijn inkomsten, bezittingen, kosten, onbetaalde facturen, privéverzekeringen en ook op basis van de gezinssolidariteit. Over minder inkomsten beschikken dan het leefloon is een van de criteria om de behoeftigheid te bepalen.

⁸⁶ Zie bijvoorbeeld het arbeidshof van Luik, arrest van 28 oktober 2022, rol nr. 2022/AL/60 - 2022/AL/83, www.juportal.be.

⁸⁷ Omzendbrief van 14 maart 2014 betreffende de minimumvoorwaarden voor het sociaal onderzoek in het kader van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie en in het kader van de maatschappelijke dienstverlening door de OCMW's die overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 april 1965 door de Staat terugbetaald wordt.

⁸⁸ Artikel 4 van het koninklijk besluit van 1 december 2013.

⁸⁹ Artikel 1 van het koninklijk besluit van 12 december 1996.

⁹⁰ Artikel 2, § 9, van de wet van 2 april 1965.

3.3.2.4 Borgsteller

Bij het sociaal onderzoek moet het OCMW onderzoeken of een borgsteller verantwoordelijk kan worden gesteld voor de medische kosten van de aanvrager. Het toekennen van een visum aan een vreemdeling van buiten Europa kan worden gekoppeld aan het aanwijzen van een borgsteller die zich ertoe verbindt de medische kosten te dekken die de visumaanvrager zou kunnen maken. Bij het verstrijken van het visum is de persoon in illegaal verblijf, maar de dekking door de borgsteller loopt nog verder tot 24 maanden na het geplande einde van het verblijf⁹¹.

De Dienst Vreemdelingenzaken centraliseert de informatie in verband met de borgstellers. Omdat geen enkele database waartoe de OCMW's toegang hebben, de informatie over de borgstellers bundelt, moet het OCMW rechtstreeks contact opnemen met de Dienst Vreemdelingenzaken om te weten of een borgstelling moet worden geactiveerd. De informatie-uitwisseling tussen de dienst en het OCMW kost soms tijd, wat ertoe leidt dat de borgstelling soms pas wordt geactiveerd na de toegang tot verzorging in het kader van de DMH. In dat geval moet het OCMW zelf bij de borgsteller de eventuele kosten terugvorderen die het heeft gedragen.

Aanbeveling 3

De informatie over het eventuele bestaan van een borgsteller toegankelijk maken voor de OCMW's via een gecentraliseerde database

3.3.2.5 Verzekerbaarheid

Het OCMW moet ook controleren of de potentiële begunstigde geen recht heeft op een ziektekostenverzekering in België of in zijn land van herkomst. Daartoe controleert het eerst de informatie in het rijksregister over het statuut van de begunstigde, door de KSZ te bevragen, om te weten of hij kan worden verzekerd in België. Als dat niet het geval is, moet het OCMW onderzoeken of hij eventueel wordt gedekt door een verzekering in zijn land van herkomst of in een land waar hij verbleef alvorens naar België te komen. Dat geldt ook voor onderdanen van Europese landen, omdat ze na een verblijf van drie maanden ook onwettig in ons land kunnen verblijven (zie [punt 1.1.5.2](#)).

In plaats van rechtstreeks de vraag te stellen aan het land in kwestie, kan het OCMW een beroep doen op de dienst internationale betrekkingen van de HZIV die met het land contact zal opnemen via een procedure die varieert naargelang van het land:

- In de Europese Economische Ruimte is de procedure om informatie aan te vragen redelijk eenvoudig, dankzij een netwerk voor de elektronische uitwisseling van gegevens tussen de lidstaten. De procedure neemt ongeveer één maand in beslag: tien dagen voor de procedure bij de HZIV en tot veertien dagen voor het antwoord van het land.
- Met andere landen heeft België een overeenkomst gesloten om de geneeskundige verzorging ten laste te nemen van hun onderdanen die in België verblijven. Het gaat om het Verenigd Koninkrijk, Zwitserland, Turkije, Marokko, Tunesië, Algerije, Albanië, Bosnië-Herzegovina, Noord-Macedonië, Montenegro en Servië. De HZIV verstuurt de informatieaanvragen per brief naar die landen. Soms duurt het lang vóór er een antwoord komt. Sommige landen antwoorden nooit en andere altijd negatief.
- Voor de andere landen zonder overeenkomst voor de tenlasteneming van geneeskundige verzorging wordt een verklaring op eer van de begunstigde dat hij geen verzekering heeft, als bewijs aanvaard.

⁹¹ Wet van 15 december 1980.

Hoewel de HZIV die navraag doet in andere landen, blijven de aanvraagprocedure en de dossieropvolging toch tijdrovend voor de maatschappelijk werkers van het OCMW. Zodra een overeenkomst met België bestaat, moet het OCMW de HZIV immers per mail een dossier doorsturen waarin de identiteitsgegevens en eventuele stukken die het bestaan van de ziektekostenverzekering bewijzen, digitaal bijgevoegd zijn. Het OCMW moet het betrokken land rechtstreeks of via de HZIV ondervragen, zelfs als het nooit of altijd negatief antwoordt. Als het OCMW dat niet doet, bestaat het risico dat het geen terugbetaling krijgt van de POD MI.

Het OCMW moet in het dossier van de aanvrager het bewijs bewaren dat het de nodige stappen heeft gezet om zijn verzekerbareheid na te gaan, net zoals de andere stappen die het heeft uitgevoerd bij het sociaal onderzoek.

3.3.3 Vernieuwing van het sociaal onderzoek

Nadat het OCMW toegang tot verzorging heeft verleend in het kader van de DMH, moet het een eventuele verandering in het statuut van de begunstigde blijven opvolgen. Na een dergelijke verandering zou een begunstigde bijvoorbeeld toegang kunnen hebben tot een ziektekostenverzekering. Vanaf dat ogenblik is de toegang tot DMH – dat een vorm van residuaire bescherming is – niet meer gerechtvaardigd en kan het OCMW de POD MI niet meer om de terugbetaling van de geneeskundige verzorging vragen. Een verandering van statuut controleren, gebeurt onder meer op basis van de gegevensstromen die de KSZ genereert⁹².

Volgens de auditinterviews is het voor de werknemers van de OCMW's lastig de stromen op te volgen omdat er zoveel informatie moet worden geraadpleegd. Ze moeten de relevante informatie bovendien overtuiken in het dossier, aangezien die daar niet automatisch in terechtkomt. Die tijdronde opvolging is ook een bron van fouten.

Als de inspectie van de POD MI vaststelt dat de begunstigde recht had op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zal de POD MI het OCMW vragen alle bedragen terug te storten die de POD ten onrechte heeft betaald.

Het OCMW heeft er bijgevolg belang bij het statuut van de begunstigde regelmatig te controleren en hem indien nodig snel in te schrijven bij een ziekenfonds⁹³. De inspectie laat het OCMW echter een termijn van drie maanden om in geval van een statuutverandering de nodige stappen te ondernemen, vanaf het tijdstip waarop de toestand van de begunstigde veranderd is⁹⁴.

⁹² Artikelen 10 en 11 van het koninklijk besluit van 1 december 2013.

⁹³ Art. 60, § 5, van de wet van 8 juli 1976.

⁹⁴ POD Maatschappelijke integratie, *De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995. Informatiedocument*, op. cit, p.13.

3.4 Beslissing van het OCMW

3.4.1 Beslissingstermijn

Het OCMW moet een beslissing nemen binnen de maand na de aanvraag van de begunstigde, maar de wet voorziet niet in sancties als OCMW's die termijn niet in acht nemen⁹⁵. De beslissing kan positief zijn, met toegang tot verzorging, of negatief, waarbij er geen toegang is tot verzorging. In de praktijk zou de termijn van één maand niet systematisch worden nageleefd.

Ook al bestaat er geen sanctie voor het overschrijden van die termijn, toch moet het OCMW zijn beslissing binnen 45 dagen na de verzorging in kwestie (in het oude Novaprima-systeem, zie [punt 3.4.2.1](#)) of binnen 60 dagen (in het nieuwe Mediprima-systeem, zie [punt 3.4.2.2](#)) aan de POD MI bezorgen om een terugbetaling te kunnen krijgen van de POD MI (zie [punt 3.4.2](#)).

Buiten die gevallen krijgt een OCMW geen sanctie als het de termijn van één maand niet naleeft. Aangezien enkel de positieve beslissing wordt geregistreerd, met vermelding van de datum van de beslissing maar zonder de datum van de aanvraag door de begunstigde, is een systematische controle van de beslissingstermijnen overigens onmogelijk. In Mediprima zou een systematische controle technisch wel mogelijk zijn als alle beslissingen erin zouden worden geregistreerd met vermelding van de aanvraagdatum.

Aanbeveling 4

Om te controleren of de OCMW's de wettelijke beslissingstermijn hebben nageleefd, de verplichting opleggen om alle beslissingen in Mediprima te registreren, met verplichte vermelding van:

- de datum van de aanvraag door de begunstigde
- de datum van de positieve beslissing
- de datum van de negatieve beslissing

3.4.2 Registratie van de beslissing

Het OCMW moet zijn beslissing registreren om de verzorging die het ten laste heeft genomen, terugbetaald te krijgen. Afhankelijk van de zorgverstrekkers die volgens het OCMW betrokken zijn, registreert het de beslissing in Novaprima, in Mediprima of in de twee systemen (zie [punt 1.1.4](#)).

In de praktijk zijn de twee systemen niet gekoppeld en bevatten ze niet noodzakelijk dezelfde gegevens (de looptijd van de beslissing kan bijvoorbeeld verschillen). Volgens de gegevens van de POD MI over de verzorging die hij terugbetaalt, hadden 301 van de 401 OCMW's in 2023 beslissingen geregistreerd in de twee systemen; 34 OCMW's hadden enkel beslissingen geregistreerd in Novaprima en 66 enkel in Mediprima. In theorie kan een beslissing in geen van beide systemen geregistreerd zijn, omdat het OCMW de POD niet van zijn beslissing tot toekenning van DMH moet verwittigen als het uitsluitend verzorging betreft die de POD MI niet terugbetaalt.

In de huidige toestand is de procedure voor het registreren van de beslissingen niet transparant.

⁹⁵ Artikel 71 van de wet van 8 juli 1976.

3.4.2.1 Procedure in het oude Novaprima-systeem

De procedure om een beslissing te registreren in Novaprima, bestaat erin digitale formulieren in te vullen die het OCMW aan de POD MI bezorgt: een formulier A, dat één keer per begunstigde wordt verstuurd, bevat informatie over die begunstigde, terwijl een formulier B bij elke nieuwe beslissing wordt verstuurd. Dat formulier B vermeldt de *identifier* van de begunstigde en de geplande soorten verzorging. De formuliergegevens worden gecentraliseerd in Novaprima, een systeem dat de POD MI beheert. Het OCMW moet het formulier B versturen binnen 45 dagen na de verzorging waarvoor het OCMW de terugbetaling vraagt⁹⁶.

3.4.2.2 Procedure in het nieuwe Mediprima-systeem

Als de beslissing betrekking heeft op een zorgverstrekker die in Mediprima is ingeschreven, moet het OCMW zijn beslissing binnen 60 dagen na de verzorging in dat systeem registreren⁹⁷. Als het dat niet doet, zal het geen terugbetaling krijgen van de POD MI.

De zorgverstrekker die in Mediprima is ingeschreven en die de begunstigde wenst te behandelen, kan de kenmerken van de beslissing inkijken (begindatum van de toegang tot verzorging, einddatum en welke verzorging gedekt is), behalve als hij niet behoort tot de zorgverstrekkers op wie de beslissing van het OCMW betrekking heeft (zie [punt 3.4.3.3](#)). Als hij wel onder de beslissing van het OCMW valt, kan de zorgverstrekker via Mediprima een betalingsverbintenis krijgen, d.w.z. de garantie dat zijn facturen zullen worden betaald. De zorgverstrekkers die uitgesloten zijn van de beslissing en de andere OCMW's zien dat de begunstigde wordt gedekt door een beslissing, maar zien de details er niet van.

In 2022 hebben 446 OCMW's een beslissing in Mediprima geregistreerd, d.i. 77 % van de 581 OCMW's van België.

3.4.3 Beperking van de toegang tot verzorging in de beslissingen van de OCMW's

Er zit veel variatie in de inhoud van de beslissingen van de OCMW's, zowel qua looptijd van de toegang tot verzorging (zie [punt 3.4.3.1](#)), de betrokken zorgverstrekkers (zie [punt 3.4.3.3](#)) als de ten laste genomen verzorging (zie [punt 3.4.3.4](#)). Dat geldt zowel voor Novaprima als voor Mediprima.

De beslissingen die in 2022 in Mediprima werden ingevoerd, bevestigen die variabele inhoud⁹⁸. De 86.397 beslissingen worden in dat systeem omgezet in 89.051 medische kaarten. Mediprima gebruikt de term 'medische kaart' wanneer de beslissing wordt omgezet naar een toegang tot verzorging. Eén beslissing kan verschillende medische kaarten dekken (3 % van de beslissingen in 2022). De begin- en einddatum van de kaarten bepalen hoelang de betrokkene toegang heeft tot verzorging.

⁹⁶ Artikel 9 van de wet van 2 april 1965.

⁹⁷ • Artikel 9ter van de wet van 2 april 1965.

• Koninklijk besluit van 18 februari 2014 betreffende de controle van medische en farmaceutische kosten in het kader van artikel 9ter van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

⁹⁸ POD Maatschappelijke Integratie, gegevens meegegeven op 17 januari 2024.

3.4.3.1 Beperking van de looptijd van de toegang tot verzorging

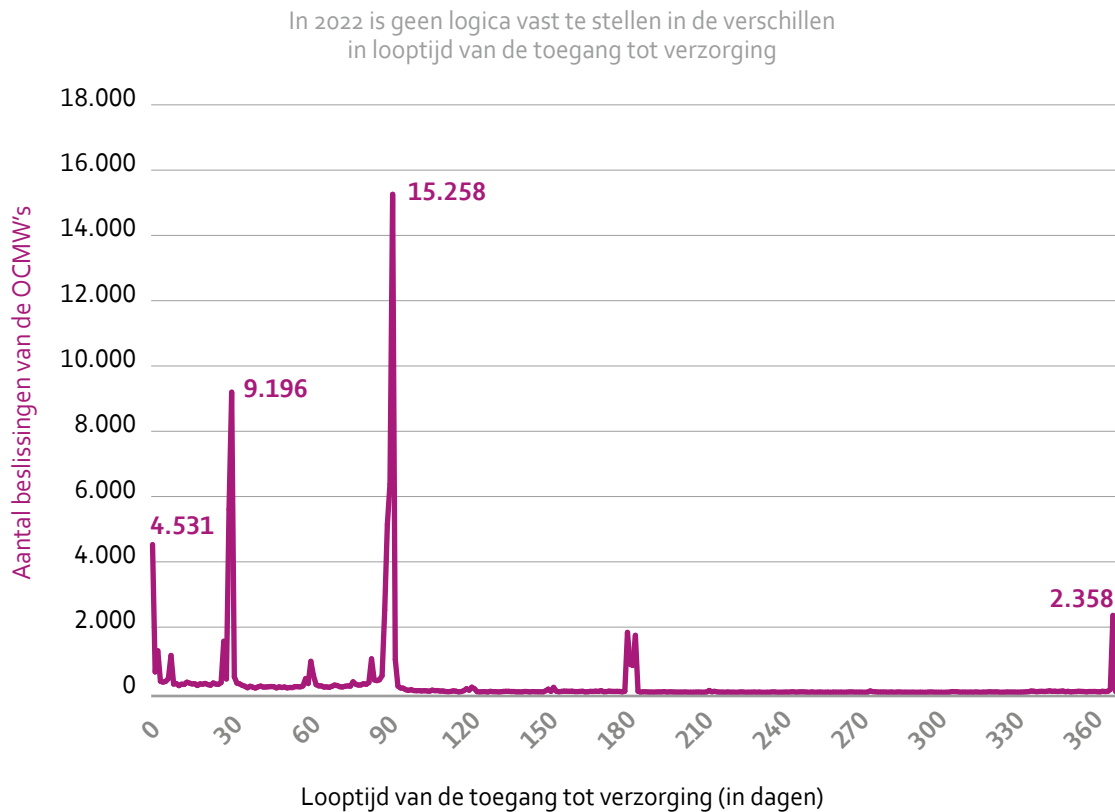
De wetgeving legt geen beperking op qua looptijd van de toegang tot de DMH. In de praktijk is de looptijd van een medische kaart in Mediprima echter beperkt tot 365 dagen.

In 2022 varieerde de looptijd van de medische kaarten in Mediprima van 1 tot 365 dagen (zie [figuur 2](#)). De kaarten dekten gemiddeld 82 dagen (met een mediaan van 87). Achter dat gemiddelde gaan grote verschillen schuil. Vijf procent van de kaarten (4.531 van de 89.051 kaarten) was één dag geldig, 24 % (21.466) dekte maximaal 30 dagen en 3 % (2.561 kaarten) tussen de 360 en de 365 dagen. Uit de analyse van de gegevens per OCMW blijkt dat een deel van de OCMW's een eigen regel volgen, waarbij hun kaarten altijd dezelfde looptijd dekken (één, drie of twaalf maanden bijvoorbeeld), terwijl de looptijd van de kaarten bij andere OCMW's verschilde naargelang van de begunstigden. Soms waren er ook verschillende medische kaarten met andere looptijden voor eenzelfde begunstigde.

Volgens dezelfde analyse van de gegevens kreeg iemand in een OCMW waar de looptijd van de medische kaarten sterk varieerde, 21 medische kaarten over een periode van meer dan 300 dagen. De kaarten volgden op elkaar zonder onderbreking qua datum, soms voor één of twee dagen. Bij datzelfde OCMW kreeg iemand anders zestien medische kaarten, waaronder dertien van twee dagen over een periode van elf maanden, met onderbrekingen tussen de kaarten.

De beslissing kan trouwens worden genomen met terugwerkende kracht (44,5 % van de medische kaarten startte vóór de datum van de beslissing), met onmiddellijke ingang (10,8 %) of met ingang in de toekomst (44,7 %).

Figuur 2 - Variabele looptijd van de toegang tot DMH-verzorging in 2022 (aantal beslissingen van de OCMW's en looptijd van de toegang tot verzorging, uitgedrukt in dagen)



Bron: POD Maatschappelijke Integratie

De looptijden lijken dus willekeurig te worden bepaald, wat impliceert dat de begunstigen niet op gelijke voet worden behandeld, afhankelijk van het OCMW of van de maatschappelijk werker onder wiens verantwoordelijkheid ze vallen.

Er zijn verschillende argumenten in te brengen tegen die voorafgaande beperking van de looptijd van de toegang tot verzorging. Zo moeten bepaalde besmettelijke ziektes zoals hiv of tuberculose worden behandeld over een lange periode en dient het nergens toe om een behandeling te starten als die na enkele weken moet worden stopgezet. In die gevallen brengt de beperking van de looptijd van de verzorging risico's mee voor de algehele bevolking. Een beslissing die beperkt wordt in de tijd, betekent voorts dat het OCMW vooraf de toegang tot verzorging heeft bepaald, terwijl het OCMW niet bevoegd is op het vlak van gezondheid. Een enkele medische kaart voor één jaar registreren is tot slot op administratief vlak eenvoudiger dan er verschillende te registreren.

Beperkte looptijd bij een eerste hoogdringende aanvraag

Uit de auditgesprekken kwam naar voren dat een kortstondige toegang tot verzorging in sommige gevallen gerechtvaardigd is, omdat het gaat om een aanvraag voor hoogdringende verzorging van een nieuwe begunstigde. In die situatie zouden sommige OCMW's snel een beslissing nemen nog vóór het sociaal onderzoek is afgerond, en beperken ze de looptijd van de medische kaart die dan enkel de benodigde verzorging dekt. Die reden rechtvaardigt niettemin enkel de eerste medische kaart van een begunstigde. Talrijke kaarten van korte duur zijn evenwel geen eerste kaarten, wat betekent dat het sociaal onderzoek dan al is afgerond.

Beperking van de looptijd uit vrees dat de persoon niet meer voldoet aan de voorwaarden voor DMH

Het regelmatig vernieuwen van de toegang tot verzorging zou voor sommige OCMW's een controlemiddel zijn om zich ervan te vergewissen dat de persoon geografisch in de buurt blijft.

Een andere reden waarom de OCMW's de looptijd van de toegang tot verzorging beperken, zou de vrees zijn dat ze voor elke andere hulp bevoegd worden verklaard: *“Wanneer een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een beslissing betreffende medische en farmaceutische hulp neemt overeenkomstig artikel 9ter, is het bevoegd om de nodige steun te verlenen tijdens de geldigheidsperiode van deze beslissing”*⁹⁹.

De looptijd van de verzorging op voorhand beperken, terwijl de persoon nog altijd voldoet aan de voorwaarden voor de DMH, bemoeilijkt het werk van de zorgverstrekkers, die moeten wachten tot het recht wordt vernieuwd alvorens een behandeling op te starten of voort te zetten. Het maakt de administratie ook ingewikkeld voor het OCMW, voor de zorgverstrekkers en voor de begunstigden.

Procedure om de beslissing te vernieuwen

De procedure om de toegang tot verzorging te vernieuwen, verschilt van OCMW tot OCMW. Als de vernieuwing niet automatisch gebeurt in een OCMW, moet de begunstigde opnieuw een aanvraag indienen, wat tijd kan kosten en zijn verzorging kan onderbreken.

De voorafgaande beperking van de toegang tot verzorging valt mogelijk te verklaren door de noodzaak om het sociaal onderzoek opnieuw uit te voeren, terwijl het omgekeerde beter beantwoordt aan de geest van de wet: toegang tot verzorging waarvan de looptijd niet op voorhand wordt beperkt, maar die stopt zodra het sociaal onderzoek besluit dat de persoon niet meer voldoet aan de voorwaarden. In de praktijk vermindert die tweede aanpak de administratieve beslommingen, omdat voor een begunstigde slechts één beslissing moet worden genomen en geregistreerd. De controle van de voorwaarden waaraan de begunstigde moet voldoen, vermindert niet, aangezien het OCMW elke drie maanden (zie [punt 3.3.3](#)) moet nagaan of de begunstigde nog altijd beantwoordt aan de voorwaarden voor de DMH. Het OCMW moet niet na elke controle een nieuwe beslissing nemen, tenzij uit de controle blijkt dat de begunstigde niet meer aan de voorwaarden voldoet.

Aanbeveling 5

De toegang tot verzorging toekennen voor onbepaalde duur en om de drie maanden controleren of de begunstigde nog altijd voldoet aan de voorwaarden voor DMH

Aanbeveling 6

In de registratiesystemen de mogelijkheid schrappen om de looptijd van de toegang tot verzorging te beperken

⁹⁹ Artikel 2, § 9, van de wet van 2 april 1965.

3.4.3.2 Principiële beslissing in Mediprima

In 2022 waren de medische kaarten in Mediprima in 16 % van de gevallen ‘principiële beslissingen’, omdat het om positieve beslissingen gaat waarin geen sprake was van toegang tot verzorging. Volgens de auditinterviews kan een principiële beslissing bedoeld zijn om een beslissing te nemen binnen de maand na de aanvraag om de wettelijke termijn na te leven (zie [punt 3.4.1](#)) of om terugbetaald te worden door de POD MI in het geval dat het OCMW ermee akkoord gaat de zorg te dekken (zie [punt 3.4.2](#)), maar zonder het OCMW ertoe te verbinden kosten ten laste te nemen als het sociaal onderzoek niet is afgerond. De POD MI vermeldt die mogelijkheid¹⁰⁰.

In 2022 had 50 % van de 4.592 begunstigden die een principiële beslissing hadden gekregen, d.w.z. een medische kaart zonder dekking, in hetzelfde jaar al een medische kaart met dekking gekregen, wat wil zeggen dat het sociaal onderzoek al een positief resultaat had opgeleverd. De begunstigden worden dus benadeeld, want de toegang tot verzorging wordt hen zonder reden ontczegd.

Die principiële beslissingen stroken overigens niet met de wet aangezien er in de praktijk geen beslissing is. Die werkwijze zou in Mediprima verboden moeten worden.

Aanbeveling 7

In de registratiesystemen de mogelijkheid schrappen om een principiële beslissing aan te maken, d.w.z. een positieve beslissing die niet voorziet in toegang tot verzorging

3.4.3.3 Beperking qua keuze van zorgverstrekker

Een OCMW kan in Mediprima toegang verlenen tot zorgverstrekkers, zonder daarbij zorgverstrekkers in het bijzonder te selecteren. Toch beperken sommige OCMW's de zorgverstrekkers bij wie de begunstigde terecht kan. Een zorgverstrekker die niet in de beslissing van het OCMW is opgenomen en die een DMH-begunstigde ontvangt, zal bijgevolg niet worden betaald als hij die persoon verzorgt. In de praktijk wordt de vrije keuze van zorgverstrekker aan banden gelegd als een OCMW slechts toegang verleent tot bepaalde zorgverstrekkers.

Om bij de toegelaten DMH-zorgverstrekkers te worden opgenomen, moet een zorgverstrekker bij het OCMW een aanvraag indienen. Dat leidt voor de zorgverstrekker en voor het OCMW tot meer administratieve rompslomp die kan leiden tot vertraging bij het aanpakken van de gezondheidsproblemen van de patiënt. Als het OCMW weigert de zorgverstrekker toe te voegen, zal die bovendien niet worden betaald.

Die beperking van de vrije keuze van de patiënt is in strijd met de wet die de rechten van de patiënt vastlegt¹⁰¹ en met de organieke wet betreffende de OCMW's¹⁰². Alleen een wet kan uitzonderingen op dit principe bepalen. Er zijn trouwens OCMW's veroordeeld tot het ten laste nemen van de verzorging die werd toegediend door zorgverstrekkers die ze hadden uitgesloten van DMH, zoals wordt bevestigd door de bezochte ziekenhuizen en de geraadpleegde rechtspraak¹⁰³.

¹⁰⁰ POD Maatschappelijke Integratie, *Mediprima. Handleiding bestemd voor de OCMW's en de zorgverstrekkers*, op. cit, p. 26.

¹⁰¹ Artikel 6 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

¹⁰² Artikel 61 van de wet van 8 juli 1976.

¹⁰³ • Arbeidshof van Luik, afdeling Namen, kamer 6-A, arrest van 29 juni, rol nr. 2021/AN/15, p. 7, www.terralaboris.be.

• Arbeidshof van Brussel, 8e kamer, arrest van 25 maart 2021, rol nr. 2019/AB/560 – 2020/AB/330, www.terralaboris.be.

Beperking qua keuze van ziekenhuis in Mediprima

Volgens de gegevens van Mediprima in 2022 heeft 8 % van de OCMW's (soms of altijd) de ziekenhuizen beperkt waar een begunstigde terecht kon. Het gaat om 34 van de 446 OCMW's die een beslissing in Mediprima hebben geregistreerd. Dat zijn er niet veel, maar ze tellen wel heel wat begunstigden. Bijgevolg beperkte 43 % van de medische kaarten in 2022 de ziekenhuizen waar de begunstigden zich konden laten verzorgen. Wanneer er sprake was van een beperking, schommelde het aantal geselecteerde ziekenhuizen (tussen één en negentien) naargelang van de begunstigden in eenzelfde OCMW en soms naargelang van de medische kaarten voor eenzelfde begunstigde.

Beperking qua keuze van huisarts in Mediprima

In Mediprima liet 77 % van de medische kaarten geen enkele van de in het systeem ingeschreven huisartsen toe om een begunstigde in het kader van de DMH te verzorgen (zie [punt 1.1.4](#)). De betrokken begunstigden konden via Novaprima een huisarts raadplegen, maar die mogelijkheid is geen verantwoording voor de weigering van het OCMW om de verzorging door in Mediprima ingeschreven huisartsen ten laste te nemen. Bij 1,5 % van de medische kaarten kon de begunstigde trouwens slechts bepaalde in Mediprima ingeschreven huisartsen (tussen één en elf) raadplegen. Slechts 21,5 % van de medische kaarten liet toe alle in Mediprima ingeschreven huisartsen te raadplegen.

Voor het beheer van de uitgaven voor geneeskundige verzorging is het niet erg efficiënt iemand te beletten zelf een huisarts te kiezen. Die beperking van de keuze voor een arts, gekoppeld aan het gebrek aan zorgverstrekkers en aan de terughoudendheid van sommigen onder hen om DMH-begunstigden te behandelen, zouden ertoe kunnen leiden dat een patiënt rechtstreeks naar de spoeddienst van een ziekenhuis gaat, in plaats van te lang te moeten wachten op een afspraak. Uit studies blijkt echter dat een patiënt, wanneer die te snel naar het ziekenhuis wordt doorverwezen, het risico loopt nutteloze onderzoeken of potentieel schadelijke operaties te ondergaan die vermeden hadden kunnen worden¹⁰⁴.

Beperking tot de zorgverstrekkers die een overeenkomst met het OCMW hebben ondertekend

In het Brussels Hoofdstedelijk Gewest beperken bepaalde OCMW's de keuze van de zorgverstrekkers tot diegenen met wie ze een overeenkomst hebben gesloten. In die overeenkomsten kan de beperking van de vrije keuze gelden voor verschillende soorten zorgverstrekkers (artsen, apothekers, ziekenhuizen of zelfs centra voor gezinsplanning). Die overeenkomsten die de zorgverstrekkers beperken, zijn in strijd met de wet, omdat ze de patiënten belemmeren in hun vrije keuze¹⁰⁵. Bovendien leiden ze tot nutteloze administratieve rompslomp voor de zorgverstrekkers die geen overeenkomst hebben ondertekend en kunnen ze de toegang tot verzorging voor de begunstigden beperken.

De beperkingen van zorgverstrekkers kunnen niet worden verklaard door financiële overwegingen. Ongeacht of ziekenhuizen een publiek of privaat statuut hebben (bijvoorbeeld als vzw), hebben ze allemaal een opdracht van algemeen belang, ontvangen ze dezelfde overheidssubsidies, zijn ze onderworpen aan dezelfde tariefregels en vragen ze allemaal ereloonsupplementen¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OESO, Parijs, 2017, www.oecd.org.

¹⁰⁵ Arbeidshof van Luik, afdeling Namen, arrest van 10 september 2013, rol nr. 2012/AN/220, www.juportal.be.

¹⁰⁶ Artikelen 1 en 2 van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen.

Sommige openbare ziekenhuizen hanteren trouwens hogere supplementen dan privéziekenhuizen (volgens de lijst van ereloonsupplementen die het Intermutualistisch Agentschap publiceert)¹⁰⁷. Volgens de gegevens van Mediprima geven de OCMW's die de ziekenhuiskeuze beperken geen toegang tot alle openbare ziekenhuizen, maar slechts tot enkele (soms slechts één). Sommige selecteren ook privéziekenhuizen. Toch maken de meeste OCMW's (92 % in 2022 volgens Mediprima) geen selectie op het vlak van ziekenhuizen.

Gevolgen van de beperking van de keuze qua zorgverstrekker

De beperking van de keuze qua zorgverstrekker brengt ook een risico op inmenging in het medisch geheim mee. Als iemand verzorging nodig heeft bij een specifieke zorgverstrekker, moet hij immers aan het OCMW vragen om toegang te krijgen tot die zorgverstrekker en moet hij daarvoor soms bewijsstukken als rechtvaardiging voorleggen.

Die praktijk heeft bovendien gevolgen voor de geselecteerde ziekenhuizen. Bij bepaalde OCMW's wordt eenzelfde ziekenhuis geselecteerd voor elke medische kaart (soms als enige ziekenhuis), wat een toestroom van patiënten in dat ziekenhuis kan teweegbrengen. Zo werd in Mediprima in 2022 een als publiekrechtelijke vereniging opgericht ziekenhuis als enige ziekenhuis geselecteerd voor 7.714 medische kaarten van het OCMW, dat een van de oprichters van de vereniging is. Het ging om 4.143 patiënten, d.i. 12 % van de begunstigten. Volgens de bezochte ziekenhuizen doet de behandeling van die patiënten medische, administratieve en financiële problemen rijzen, ook als ze reeds toegang hebben tot DMH (zie punten 3.4.3.1, 3.4.3.4 en 3.5.1).

De basisoptie in Mediprima is dat geen enkele specifieke zorgverstrekker wordt geselecteerd. Als men wél een selectie wil maken, moeten de ziekenhuizen of de artsen één voor één geselecteerd worden via hun RIZIV-code, en dat voor elke medische kaart. Volgens de gegevens van Mediprima heeft één OCMW in 2022 142.000 ziekenhuisselecties uitgevoerd, wat over een heel jaar heel wat werk vertegenwoordigt. Die administratieve werklast werd nog verergerd door het beheer van de aanvragen van zorgverstrekkers die de patiënt wensen te behandelen. Men moet ook het tijdverlies en de geldverspilling in rekening brengen die samenhangen met eventuele bezwaarschriften bij justitie. De POD MI beveelt trouwens aan om geen zorgverstrekkers te selecteren, wat eenvoudiger is¹⁰⁸.

Wat er ook aan de basis mag liggen van de beperkingen van de keuze qua zorgverstrekker, ze kunnen niet worden verklaard door de zorgnoden, aangezien het de OCMW's zijn die beslissen, terwijl ze op het vlak van gezondheidszorg niet bevoegd zijn¹⁰⁹.

Aanbeveling 8

In de registratiesystemen automatisch toegang tot alle zorgverstrekkers voorstellen

¹⁰⁷ Intermutualistisch Agentschap (IMA), *Klassieke verblijven met supplementen – ereloonsupplementen (%) – Ziekenhuizen (2021)*, database geraadpleegd op 14 februari 2024, www.aim-ima.be.

¹⁰⁸ POD Maatschappelijke integratie, *De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995*. Informatiedocument, op. cit, p. 28.

¹⁰⁹ Arbeidshof van Luik, afdeling Namen, arrest van 10 september 2013, rol nr. 2012/AN/220, www.juportal.be.

3.4.3.4 Beperking van de verzorging

OCMW's hebben een grote vrijheid om zelf de toegang tot verzorging te beperken. Voor een welbepaald aspect hebben de OCMW's echter geen keuze: wanneer in Mediprima een ziekenhuisdekking is bepaald, geldt die zowel voor ziekenhuisopnames als voor ambulante zorg in de ziekenhuizen die in de beslissing zijn opgelijst. Daarop is geen uitzondering: die parameter is automatisch en verplicht, en vergemakkelijkt het werk van de ziekenhuizen, die de OCMW's niet meer moeten contacteren om te vragen om het recht op ambulante zorg of verzorging in het ziekenhuis te openen als slechts één van die soorten verzorging was geselecteerd.

Beperking tot verzorging die de POD MI terugbetaalt

In het kader van de maatschappelijke bijstand is het de opdracht van het OCMW om onbemiddelde personen de middelen te geven om een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid¹¹⁰. Aangezien de DMH deel uitmaakt van die maatschappelijke bijstand, streeft het OCMW hetzelfde doel na door de nodige verzorging voor een begunstigde ten laste te nemen¹¹¹. Aangezien de wet van 1965 de terugbetalingen door de POD MI beperkt tot de verzorging die in de nomenclatuur is opgenomen, moet het OCMW de noodzakelijke verzorging ten laste nemen die buiten de nomenclatuur valt¹¹². Die beperking van de terugbetalingen door de POD MI zou bepaalde OCMW's ertoe aanzetten om verzorging buiten de nomenclatuur (geheel of gedeeltelijk) te weigeren, ook al acht een arts die noodzakelijk, zoals tandprotheses, een bril, stomazakjes of krukken.

Gevolgen van de beperking van de verzorging voor de patiënt

De zorgverstrekkers worden beperkt in de verzorging die ze kunnen verstrekken of voorschrijven, onder meer voor niet-terugbetaalde geneesmiddelen en niet in de nomenclatuur opgenomen thuisverzorging. Die laatste verzorging kan nochtans noodzakelijk zijn als de persoon niet meer zelfstandig is (bij een amputatie bijvoorbeeld of na bepaalde operaties). Die beperkingen hebben dus negatieve gevolgen voor de patiënten van wie de gezondheidstoestand kan verslechteren, wat kan leiden tot een bezoek aan de spoedafdeling en tot een nieuwe ziekenhuisopname. Een ziekenhuis vermeldt in dat verband het voorbeeld van een gebrek aan opvolging na een bevalling, dat een nieuwe ziekenhuisopname voor de moeder of de pasgeborene tot gevolg kan hebben.

De ziekenhuizen die het Rekenhof tijdens de audit heeft bezocht, gaven nog andere voorbeelden waaruit blijkt dat de weigering om thuisverzorging (of verzorging in een revalidatiecentrum na een ziekenhuisopname) ten laste te nemen, de duur van ziekenhuisopnames kan verlengen of de gezondheidsproblemen van de patiënt kan verergeren (en zelfs tot de dood kan leiden). Als een ziekenhuisopname langer uitloopt door een weigering om materiaal aan te kopen of door een verblijf in een revalidatiecentrum te weigeren, lopen de uiteindelijke kosten op voor de POD MI (zie [punt 2.3.3](#)). Materiaal en een verblijf in een revalidatiecentrum (volgens een ziekenhuis zou dat 150 euro per dag kosten) zijn immers beduidend minder duur dan een dag in het ziekenhuis (tot 1.000 euro per dag).

¹¹⁰ Artikel 1 van de wet van 8 juli 1976.

¹¹¹ • Artikel 1 en artikel 57, § 2, 1^o, van de wet van 8 juli 1976.

• Hof van Cassatie van België, 3^e kamer, arrest nr. [S.18.0004.N](#) van 5 november 2018, www.juportal.be.

¹¹² Artikel 11, § 1, van de wet van 2 april 1965.

Ongelijke behandeling van de begunstigden

De vrijheid die OCMW's hebben als het gaat om verzorging en zorgverstrekkers leidt tot grote verschillen in de toegekende verzorging die niet worden gerechtvaardigd door de zorgnoden, doet complicaties ontstaan voor de zorgverstrekkers en leidt bovendien tot een ongelijke behandeling van de begunstigden. Een ziekenhuis dat het Rekenhof heeft bezocht, stelt vast dat zijn patiënten, naargelang van het OCMW waarvan ze afhangen, toegang hebben tot verschillende verzorging voor eenzelfde gezondheidsprobleem. Patiënten worden dus gediscrimineerd naargelang van de gemeente waaruit ze afkomstig zijn.

Inmenging in het medisch geheim

Doordat de OCMW's beperkingen voor de verzorging opleggen, zijn de begunstigden of de zorgverstrekkers verplicht bepaalde noodzakelijke verzorging expliciet aan te vragen en te verantwoorden. Die aanvraag en het onderzoek daarvan door de OCMW's brengen het medisch geheim en de privacy van de begunstigde in het gedrang.

Rechtspraak

Zoals in verschillende beslissingen van hoven en rechtbanken wordt vermeld, “*mag het al dan niet terugbetalen van de medische kosten door de POD Maatschappelijke Integratie niet als motivatie gebruikt worden om de medische kosten al dan niet ten laste te nemen*”¹¹³ en in de regel wordt aan de toekenning van maatschappelijke hulp geen andere voorwaarde gekoppeld dan de noodzaak om een menswaardig leven te leiden. De budgettaire imperatieven van de OCMW's of de nadere regels op basis waarvan ze de maatschappelijke hulp terugbetaald krijgen, zijn bijvoorbeeld elementen die niet relevant zijn om het recht van de aanvrager op maatschappelijke hulp te beoordelen¹¹⁴. Diezelfde argumentatie is ook in andere vonnissen terug te vinden¹¹⁵.

De POD MI controleert bovendien niet de motivering van de weigering van verzorging door OCMW's en de wet voorziet niet in sancties.

Gevolgen voor de OCMW's

Die beperkingen van de toegekende verzorging maken de DMH-procedure ingewikkeld voor de OCMW's zelf. De requisitoirs voor specifieke verzorging zijn immers een extra administratieve belasting, net zoals de bezwaarschriften die bij justitie worden ingediend tegen hun beslissingen.

Aanbeveling 9

In de registratiesystemen automatisch toegang verlenen tot alle verzorging die wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, volgens dezelfde criteria als voor de patiënten die van dat stelsel afhangen

¹¹³ Volgens een arrest van het arbeidshof van Gent van 14 maart 2005, geciteerd in: POD Maatschappelijke integratie, *De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995*. Informatiedocument, op. cit, p. 6.

¹¹⁴ Arbeidshof van Luik, arrest van 29 juni 2021 (eigen vertaling), rol nr. 2021/AN/15, www.terralaboris.be.

¹¹⁵ Arbeidsrechtbank van Waals-Brabant, afdeling Nijvel, 3e kamer, vonnis van 12 oktober 2021, rol nr. 20/437/A.

Het is weliswaar begrijpelijk dat een OCMW geen verzorging ten laste neemt die buiten de nomenclatuur valt en zeer duur is voor zijn begroting (zoals innoverende geneesmiddelen), maar de geciteerde voorbeelden hadden betrekking op verzorging die minder kost dan de ziekenhuisopname van een patiënt (zie [punt 4.3.5](#)).

3.4.3.5 Geen uniforme toegang tot verzorging

De FOD Volksgezondheid publiceerde in 2020 het rapport *Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden* van de EtHealth-expertengroep. De prioritaire aanbeveling van het rapport bestaat erin de DMH-procedures te vereenvoudigen en te standaardiseren door zich te baseren op de vaststellingen van het KCE¹¹⁶. Het gebrek aan standaardisering van de toegang tot verzorging in het kader van de DMH:

- zorgt ervoor dat de gezondheidsproblemen van de begunstigden niet op adequate wijze ten laste worden genomen;
- strookt niet met de wet;
- waarborgt geen gelijke behandeling van de begunstigden;
- neemt hun privacy en het medisch geheim niet in acht.

OCMW's die de toegang tot verzorging voor hun begunstigden standaardiseren zonder de zorgverstrekkers en de verzorging in de nomenclatuur te beperken, verlichten bovendien hun administratieve taken.

3.4.4 Weigering van DMH

Er bestaat geen gecentraliseerde informatie over de weigeringen en de redenen daarvoor. Enkel de bezwaarschriften bij justitie verstrekken hierover informatie (zie [punt 3.7](#)). Volgens de auditintervIEWS zouden bepaalde OCMW's zich door administratieve en financiële moeilijkheden met betrekking tot de DMH genoodzaakt zien om DMH ten onrechte te weigeren om de werklast in verband met het sociaal onderzoek, de ten laste te nemen kosten en de eventuele kosten van beroepsprocedures te vermijden.

De POD MI controleert niet of de weigeringsbeslissingen wettig zijn (zie [punt 4.3.2](#)).

3.4.5 Mededeling van de beslissing aan de begunstigde

Het OCMW moet zijn beslissing aan de begunstigde meedelen via een document waarin een aantal zaken, zoals de beroepsmogelijkheden, verplicht vermeld moeten worden¹¹⁷.

De OCMW's leveren trouwens vaak een ander document af dat de begunstigde aan de zorgverstrekker kan tonen om hem te informeren over de manier waarop het OCMW de zorg ten laste neemt. Dat document wordt niet gespecificeerd in de wetgeving. De OCMW's verstrekken de begunstigde dus documenten die verschillen qua vorm (A4-document of geplastificeerd kaartje), qua benaming (medische kaart, gezondheidskaart, requisitoir, attest of informatiedocument) en qua inhoud (bijvoorbeeld wat de gedekte verzorging betreft).

¹¹⁶ FOD Volksgezondheid, Isabelle Coune, Marie Dauvrin & Hans Verrept, *EtHealth rapport 2020. Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Toelichting*, Brussel, 2020, 54 p., www.health.belgium.be.

¹¹⁷ Artikel 62bis van de wet van 8 juli 1976.

Omwillen van de algemene leesbaarheid en om identiteitsfraude te voorkomen, zou het beter zijn dat alle begunstigden naast het document met de voorwaarden van de beslissing, ook een voorlopige kaart zouden ontvangen, op basis van een standaardmodel, met hun foto erop.

Aanbeveling 10

Een gestandaardiseerd document opstellen waarmee de begunstigde duidelijk aan de zorgverstrekker kan laten weten dat het OCMW heeft beslist de zorg ten laste te nemen en waarmee de zorgverstrekker de identiteit van de begunstigde kan controleren aan de hand van een foto

3.5 Aanvraag voor verzorging door een begunstigde bij een zorgverstrekker

3.5.1 Toegankelijkheid van de zorgverstrekkers

Volgens de auditinterviews kan het voor een begunstigde moeilijk zijn om een zorgverstrekker te vinden, zelfs als die gemachtigd is om de begunstigde te behandelen in het kader van de DMH, omdat artsen, wijkgezondheidscentra, ziekenhuizen en apothekers zouden weigeren de zorg voor DMH-begunstigden op te nemen. Daarvoor worden verschillende redenen aangehaald:

- de hoge werklust van zorgverstrekkers;
- de moeilijkheden die samenhangen met het feit dat de begunstigden de landstalen niet beheersen;
- de administratieve rompslomp van de DMH-procedures;
- de onmogelijkheid om ereloonsupplementen te vragen;
- de vrees om niet betaald te worden.

Het Mediprima-systeem veralgemenen zou een manier kunnen zijn om zorgverstrekkers minder terughoudend te maken. Dat systeem vermindert immers de administratieve werklust met betrekking tot de DMH, omdat zorgverstrekkers eenvoudig kunnen controleren of een patiënt toegang heeft tot DMH (zie [punt 3.5.2.2](#)), omdat het systeem een betalingsgarantie omvat (zie [punt 3.5.2.2](#)), en omdat het de facturatie vereenvoudigt en de betaling versnelt (zie [punt 3.6.2](#)).

3.5.2 Aanvraag voor verzorging door een patiënt die al bij het OCMW is ingeschreven

Als iemand al toegang heeft tot DMH op het moment dat hij bij een zorgverstrekker langsgaat, kan die laatste op verschillende manieren controleren of de verstrekte verzorging zal worden betaald.

3.5.2.1 In Novaprima

Als de zorgverstrekker geen toegang heeft tot Mediprima, moet hij het document raadplegen dat het OCMW aan de patiënt heeft gegeven, of bij het betrokken OCMW navragen of hij door het OCMW betaald zal worden voor de verzorging die hij de patiënt zal toedienen. Het Novaprima-systeem, dat minder geautomatiseerd is en tijdrovender is voor de OCMW's, biedt de zorgverstrekkers minder waarborgen voor de betaling van de verzorging dan Mediprima.

3.5.2.2 In Mediprima

Als de beslissing van het OCMW in Mediprima is geregistreerd en de zorgverstrekker toegang heeft tot Mediprima, kan de zorgverstrekker tegelijk controleren of zijn patiënt toegang heeft tot verzorging in het kader van de DMH en of het OCMW de toegediende zorg ten laste zal nemen. Volgens de uitleg van een ziekenhuis checkt een medewerker van de sociale dienst van het ziekenhuis of er een Mediprima-lijn is voor de patiënt, of de datums van de beslissing overeenstemmen met de datum van de (verstrekke of te verstrekken) verzorging en of het ziekenhuis behoort tot de ziekenhuizen die de persoon mogen verzorgen.

Als aan die voorwaarden voldaan is, is de zorgverstrekker zeker dat hij de toegediende verzorging kan factureren. Mediprima impliceert immers een betalingsgarantie (binnen een bepaalde termijn) om zorgverstrekkers zekerheid te bieden. Dat systeem is veiliger en eenvoudiger voor de zorgverstrekker die er toegang toe heeft dan het oude Novaprima-systeem. De POD MI, de zorgverstrekkers en de OCMW's die het Rekenhof heeft ontmoet vragen trouwens allemaal om het gebruik van Mediprima te veralgemenen.

3.6 Betaling van facturen van zorgverstrekkers door de OCMW's

3.6.1 Via Novaprima

Het OCMW ontvangt, controleert en betaalt zelf de facturen in verband met geneeskundige verzorging in Novaprima. Het internebeheersysteem van elk OCMW bepaalt de kwaliteit van de controle.

Als de zorgverstrekker niet is ingeschreven in Mediprima of als hij verzorging buiten de nomenclatuur moet factureren, moet hij zijn facturen aan het OCMW toesturen via een niet-geautomatiseerde procedure die kan verschillen naargelang van het OCMW. Voor maatschappelijk werkers die niet zijn opgeleid om RIZIV-codes te interpreteren is het bijzonder ingewikkeld om facturen van zorgverstrekkers te controleren. Bovendien kan die procedure tot vertragingen bij de betaling leiden.

Om die facturen terugbetaald te krijgen, moet het OCMW elke maand en voor elke begunstigde een formulier invullen en langs elektronische weg naar de POD MI sturen waarop de bedragen vermeld zijn van de verzorging die in de nomenclatuur is opgenomen. Als er voor eenzelfde maand verschillende facturen zijn voor een begunstigde, moet het OCMW ze optellen en op één enkel formulier vermelden. Om een factuur in te dienen die laattijdig is ontvangen, moet het OCMW het overeenstemmende formulier opnieuw openen, verbeteren en nogmaals naar de POD MI versturen. In Novaprima gebeurt geen coherentiecontrole op die gegevens en kan de inspectie van de POD MI de factuurbedragen pas achteraf controleren. Dat is dus een weinig efficiënte procedure die overigens risico's op fouten inhoudt. Zo kunnen er registratiefouten zijn bij de factuurdatum, kunnen kosten dubbel worden geteld, kunnen facturen verloren gaan of kan een beslissing worden geregistreerd buiten de wettelijke termijn van 45 dagen na de verzorging (zie [punt 3.4.2](#)).

Die procedure is administratief erg belastend voor de OCMW's.

3.6.2 Via Mediprima

Als de zorgverstrekker is ingeschreven in Mediprima, is de procedure veel eenvoudiger. Hij stuurt zijn facturen elektronisch door aan de HZIV via zijn facturatieprogramma. De facturen worden automatisch gecontroleerd en betaald. De controle slaat onder meer op de geldigheid van de tenlasteneming door het OCMW en de naleving van de regels van het systeem van ziekte- en invaliditeitsverzekering (verzorging in de nomenclatuur, RIZIV-code van de zorgverstrekkers enz.). Het systeem weigert sommige onregelmatige facturen. In dat geval kunnen zorgverstrekkers hun factuur corrigeren en opnieuw aanbieden. Mediprima betekent tijdwinst voor die zorgverstrekkers en waarborgt hun een snelle betaling.

Omdat de OCMW's geen rol spelen in dat facturatieproces, heeft Mediprima hun werk duidelijk vereenvoudigd. De OCMW's wachten dus op een veralgemeend gebruik van het systeem.

Het niet veralgemenen van Mediprima leidt tot een verspilling van middelen voor de OCMW's en voor de POD MI die nog een deel van de facturen in Novaprima beheert.

Aanbeveling 11

Mediprima uitbreiden door:

- het systeem voortaan te veralgemenen voor alle artsen (huisartsen en specialisten) en apothekers
- het systeem versneld in te voeren voor de andere zorgverstrekkers

3.6.3 Attest van dringende medische hulp

Voor alle verstrekte verzorging moet een arts of tandarts een DMH-attest opstellen, zodat de POD MI die verzorging kan terugbetalen¹¹⁸.

De wet voorziet niet in een specifiek model van DMH-attest. Nochtans zouden sommige OCMW's eisen dat gewerkt wordt met het modelattest dat zij hebben aangemaakt en weigeren ze andere attesten. Sommige OCMW-attesten bevatten vragen over de verstrekte zorg die het medisch geheim schenden. Die werkwijze veroorzaakt bovendien administratieve rompslomp voor de zorgverstrekkers en voor de begunstigden.

Om die problemen op te lossen, heeft de POD MI een standaard modelattest opgesteld. Dat model is echter enkel verplicht voor zorg die gefactureerd wordt in Mediprima¹¹⁹. In dat kader kunnen de zorgverstrekkers het attest ook elektronisch invullen. Volgens het Informatieveiligheidscomité (IVC) vermeldt dat elektronische attest “*enkel administratieve/boekhoudkundige persoonsgegevens (de identiteit van de patiënt en van de zorgverstrekker, het soort prestatie en de geldigheidsduur)*”. Het IVC heeft dus toestemming gegeven voor de gegevensuitwisseling via het elektronische modelattest¹²⁰.

¹¹⁸ Koninklijk besluit van 12 december 1996.

¹¹⁹ • POD MI, *Attest dringende medische hulp voor een vreemdeling zonder wettig verblijf*, Brussel, 2025, www.mi-is.be.

• Omzendbrief aan de ziekenhuizen van 23 maart 2015. Project Mediprima - dringende medische hulp.

¹²⁰ Informatieveiligheidscomité, *Beraadslaging nr. 12/021 van 6 maart 2012, gewijzigd op 8 mei 2018 en op 5 mei 2020, met betrekking tot de mededeling van persoonsgegevens in het kader van de elektronische beslissing van tenlasteneming van de zorg door het OCMW (Mediprima)*, 2020, gedownload op 17 maart 2025, 15 p., www.ksz-bcss.fgov.be.

Dat DMH-attest is pas nodig bij de facturatie en het waarborgt dat de verzorging onder medische controle wordt verstrekt (in de praktijk door een arts of tandarts). Nochtans betaalt de POD MI enkel de verzorging terug die is opgenomen in de nomenclatuur van de verzorging die de verplichte verzekering gezondheidszorg terugbetaalt, en voor die verzorging is al een medisch attest nodig. Het DMH-attest biedt dus geen enkele meerwaarde ten opzichte van dat algemeen medisch attest.

Aanbeveling 12

Het attest van dringende medische hulp afschaffen

3.6.4 Het begrip dringendheid

De definitie van DMH leidt tot enige verwarring (zie [punt 1.1.2](#)). Zo zouden sommige artsen weigeren om verzorging te verstrekken, tenzij het om levensbedreigende situaties gaat.

Om te vermijden dat noodzakelijke verzorging wordt geweigerd, zou het beter zijn om te spreken van ‘medische basishulp’ om naar dit type van verzorging te verwijzen.

Aanbeveling 13

In de reglementaire teksten de formulering ‘dringende medische hulp’ vervangen door ‘medische basishulp’ die alle verzorging omvat die wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

3.7 Beroep bij het gerecht tegen de beslissing van een OCMW

De vijf ziekenhuizen die het Rekenhof heeft bezocht, hebben verklaard dat de onbetaalde facturen zich opstapelen. Het gaat om facturen voor begunstigden die aan de DMH-voorwaarden zouden voldoen, maar die blijven openstaan omdat de OCMW's weigeren ze ten laste te nemen. Om zeker te zijn dat hun facturen betaald worden, hebben vier ziekenhuizen een cel opgericht die gespecialiseerd is in verzekerbaarheidsproblemen. Die cel zoekt naar oplossingen om ervoor te zorgen dat de kosten van niet-verzekerbare patiënten ten laste worden genomen. De cel voert met de instemming van de patiënt en zijn handtekening (als hij in staat is om die te geven) een onderzoek uit en maakt het gemakkelijker om DMH bij het OCMW te verkrijgen (soms door naar de rechtbank te stappen).

Drie ziekenhuizen geven een idee van de bedragen waar het om gaat:

- Het eerste ziekenhuis heeft in twee maanden tijd voor 300.000 euro aan onbetaalde facturen verzameld voor drie of vier patiënten.
- Het tweede schat de onbetaalde facturen in het kader van de DMH op minstens 1 miljoen euro per jaar.
- Het derde geeft voorbeelden van recente onbetaalde facturen: 150.000 euro (voor een behandeling op intensieve zorg met revalidatie) of 100.000 euro (voor kankerbehandelingen).

De weigering van de OCMW's heeft dus belangrijke financiële gevolgen voor de ziekenhuizen¹²¹. Dat zou ziekenhuizen ertoe kunnen aanzetten hun ereloonsupplementen te verhogen, omdat ze op die manier hun financieringsproblemen kunnen afwentelen op de reguliere patiënten (en hun verzekeringen)¹²². In het geval van ziekenhuizen met een openbaar statuut, nemen het OCMW zelf en de gemeente uiteindelijk die bedragen op zich als het ziekenhuis in moeilijkheden verkeert.

De wet voorziet in een beroepsmogelijkheid bij de arbeidsrechtbank tegen een beslissing of het uitblijven van een beslissing van een OCMW. Dat beroep moet worden ingediend binnen drie maanden na de datum van kennisgeving van de beslissing of de datum van het ontvangstbewijs¹²³.

Van de vijf ziekenhuizen die het Rekenhof heeft bezocht, hebben er drie regelmatig een beroepsprocedure aangespannen tegen een OCMW om hun facturen betaald te krijgen. Hoewel de drie betrokken ziekenhuizen regelmatig beroep aantekenen, doen ze dat enkel als de financiële inzet groot is. Ze nemen dus een deel van de onbetaalde facturen op zich.

Verskillende beslissingen hebben OCMW's veroordeeld omdat ze de toegang tot verzorging in het kader van de DMH weigerden op basis van voorwaarden die niet in de wet van 1976 vermeld zijn. Het gaat onder meer om eisen in verband met het uitvoeren van een sociaal onderzoek (zie [punt 3.3.1](#)) of de minimumduur van het verblijf (zie [punt 3.3.2.2](#)). In Brussel vocht een ziekenhuis regelmatig beslissingen tot weigering aan van OCMW's die vonden dat het sociaal onderzoek niet uit te voeren was voor gehospitaliseerde personen. Het Hof van Cassatie heeft voor recht verklaard dat een OCMW in dringende gevallen kan tussenkomen zonder voorafgaand sociaal onderzoek (enkel voor terugbetalingen door de POD MI moet vooraf een sociaal onderzoek worden uitgevoerd op basis van de wet van 1965)¹²⁴ (zie [punt 3.2](#)).

De ziekenhuizen en hulpverenigingen zetten heel wat maatschappelijk assistenten in om de DMH-dossiers te beheren. Ze doen ook een beroep op advocaten om via justitie de kosten te recupereren voor de verzorging die de OCMW's niet betalen terwijl de begunstigden wel voldoen aan de criteria om toegang te krijgen tot verzorging in het kader van de DMH. Voor de betrokken ziekenhuizen en hulpverenigingen – en voor de overheden die hen subsidiëren – zijn dat nutteloze kosten. Die beroepsprocedures leiden niet alleen tot kosten en administratieve rompslomp voor de begunstigden, de zorgverstrekkers en de OCMW's, maar dragen ook bij tot de overbelasting van de rechtbanken.

Het feit dat drie van de ziekenhuizen waarmee het Rekenhof sprak die beroepsprocedures vaak winnen, getuigt van een probleem bij de toepassing van de DMH-wet door sommige OCMW's. Volgens de POD MI moet de rechtspraak echter bestudeerd worden om na te gaan hoe groot het aandeel van de betrokken beroepsprocedures is. Het Rekenhof merkt op dat zo'n onderzoek binnen de opdrachten van de POD MI valt, die het DMH-beleid moet evalueren en aansturen.

¹²¹ Belfius, *Sectoranalyse MAHA 2023. De financiële gezondheidsbarometer van de ziekenhuizen*, pagina geraadpleegd op 30 juli 2024, www.belfius.be.

¹²² FOD Volksgezondheid, *Advies van de Nationale Paritaire Commissie artsen-ziekenhuizen over het stabiliseren van de honorariumsupplementen en opdrachten (collectieve overeenkomst)*, Brussel, 12 mei 2022, 6 p., www.health.fgov.be.

¹²³ Artikel 71 van de wet van 8 juli 1976.

¹²⁴ Hof van Cassatie van België, arrest nr. [C.13.0117.F/1](#) van 14 oktober 2013, www.juportal.be.

Aanbeveling 14

De rechtspraak in de drie gewesten onderzoeken, om na te gaan of de OCMW's de wet toepassen

Zo ontstaat overigens een ongelijke behandeling tussen de begunstigden die geen beroep aantekenen en zij die ondersteuning krijgen van een ziekenhuis of een hulpvereniging en die wel in beroep kunnen gaan bij het gerecht. Die ongelijke behandeling geldt des te meer omdat een DMH-begunstigde per definitie onwettig in ons land verblijft en geen bestaansmiddelen heeft.

3.8 Administratieve en financiële last van DMH-dossiers

Het beheer van DMH-dossiers brengt veel werk met zich mee, dat gedeeltelijk buiten de competenties van de maatschappelijk assistenten valt, zoals het controleren van de nomenclatuur van de verzorging die wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, de verzekerbaarheid in het buitenland nagaan of soms het terugvorderen van niet-verschuldigde betalingen als de dekking door een ziektekostenverzekering mogelijk blijkt (zie [punt 3.3.2.5](#)).

De OCMW's van grootsteden dragen een bijzonder grote last op het vlak van DMH, vooral in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest waar 67 % van de begunstigden zich in 2022 bevond (zie [punt 2.1.3](#)). Enkele Brusselse OCMW's hebben die last vertaald in financiële kosten voor alle OCMW's van het Gewest. Zij waren van oordeel dat ze in 2021, uitgedrukt in voltijdse equivalenten (VTE), tussen de 100 en 110 voltijdse maatschappelijk assistenten en tussen de 50 en 60 voltijdse administratief assistenten hadden ingezet om de dossiers voor DMH te beheren, d.w.z. een budget van bij benadering 8 miljoen euro (op basis van 50.000 euro per jaar per VTE), zonder rekening te houden met de onrechtstreekse kosten voor de financiële, juridische en logistieke aspecten. De niet-terugbetaalde kosten voor de DMH zouden 1,5 miljoen euro bedragen voor de Brusselse OCMW's. Die kosten omvatten de medische kosten die de POD MI niet terugbetaalt, en de kosten voor gerechtelijke procedures, zoals intresten, gerechtskosten en advocatenkosten.

De wetgeving bepaalt niet dat de administratiekosten van een DMH-dossier ten laste worden genomen, terwijl de samenstelling van een dergelijk dossier een aanzienlijke werklast vormt. Het uit te voeren sociaal onderzoek is immers vergelijkbaar met dat van het leefloon. Voor een leefloondossier krijgen de OCMW's sinds 1 januari 2022¹²⁵ 518 euro per jaar, terwijl het statuut van een DMH-begunstigde elke drie maanden moet worden gecontroleerd (zie [punt 3.3.3](#)) en een deel van de verzorging (namelijk de verzorging buiten de nomenclatuur) door de OCMW's ten laste wordt genomen zonder dat die wordt terugbetaald.

In zijn antwoord meent de POD MI evenwel dat de opvolging van een leefloondossier veel arbeidsintensiever is dan de opvolging van een DMH-dossier, omdat het OCMW de begunstigde moet begeleiden naar re-integratie.

Een betoelaging die overeenstemt met de effectieve werklast van de OCMW's, zou hen kunnen aanmoedigen om de verzorging van de begunstigden beter te dekken. Die betere dekking zou dan op haar beurt het aantal ziekenhuisopnames en de toestroom naar de spoeddiensten kunnen doen dalen.

¹²⁵ POD Maatschappelijke integratie, *Staatstoelagen*, pagina geraadpleegd op 30 juli 2024, www.mi-is.be.

Aanbeveling 15

De mogelijkheid onderzoeken om de administratiekosten van de OCMW's te vergoeden voor DMH-dossiers, rekening houdend met de effectieve werklast.

3.9 Deelconclusies

Na zijn analyse van de toekenningsprocedure voor dringende medische hulp, stelt het Rekenhof vast dat geen gevolg werd gegeven aan de aanbevelingen van verschillende instellingen om de werking van de DMH te verbeteren¹²⁶. Er zijn verschillende moeilijkheden en tekortkomingen vastgesteld. Het gebrek aan harmonisering en de complexiteit van de procedures vormen obstakels voor de toegang tot zorg en leiden tot discriminatie.

Als een begunstigde een aanvraag voor toegang tot verzorging in het kader van de DMH indient, geeft het OCMW hem niet altijd een ontvangstbewijs. Dat document fungeert evenwel als bewijs voor de aanvraagdatum en stelt de begunstigde in staat beroep aan te tekenen bij het gerecht.

OCMW's vragen soms aan de patiënt om formaliteiten te vervullen die hij niet kan vervullen. Daarnaast eisen sommige OCMW's dat de begunstigde sinds minstens drie maanden in de gemeente verblijft, terwijl iemand al vóór die termijn illegaal op het Belgische grondgebied kan verblijven.

De procedures om toegang te krijgen tot DMH zijn nog ingewikkelder als de patiënt gehospitaliseerd wordt vóór hij DMH heeft aangevraagd. De ziekenhuizen die het Rekenhof heeft bezocht, geven aan dat ze in dergelijke gevallen soms moeilijk een maatschappelijk werker van het OCMW kunnen bereiken, dat ze soms geconfronteerd worden met de weigering van OCMW's om de aanvraag te behandelen van een gehospitaliseerde patiënt of een patiënt die de aanvraag niet kan ondertekenen, of met de weigering van OCMW's om andere redenen, die gelinkt zijn aan het statuut van de patiënt. Die eisen van de OCMW's kunnen de toegang tot verzorging bemoeilijken of onmogelijk maken voor iemand die toch aan de voorwaarden voldoet om DMH te krijgen.

Om na te gaan of de aanvrager voldoet aan de DMH-voorwaarden, moet het OCMW een sociaal onderzoek uitvoeren. Tijdens dat onderzoek moet het OCMW het statuut van de aanvrager en zijn bestaansmiddelen controleren, en nagaan of er een ziektekostenverzekering of een borgsteller is, d.w.z. iemand die de medische kosten van de aanvrager ten laste kan nemen. De OCMW's moeten daarvoor bij de Dienst Vreemdelingenzaken navraag doen voor elke potentiële begunstigde, terwijl het eenvoudiger zou zijn de OCMW's toegang te geven tot een database waarin de informatie over de borgstellers verzameld is. Bepaalde OCMW's verklaren bovendien dat ze bij het sociaal onderzoek over het algemeen, zonder daartoe door de wet te zijn verplicht, op huisbezoek gaan om te kijken naar de levensomstandigheden van de begunstigde.

126 • RIZIV & Dokters van de Wereld, *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*, Brussel, 2014, 362 p., www.riziv.fgov.be.

• RIZIV & Dokters van de Wereld, *Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*, Brussel, 2014, p. 3, www.riziv.fgov.be.

• KCE, Dominique Roberfroid e.a., *Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? Synthèse*, op. cit.

• FOD Volksgezondheid, Isabelle Coune, Marie Dauvrin & Hans Verrept, *EtHealth rapport 2020. Naar een gelijkwaardige gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Toelichting*, op. cit.

Als de begunstigde van gemeente verandert, wordt de tenlasteneming van de zorg door het OCMW onderbroken, ongeacht zijn gezondheidstoestand, terwijl zijn statuut niet noodzakelijk is veranderd. De begunstigde zal pas opnieuw toegang tot verzorging krijgen als het nieuwe OCMW een nieuw sociaal onderzoek heeft afgerond. Als de begunstigde echter gehospitaliseerd is, blijft het eerste OCMW de zorg ten laste nemen tijdens de volledige duur van de hospitalisatie.

Elk OCMW maakt na afloop van zijn onderzoek zijn eigen document(en) aan om zijn beslissing aan de begunstigde mee te delen. Die documenten zijn niet gestandaardiseerd.

Na het sociaal onderzoek formuleert het OCMW zijn beslissing. Zelfs als die beslissing positief is, kunnen de begunstigden nog te maken krijgen met moeilijkheden om toegang te krijgen tot de nodige verzorging. Zo zijn een deel van de positieve beslissingen in Mediprima 'principiële beslissingen', zonder toegang tot verzorging. Sommige OCMW's die hun sociaal onderzoek niet hebben afgerond, nemen die principiële beslissingen gemakshalve. Volgens de wet opent een positieve beslissing evenwel toegang tot verzorging. Wanneer een beslissing effectief voorziet in toegang tot verzorging, beperken sommige OCMW's vervolgens die toegang door op voorhand de looptijd van de verzorging, de keuze qua zorgverstrekker of de verzorging zelf te beperken. Die beperkingen zijn in strijd met de wet en gaan de bevoegdheden van de OCMW's te buiten, omdat ze niet bevoegd zijn op het vlak van geneeskundige verzorging. De beperking van de toegang tot verzorging houdt verschillende risico's in:

- De begunstigden worden niet gelijk behandeld, aangezien de beperkingen van de verzorging willekeurig worden opgelegd en verschillen tussen de OCMW's.
- De maatschappelijk werkers en de zorgverstrekkers worden met extra werk geconfronteerd.
- Als een begunstigde ruimere toegang nodig heeft dan toegestaan, vragen sommige OCMW's een verantwoording voor de verzorging of voor de gekozen zorgverstrekker, wat buiten hun bevoegdheid valt en in strijd is met het medisch geheim.
- De beperking van de verzorging kan leiden tot beroepsprocedures bij het gerecht, wat een verspilling van menselijke en financiële middelen is.

In het Mediprima-systeem kunnen de ingeschreven huisartsen en ziekenhuizen de beslissingen in verband met hun patiënt raadplegen en een betalingsgarantie krijgen voor de verstrekte verzorging. Dankzij dat systeem verwerkt en controleert de HZIV hun facturen bovendien automatisch, waardoor ze sneller worden betaald dan in het oude Novaprima-systeem.

In dat oude systeem, dat de POD MI beheert, moet het OCMW zelf de facturen verwerken die niet door de HZIV worden beheerd: het moet die facturen controleren en betalen, wat tot een hoge administratieve werklast leidt en niet binnen zijn bevoegdheden valt. Dat verouderde systeem is nadelig voor de efficiëntie, de transparantie en de interne beheersing van het DMH-beleid. Een veralgemeend gebruik van Mediprima zou de administratieve werklast van de OCMW's en de zorgverstrekkers duidelijk verminderen.

Als een zorgverstrekker verzorging factureert in het kader van de DMH, moet hij een DMH-atteest bij zijn factuur voegen. De wetgeving voorziet niet in een specifiek model. Sommige OCMW's zouden echter eisen dat de zorgverstrekker een specifiek formulier invult en antwoordt op vragen die onder het medisch geheim vallen. Als de zorgverstrekker weigert om te antwoorden, zouden bepaalde OCMW's de verzorging weigeren, wat de toegang tot verzorging nog bemoeilijkt.

Sommige zorgverstrekkers denken trouwens dat alleen dringende medische verzorging toegelaten is. De definitie van DMH in de wetgeving is immers dubbelzinnig, aangezien ze verwijst naar dringendheid en ze tegelijkertijd zowel de curatieve verzorging in het algemeen als de preventieve verzorging omvat, in het bijzonder verzorging om de verspreiding van besmettelijke ziekten te voorkomen.

Ondanks de aanzienlijke administratieve werklast die DMH vertegenwoordigt, ontvangen de OCMW's geen administratiekosten terwijl ze voor andere dossiers (zoals leefloondossiers) wel een vergoeding krijgen.

Hoofdstuk 4

Ondersteuning en controle van OCMW-acties

Dit hoofdstuk gaat nader in op het beleid en de acties die de POD MI opzet in het kader van de DMH om de OCMW's te ondersteunen en te controleren. Het beschrijft ook de evaluatie van die controles en de risico's op misbruik.

4.1 Ondersteuning van de OCMW's

De POD MI stelt richtlijnen op, informeert de OCMW's en antwoordt op hun vragen over de DMH (zie [punt 1.1.3](#)).

4.1.1 Ondersteunende rol van de POD MI

De *frontoffice* van de POD MI behandelt over het algemeen meer dan 40.000 OCMW-vragen per jaar. Kleine OCMW's doen voor algemene vragen over DMH vaker een beroep op de POD MI dan grote OCMW's omdat ze niet altijd over de nodige expertise ter zake beschikken en slechts af en toe een dossier daaromtrent te behandelen krijgen. Grote OCMW's beschikken vaak over een gespecialiseerde DMH-cel en over een juridische dienst. Zij schakelen de POD MI meestal slechts in voor complexe vragen over uitzonderlijke gevallen.

Als een vraag te complex is voor de *frontoffice*, komt ze terecht bij de juridische dienst. Twee juristen zijn gespecialiseerd in vragen over DMH.

De inspectiedienst van de POD MI ondersteunt en adviseert de OCMW's over DMH. De inspecteurs hebben frequent contact met de OCMW's. Als referentiepersonen fungeren de inspecteurs als rechtstreeks aanspreekpunt voor de OCMW's die onder hun bevoegdheid vallen. De steun van de inspecteurs is bijzonder belangrijk voor de kleine OCMW's, die niet voor elke materie over gespecialiseerd personeel beschikken.

4.1.2 Richtlijnen en informatie over DMH

Dankzij het werk van de *frontoffice* en de vaststellingen van de inspectiedienst kan de POD MI afbakenen wat de informatiebehoeften van de OCMW's zijn. Vervolgens kan de juridische dienst van de POD MI richtlijnen, omzendbrieven of informatieve documenten opstellen, onder meer over het DMH-proces. De richtlijnen van de POD MI geven een gedetailleerde, precieze en concrete beschrijving van de regelgeving¹²⁷. De website stelt de informatie op gestructureerde en logische wijze ter beschikking van de OCMW's. Bovendien is er een rubriek met veelgestelde vragen die gerichte informatie verschaft die is afgestemd op de werking van de OCMW's.

¹²⁷ Zie onder meer POD Maatschappelijke integratie, *De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995*. Informatiedocument, op. cit.

De informatie zit echter verspreid over verschillende documenten en de OCMW's ondervinden soms moeilijkheden om een welbepaalde inlichting te vinden. Er is immers nog geen centraal document waarin alle informatie over DMH is samengebracht.

Een werkgroep met onder andere de POD MI en de federaties van OCMW's werkt aan zo'n centraal document, maar er is geen deadline vastgelegd voor de publicatie ervan.

4.1.3 Organisatie van de inspectiedienst van de POD MI

De inspectie streeft drie doelstellingen na: het financiële risico voor de Staat afdekken, erop toezien dat de regelgeving wordt nageleefd en garanderen dat het recht van de begunstigden in acht wordt genomen¹²⁸. Volgens de inspectiehandleiding beoogt de inspectie *“een uniforme en correcte toepassing van de wetgeving en van de reglementering betreffende de verschillende maatregelen die zijn ingevoerd door de federale Staat en waarvoor hij subsidies toekent aan de OCMW's”*.

Naast de directrice telt de dienst nog 24 medewerkers: twee adjuncten van de directie, achttien inspecteurs en vier auditeurs. Voor elke functie zijn er evenveel Nederlandstaligen als Franstaligen. Voor elke materie worden de inspecteurs met een meer verregaande expertise aangewezen als referentiepersoon.

De inspecteurs hebben algemene vaardigheden en kunnen alle OCMW-opdrachten controleren op wettelijk, administratief en financieel vlak. De controles van het jaar N worden gepland in het jaar N-1 en hebben betrekking op de dossiers van het jaar N-2. Elke inspecteur krijgt een sector toegewezen waarvoor hij moet instaan gedurende de looptijd van een controlecyclus. Hij beschikt over 90 à 105 controledagen. Elke controle moet eerst worden voorbereid en moet na afloop resulteren in een controleverslag. Het resultaat van de inspecties wordt besproken met de OCMW-verantwoordelijken en nadien opgenomen in het verslag dat aan het OCMW wordt bezorgd.

4.2 Controles door de POD MI en de HZIV

4.2.1 Selectie van steekproeven met te controleren facturen en dossiers

De controles die de POD MI uitvoert in verband met medische kosten berusten op twee steekproeven:

- sociale dossiers van begunstigden die in Mediprima zitten en waarvoor de POD MI terugbetalingen heeft gedaan;
- facturen van zorgverstrekkers, geselecteerd op basis van de formulieren die de OCMW's via Novaprima aan de POD MI bezorgen met het oog op terugbetaling (zie [tabel 2](#)).

De twee steekproeven worden op aselechte wijze getrokken door het informaticasysteem van de inspectiedienst, dat de steekproeven en de omvang ervan bepaalt aan de hand van parameters zoals het aantal dossiers bij een OCMW. De steekproef met te controleren facturen wordt bovendien aangevuld met alle facturen van meer dan 10.000 euro. Facturen die via Mediprima worden betaald, worden niet gecontroleerd door de inspectiedienst maar door de HZIV (zie [punt 4.2.2.2](#)).

¹²⁸ POD Maatschappelijke integratie, *Inspectiehandleiding*, Brussel, 2023, 99 p., www.mi-is.be.

Tabel 2 - Frequentie van de controles door de POD MI en omvang van de steekproef naargelang van de grootte van de OCMW's

Grootte van het OCMW	Aantal dossiers	Frequentie van de controles	Gecontroleerde steekproef	
			Sociale dossiers	Facturen van medische kosten
Groot	> 130	Jaarlijks	30	Tussen 45 en 100
Middelgroot	Tussen 33 en 130	Om de twee jaar	20	≥ 30
Klein	< 33	Om de drie jaar	10	≥ 15

Bron: inspectiehandleiding van de POD MI

Het Rekenhof merkt op dat de omvang van een representatieve steekproef niet afhangt van de omvang van de populatie (tenzij de populatie erg klein is). Steekproeven van uiteenlopende omvang naargelang van het aantal dossiers bij een OCMW vallen dus niet te verantwoorden. Een steekproef met een tiental sociale dossiers volstaat om de processen te controleren die een OCMW volgt, ongeacht hoe groot dat OCMW is.

Aanbeveling 16

De controles doeltreffender maken door een steekproef van dossiers te selecteren om het proces te controleren dat het OCMW volgt, zonder daarbij de steekproef af te stemmen op de grootte van het OCMW

4.2.2 Controle van de facturatie van geneeskundige verzorging

4.2.2.1 Controle door de POD MI van facturen die de OCMW's betalen

Bij het controleren van de facturen die de OCMW's betalen, wordt nagegaan of de betaling regelmatig is (bijvoorbeeld door na te gaan of er een geldige beslissing is), of de nomenclatuur van door de POD MI terugbetaalde uitgaven in acht is genomen, en of er een DMH-attest is.

Controle van de inhoud van facturen

Omdat de facturen die de OCMW's betalen, niet geautomatiseerd en systematisch worden gecontroleerd, voert de inspectiedienst van de POD MI alleen een doorgedreven controle uit bij de facturen uit de steekproef. Die controle vergt veel human resources en is ontoereikend omdat een groot deel van de transacties niet gecontroleerd worden, in tegenstelling tot bij een geautomatiseerde controle zoals de controle die de HZIV uitvoert op facturen van zorgverstrekkers die zijn ingeschreven in Mediprima (zie punt 4.2.2.2). Het feit dat er twee systemen naast elkaar bestaan, Novaprima en Mediprima (zie punt 3.6), verzwakt bovendien de interne beheersing. Tot slot is de POD MI niet gespecialiseerd in het controleren van facturen van zorgverstrekkers, in tegenstelling tot de HZIV.

De controleomgeving zou er veel baat bij hebben als het gebruik van Mediprima werd veralgemeend (zie punt 3.6.2). Dat zou meteen ook de voornaamste risicozone, namelijk het systeem

Novaprima, elimineren. Die veralgemening zal de controle van de processen en het toezicht op de correcte toepassing van de wet (zie [punt 4.3](#)) nog relevanter maken.

In zijn antwoord stelt de POD MI dat in Novaprima een systematische controle is ingebouwd om ziekenhuisfacturen te blokkeren, want die moeten via Mediprima worden verwerkt.

DMH-attest

De inspectiedienst van de POD MI controleert of de geneeskundige verzorging die de POD MI terugbetaalt, wel degelijk vergezeld is van een DMH-attest.

In zijn antwoord voegt de POD MI daaraan toe dat zijn inspectiedienst een opmerking maakt als OCMW's een modelattest gebruiken dat strijdig is met het medisch geheim (als ze bijvoorbeeld eisen dat de pathologie wordt vermeld). Bij de controles wordt dan aan de desbetreffende OCMW's gevraagd het model aan te passen (zie [punt 3.6.3](#)).

4.2.2.2 Controle van de facturen die de HZIV betaalt via Mediprima

De HZIV moet de facturen controleren van de zorgverstrekkers die zijn ingeschreven in Mediprima, en die facturen vervolgens betalen¹²⁹. De controles verlopen elektronisch. De HZIV moet ook controleren of er DMH-attesten aanwezig zijn bij de zorgverstrekkers die zijn ingeschreven in Mediprima.

De HZIV betaalt aan de zorgverstrekkers het deel van de factuur van geneeskundige verzorging dat ten laste is van de Staat. Als de Staat niet alle medische kosten dekt, moet de zorgverstrekker het saldo factureren aan de andere debiteuren, d.w.z. het OCMW of de begunstigde, naargelang van het geval. Een deel van het tarief van de verplichte ziekteverzekering, het remgeld, kan immers betaald worden door de begunstigde naargelang van zijn middelen (zie [punt 1.1.5.3](#))¹³⁰.

De HZIV wordt gefinancierd met maandelijkse voorschotten van de POD MI. Als die voorschotten niet volstaan om de terugbetalingen te dekken, kan de POD MI bijkomende voorschotten toekennen. De HZIV maakt elke maand een afrekening voor de POD MI. Die zorgt ervoor dat de afrekeningen doorstromen naar de OCMW's.

4.2.3 Controle van de sociale dossiers van de OCMW's

4.2.3.1 Gebruikelijke controles door inspecteurs van de POD MI

De sociale dossiers van de OCMW's worden gecontroleerd op basis van controletabellen. De controle beslaat alle stappen die een dossier doorloopt tijdens het sociaal onderzoek door een OCMW. De inspecteur van de POD MI herhaalt de handelingen die de maatschappelijk werker heeft uitgevoerd. Voorafgaand aan de inspectie worden er gegevens opgevraagd bij het rijksregister en bij de gegevensstromen van de KSZ (zie [punt 3.3.2](#)). Uit die gegevens blijkt of iemand gedekt kon worden door de ziekteverzekering, bijvoorbeeld vanwege een verblijfsregularisatie. De inspectie van de POD MI controleert ook of er contact werd opgenomen met de HZIV om na te gaan of er sprake is van een buitenlandse ziekteverzekering. Als een begunstigde verzekeraar was maar het OCMW het

¹²⁹ Koninklijk besluit van 18 februari 2014.

¹³⁰ Artikel 11 van de wet van 2 april 1965.

recht op DMH niet heeft geschorst, kan de POD MI het bedrag van de facturen in het desbetreffende dossier terugvorderen. De inspectie controleert ook of er een attest van dringende medische hulp is gekoppeld aan de factuur. Ze controleert echter niet systematisch het bewijs waaruit moet blijken dat het OCMW een ontvangstbewijs afleverde aan de begunstigde bij diens aanvraag voor DMH.

De controle beoogt evenwel enkel de elementen van dossiers die financiële consequenties hebben voor de POD MI.

4.2.3.2 Analyse van de processen door de inspectiedienst van de POD MI

Naast de uitgavencontrole op basis van een steekproef met sociale dossiers en facturen heeft de inspectiedienst van de POD MI sinds 2016 expertise uitgebouwd op het vlak van procesanalyse (twee medewerkers van elke taalrol). Het is de bedoeling om de processen van een OCMW systematisch te controleren, met inbegrip van DMH-processen, en alle stappen in de behandeling van een dossier te volgen om na te gaan of ze conform zijn. Het verloop wordt onderzocht vanaf het onthaal van de gebruikers. De analyse leidt tot aanbevelingen om de werking van het OCMW te optimaliseren. Er kan ook nog een actieplan voor het OCMW volgen, waarvan de uitvoering gecontroleerd wordt door de inspectiedienst van de POD MI.

Er gebeuren een honderdtal procesanalyses per jaar, wat telkens twee dagen ter plaatse inhoudt en een voorafgaande voorbereiding. De analysecyclus houdt rekening met de grootte van het OCMW. De procesanalyses worden gevoed met de resultaten van de inspecties, maar beperken zich niet tot OCMW's waar problemen zijn vastgesteld.

4.2.4 Sancties

Buiten de mogelijkheid om de terugbetaling te weigeren van facturen van geneeskundige verzorging aan de OCMW's heeft de POD MI in het kader van de DMH geen sanctioneringsbevoegdheid ten aanzien van de OCMW's. Zo is er in de wet geen sanctie vastgelegd wanneer de beslissingstermijn niet in acht wordt genomen (zie [punt 3.4.1](#)), bij een ongegronde weigering om de kosten in aanmerking te nemen (zie [punt 3.4.4](#)) of wanneer de toegang tot geneeskundige verzorging beperkt wordt (zie [punt 3.4.3](#)). Daarom voert de POD MI zijn controles uit op de geneeskundige verzorging die in de nomenclatuur is opgenomen en ziet hij erop toe dat de terugbetalingen die hij uitvoert geen verzorging omvatten die buiten de nomenclatuur valt en betrekking hebben op sociale dossiers waarin de procedures voor sociaal onderzoek zijn gevolgd.

De regelgeving bepaalt dat kosten die niet correct verantwoord zijn, door de POD MI worden teruggevorderd bij de OCMW's. De inspecteur van de POD MI tracht fouten in de sociale dossiers evenwel te voorkomen door de OCMW's eerst en vooral te adviseren. Fouten worden overigens niet systematisch gesanctioneerd door de kosten terug te vorderen. Over het algemeen gebeurt die terugvordering pas na een waarschuwing. Als er daarentegen geen sociaal onderzoek is uitgevoerd (bijvoorbeeld omdat een dossier zoek is of omdat de gebruiker al gekend is bij het OCMW), gaat de POD MI sowieso over tot terugvordering.

De inspecteur probeert ook te bepalen of het gaat om een occasionele dan wel om een structurele fout die herhaaldelijk voorkomt in de steekproef. Wanneer de fout structureel van aard is, wordt het resultaat van de terugvordering in de steekproef geëxtrapoleerd naar de volledige populatie.

Als er bijvoorbeeld 1.000 euro is gerecupereerd in een steekproef met facturen die 10 % van de totale populatie vertegenwoordigt, zal de terugvordering gelijk zijn aan $10 \times 1.000 \text{ euro} = 10.000 \text{ euro}$. Extrapolatie kan enkel worden toegepast op basis van de steekproef met facturen. De resultaten van controles van de sociale dossiers worden niet geëxtrapoleerd.

De financiële gevolgen van de inspecties doen DMH-dossiers nog zwaarder doorwegen voor de OCMW's. Als de inspectie immers vaststelt dat een OCMW heeft nagelaten een deel van de procedure te volgen in het kader van een dossier of factuur, zal dat OCMW de volledige som moeten terugbetalen aan de POD MI. Bij één OCMW resulteerde de laatste controle in terugstortingen voor een bedrag van 250.000 euro omdat er sprake was van een buitenlands ziekenfonds, wat het OCMW niet had ontdekt omdat het niet de voorziene procedure had gevolgd (zie [punt 3.3.2.5](#)). De OCMW's zijn beducht voor de inspecties en voor het risico op terugvordering van bedragen die de POD MI heeft betaald. Die vrees beïnvloedt hun strategie en kan hen ertoe aanzetten een restrictief beleid te voeren wat de toegang tot geneeskundige verzorging betreft, om het risico op financiële verliezen te vermijden.

Het huidige systeem van financiële responsabilisering van de OCMW's bestraft eenzelfde tekortkoming niet altijd even zwaar, afhankelijk van de verleende zorg, die onder de verantwoordelijkheid valt van de artsen. De sancties creëren een risico dat de OCMW's de wet restrictief gaan toepassen of zelfs onwettige handelingen gaan stellen en de toegang tot geneeskundige verzorging gaan beperken voor de begunstigden (zie [punt 3.4.3](#) en [punt 3.7](#)).

4.3 Evaluatie van de controles die de POD MI uitvoert

4.3.1 Controle van het ontvangstbewijs

De inspectie van de POD MI controleert niet systematisch of er een ontvangstbewijs (afgeleverd naar aanleiding van een DMH-aanvraag) aanwezig is in het dossier van de begunstigde (zie [punt 3.1.1](#)). Die controle kan enkel ter plaatse in het OCMW worden uitgevoerd, want de datum van de aanvraag wordt niet gecentraliseerd. Er wordt ook niet gecentraliseerd nagegaan of de beslissingstermijn van één maand in acht wordt genomen (zie [punt 4.4.1](#)).

4.3.2 Controle van de inhoud van de beslissingen

De POD MI controleert enkel de facturen van geneeskundige verzorging die hij moet terugbetalen. De POD controleert niet of de OCMW's de geneeskundige verzorging ten laste hebben genomen die nodig was in het kader van de DMH. Op dat vlak vindt dus geen enkele controle plaats en wordt geen enkele sanctie opgelegd. De POD controleert bijvoorbeeld niet of positieve beslissingen een garantie bieden voor toegang tot geneeskundige verzorging en tot alle zorgverstrekkers. Bovendien laat de POD de OCMW's toe (en beveelt hij hen zelfs uitdrukkelijk aan) om met principiële beslissingen te werken, dus zonder dekking van geneeskundige verzorging, wat indruist tegen de wet¹³¹ (zie [punt 3.4.3.2](#)).

In zijn antwoord geeft de POD MI aan dat hij geen principiële beslissingen aanbeveelt. Het Rekenhof stelt echter vast dat in de Mediprima-handleiding te lezen staat dat het voor een OCMW nuttig kan zijn om een principiële beslissing te nemen, d.w.z. zonder dekking van de zorg, om

¹³¹ POD MI, *Mediprima, Handleiding bestemd voor de OCMW's en de zorgverstrekkers*, op. cit., p. 26.

binnen de wettelijke termijn te blijven¹³². De handleiding beveelt dus een praktijk aan die strijdig is met de wet. In het informatiedocument over de bewijsstukken merkt de POD MI overigens op dat de principiële beslissing gerechtvaardigd kan worden “door de noodzaak voor het OCMW om de termijn van 60 dagen na te leven (een principiële beslissing, zonder enige effectieve dekking, volstaat om die termijn na te leven)”¹³³. Het Rekenhof is van oordeel dat de POD MI principiële beslissingen, d.w.z. positieve beslissingen die de begunstigde echter geen toegang verlenen tot zorg, expliciet zou moeten verbieden.

De POD MI controleert ook niet om welke reden de toegang tot gezondheidszorg geweigerd wordt bij negatieve beslissingen over DMH.

4.3.3 Analyse van de redenen voor vonnissen waarbij OCMW's veroordeeld worden

De POD MI betaalt aan een OCMW soms geneeskundige verzorging terug die het OCMW ten laste heeft genomen nadat het daartoe werd veroordeeld. Alvorens een OCMW terug te betalen, analyseert de POD MI het vonnis dat het OCMW voorlegde, om zich ervan te vergewissen dat het OCMW de voorwaarden uit de wet van 1965 in acht heeft genomen en dat enkel geneeskundige verzorging die in de nomenclatuur is opgenomen, wordt terugbetaald.

In het kader van de DMH heeft de POD MI sinds 2013 elke maand terugbetalingen gedaan na een vonnis. Tussen 2018 en 2021 betaalde de POD minstens 81.000 euro per maand terug en 1,2 miljoen euro per jaar¹³⁴.

4.3.4 Reikwijdte van de uitgevoerde controles

Buiten de procesanalyses en het controleren van de sociale onderzoeken en de facturen, is de correcte toepassing van de wet niet voldoende omkaderd als het gaat over DMH. Er bestaat nochtans een risico op onrechtmatige beperking van de toegang tot geneeskundige verzorging (zie punt 3.4.3).

Aanbeveling 17

Nauwer toezien op de correcte toepassing van de wetgeving met oog voor de rechten van de begunstigten

4.3.5 Impact van het beleid op de gezondheid van de begunstigten en van de bevolking

De POD MI voert onvoldoende controles uit op de beperking van de toegang tot geneeskundige verzorging en gaat ook niet na welke gevolgen die beperking kan hebben (verergering van de gezondheidsproblemen, vermijdbare ziekenhuisopnames, besmettingen) (zie punt 2.2). De beleidsdocumenten van de POD MI, zoals de bestuursovereenkomst of het plan armoedebestrijding, omvatten overigens geen doelstellingen in verband met DMH.

¹³² POD MI, *ibidem*, p. 26 en 27.

¹³³ POD MI, *De medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995*, op. cit.

¹³⁴ Volgens de gegevens die de POD Maatschappelijke Integratie in maart 2024 meedeelde.

Die beperkingen kunnen onrechtstreeks nochtans tot nodeloze kosten leiden, zowel voor de zorgverstrekkers (bv. de ziekenhuizen), die met onbetaalde facturen blijven zitten, als voor de POD MI, aangezien die aanpak de zorgkosten kan opdrijven, onder meer in het geval van ziekenhuisopnames die vermeden hadden kunnen worden.

Aanbeveling 18

Met de hulp van gespecialiseerde partners:

- evalueren wat de impact is van het beleid op de gezondheid van de begunstigden en van de gehele bevolking, en op de globale gezondheidsuitgaven
- nadenken over situaties waarbij de OCMW's noodzakelijke medische zorg ten laste nemen die niet wordt terugbetaald door de POD MI

In zijn antwoord merkt de POD MI op dat hij niet bevoegd is op het vlak van volksgezondheid en niet beschikt over de medische expertise om de medische dossiers van de patiënten te kunnen onderzoeken. Het Rekenhof stipt evenwel aan dat zijn aanbeveling niet slaat op het onderzoek van individuele dossiers, maar op statistische analyses met de hulp van partners die gespecialiseerd zijn in volksgezondheid. Die analyses kunnen gebeuren op anoniem gemaakte gegevens. Ze kaderen in de opdracht over de evaluatie van het DMH-beleid van de POD MI en in het efficiënt beheer van de overheidsmiddelen.

4.4 Risico's op misbruik

4.4.1 Preventie van risico's op misbruik door begunstigden

4.4.1.1 Risico op identiteitsfraude

In theorie zou een DMH-begunstigde het document met de hem betreffende OCMW-beslissing aan iemand anders kunnen doorgeven, die dan bij een zorgverstrekker zou kunnen langsgaan. Zich voordoen als een DMH-begunstigde kan van belang zijn voor iemand die geen toegang heeft tot dergelijke hulp, want de kosten worden dan ten laste genomen. Om dat risico in te dijken en de identiteit van de begunstigde te controleren, zou het OCMW gestandaardiseerde geplastificeerde kaartjes kunnen uitreiken waarop een foto van de begunstigde is aangebracht, zijn naam en informatie over de toegang tot gezondheidszorg in het kader van de DMH. Misbruik is dan nog altijd mogelijk bij tweelingen of personen die sterk op elkaar lijken, maar dat risico is gering. Om elke claim op een verblijfsrecht te voorkomen, zou de kaart vermelden dat de geldigheid van beperkte duur is en dat ze enkel kan worden gebruikt voor gezondheidszorg in het kader van DMH (zie [punt 3.4.5](#)).

4.4.1.2 Risico op onrechtmatige zorgconsumptie

Een ander theoretisch risico voor de overheidsfinanciën is het zogeheten 'medisch toerisme', wanneer mensen speciaal vanuit het buitenland hierheen komen voor medische verzorging. Dat risico is echter beperkt, omdat het OCMW controleert of de begunstigde in zijn gemeente verblijft, ook wanneer het gaat om daklozen.

Toch zou iemand naar België kunnen komen om zich te laten verzorgen, zogezegd als DMH-begunstigde. Dat risico is evenwel in te dijken door DMH-begunstigden een (tijdelijke) kaart te geven waarop hun foto is afgebeeld (zie [punt 4.4.1.1](#)).

Het risico op misbruik van de geneeskundige verzorging (*medical shopping*) is daarentegen even groot bij DMH-begunstigden als bij de algehele bevolking. Het risico is beperkt omdat de zorgverstrekker verantwoordelijk is voor de gezondheidszorgbeslissingen en hij wettelijk gezien alleen de noodzakelijke geneeskundige verzorging mag toedienen. Het gevaar bestaat er dus vooral in dat personen zonder werkelijke zorgnood de wachtzalen van zorgverstrekkers of ziekenhuizen vullen.

Ook het omgekeerde fenomeen baart zorgen, namelijk situaties waarbij te laat of niet genoeg om geneeskundige verzorging wordt gevraagd omdat potentiële begunstigden vanwege hun onwettige verblijfsstatus niet geneigd zijn om zorg te vragen op momenten dat dat nodig is. De eerste vraag om geneeskundige verzorging gebeurt dan op de spoeddienst van een ziekenhuis, voor ernstige gezondheidsproblemen. Om dat te vermijden, is het belangrijk toegang te geven tot ambulante zorg zodra iemand beantwoordt aan de voorwaarden om recht te hebben op DMH (zie [punt 2.3.3](#)).

4.4.2 Risico's op misbruik door zorgverstrekkers

Voor de overheidsuitgaven bestaan er in theorie diverse risico's op misbruik door zorgverstrekkers.

4.4.2.1 Controle op de opportuniteit van de zorg

Uit de auditinterviews en de exploitatie van de auditgegevens kwam geen misbruik door zorgverstrekkers naar voren. De wetgeving heeft een belangrijke drempel ingebouwd om dat soort van misbruik te voorkomen: enkel geneeskundige verzorging uit de nomenclatuur wordt terugbetaald aan het OCMW. De terugbetaalde gezondheidszorg kan echter slechts door bepaalde zorgverstrekkers geattesteerd of voorgeschreven worden, wat betekent dat een arts (of tandarts) de geneeskundige verzorging nodig achtte in het kader van DMH. Niet elke zorgverstrekker kan dus uit eigen beweging geneeskundige verzorging toedienen zonder de goedkeuring van een arts (of tandarts).

Een zorgverstrekker zou in theorie meer geneeskundige verzorging kunnen toedienen dan de gezondheidstoestand van de begunstigde vereist, om meer te kunnen factureren. Dat is echter geen specifiek DMH-risico, want het doet zich ook voor bij de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Maar zelfs in dat kader gaat het RIZIV niet na of de toegediende zorg opportuun was, met uitzondering van manifeste fraude zoals het factureren van een onbestaande prestatie. Een gemachtigde inspecteur (er is bijvoorbeeld een arts-inspecteur nodig om een andere arts te controleren) zou de prestatie van de zorgverstrekker moeten onderzoeken door de situatie te reconstrueren waarin de zorgverstrekker zich bevond (beschikbare informatie, toestand en verklaring van de patiënt) op het moment dat hij de beslissing nam, maar dat is complex, om dan nadien aan te tonen dat er sprake is van een fout, wat eveneens lastig is. Dat soort van controle zou dus sowieso weinig doeltreffend zijn¹³⁵.

In het kader van DMH kan enkel een arts een andere arts controleren en beoordelen of de geneeskundige verzorging opportuun was, zo hij daar wettelijk toe gemachtigd was. Daartoe regelde de

¹³⁵ Gesprek met de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) in het kader van de audit over antibiotica.

wet toezicht op de geneeskundige verzorging door een arts te belasten met de controle van “onverschuldigde betalingen aan de zorgverleners” en zorgverstrekkers te bestraffen doordat “de kosten van de [...] hulp niet worden betaald of dat de onverschuldigde betalingen worden teruggevorderd”¹³⁶. Het Grondwettelijk Hof heeft de interpretatie van dat artikel echter beperkt door die controlearts de mogelijkheid te ontzeggen om DMH tot bepaalde geneeskundige verzorging te beperken, wat volgens het arrest “een aanzienlijke achteruitgang van de door de toepasselijke wetgeving geboden graad van bescherming met zich meebrengt”. De controlearts van de HZIV mag dus geen “opportuniteitscontrole ten aanzien van de in het kader van de dringende medische hulp verleende zorg” uitvoeren¹³⁷. Dat soort van controle zou zorgverstrekkers bovendien kunnen afschrikken om DMH-begunstigden te accepteren, wat de toegang tot geneeskundige verzorging nog zou bemoeilijken.

In het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt in een andere context gecontroleerd of de gezondheidszorg opportuun is, namelijk bij prestaties die aan specifieke voorafgaande voorwaarden zijn gekoppeld. Bij die controle checkt de adviserende arts van het ziekenfonds van de patiënt een verslag van de zorgverstrekker. Als de zorgverstrekker geen verslag opstelt of zich niet houdt aan de wettelijke vereisten die aan de prestatie zijn gekoppeld, zal de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging geen terugbetaling uitvoeren. Die controles vinden niet plaats in het kader van de DMH, omdat daar geen ziekenfonds bij betrokken is, en omdat er niet voor alle OCMW's een adviserende arts beschikbaar is of een arts die wettelijk met die opdracht is belast bij de HZIV.

4.4.2.2 Controle op de activiteiten van een zorgverstrekker

In het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging zijn andere controles bedoeld om na te gaan of een zorgverstrekker niet de neiging heeft overbodige of nodeloos dure gezondheidszorg toe te dienen of voor te schrijven. De wet bepaalt dat zorgverstrekkers zich ervan onthouden “overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”¹³⁸. Of gezondheidszorg overbodig of onnodig duur is, wordt beoordeeld “op basis van één of meerdere indicatoren van manifeste afwijking, vastgesteld door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie ten opzichte van aanbevelingen van goede medische praktijk”¹³⁹.

Volgens de HZIV is dat soort van beoordeling onmogelijk in het geval van DMH, omdat de prestaties niet in hetzelfde systeem worden geregistreerd als dat van het RIZIV. En zelfs al was dat wel zo, dan wordt de zorgverstrekker alsnog beoordeeld aan de hand van indicatoren die al zijn prestaties beslaan: de controle zou dus niet de DMH-prestaties als dusdanig beogen, maar de globale activiteiten van de zorgverstrekker. Het feit dat DMH-begunstigden niet in die beoordeling worden opgenomen, vormt geen significant zwak punt in het toezicht op de activiteiten van de zorgverstrekkers, omdat DMH-patiënten minder dan 0,2 % vertegenwoordigen van de patiënten die worden behandeld in het kader van de verplichte ziekteverzekering.

¹³⁶ Wet van 29 maart 2018 tot wijziging van de artikelen 2 en 9 gter van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

¹³⁷ • Arbeidsrechtbank van Waals-Brabant, vonnis van 12 oktober 2021, rol nr. 20/437/A.
• Hof van Cassatie, arrest nr. C.08.0014.F/1 van 22 februari 2010, www.juportal.be.
• Grondwettelijk Hof, arrest nr. 22/2022 van 10 februari 2022, www.const-court.be.

¹³⁸ Artikel 73 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

¹³⁹ Artikel 73 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

4.4.2.3 Controle van ziekenhuisopnames

In het systeem van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden controles uitgevoerd op het aantal ziekenhuisopnames en de duur ervan. Zo ligt de duur van een ziekenhuisopname al deels op voorhand vast op basis van de diagnose. Het aantal ziekenhuisbedden dat mag worden ingenomen door patiënten is ook beperkt per ziekenhuis. Elk ziekenhuis ontvangt immers via het Budget van Financiële Middelen (BFM) een som op basis van een beperkt aantal bedden voor patiënten die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Als ze hun kosten terugbetaald willen zien door de Staat, mogen ziekenhuizen dus slechts een welbepaald aantal patiënten voor een welbepaalde duur opvangen.

Die twee beperkingen gelden niet voor de ziekenhuisopnames van DMH-begunstigden. Er wordt dus niet gecontroleerd hoeveel ziekenhuisbedden die begunstigden innemen. Volgens de HZIV is zo'n controle niet haalbaar, onder meer omdat de gegevens over de opname (dag en reden) niet geregistreerd worden in Mediprima. De POD MI is evenmin in staat om controles uit te voeren waarmee de FOD Volksgezondheid en het RIZIV belast zijn. Eén ziekenhuis verklaarde dat DMH-begunstigden om die reden financieel interessant zouden kunnen zijn voor ziekenhuizen, omdat ze extra middelen opleveren in vergelijking met de bedragen die ziekenhuizen in het kader van het BFM ontvangen voor patiënten die onderworpen zijn aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Dat potentiële financiële belang moet echter worden afgewogen tegen de medische, financiële en administratieve moeilijkheden die opduiken bij DMH-begunstigden. Die moeilijkheden zijn toe te schrijven aan problemen om de OCMW's te contacteren, aan het feit dat OCMW's geneeskundige verzorging weigeren, aan de beperking qua zorgverstrekkers, aan situaties waarbij de bevoegdheid overgaat naar een ander OCMW of aan de onmogelijkheid om ereloonsupplementen te vragen (zie [punt 3.2](#), [punt 3.4.3](#), [punt 3.3.2.2](#) en [punt 3.5.1](#)). Bij de auditinterviews opverdeelde een ziekenhuis in financiële moeilijkheden overigens de mogelijkheid om in de toekomst patiënten te weigeren voor wie het geen ereloonsupplementen mag aanrekenen.

4.5 Deelconclusies

De inspectiedienst van de POD MI voert achteraf gerichte controles uit op de dossiers van de begunstigden en op de facturen van de zorgverstrekkers die niet zijn ingeschreven in Mediprima. Die controle beoogt enkel de verrichtingen die uitgaven impliceren voor de Staat. De doeltreffendheid laat te wensen over vanwege de omvang van de steekproeven met gecontroleerde dossiers of facturen, die varieert naargelang van de grootte van de OCMW's terwijl dat geen steek houdt. In Mediprima zijn geautomatiseerde controles ingebouwd voor alle facturen. De facturering voor zorgverstrekkers die zijn ingeschreven in Mediprima wordt immers elektronisch beheerd door de HZIV, wat de werklust van de inspectie van de POD MI verlicht en het risico op fouten beperkt. Het feit dat ook het oude systeem Novaprima nog in gebruik is, maakt de controles door de inspectiedienst van de POD MI zwaarder en houdt het risico op fouten onvoldoende in de hand.

Buiten de gerichte procesanalyses gaat de POD MI alleen na of de beslissingen van de OCMW's wettelijk zijn als ze uitgaven voor de POD MI impliceren. De POD controleert niet systematisch hoelang de OCMW's erover doen om een beslissing te nemen, of de beslissingen effectief toegang geven tot geneeskundige verzorging (sommige beslissingen geven slechts beperkte toegang tot geneeskundige verzorging) en wat de redenen zijn voor een negatieve beslissing. De POD MI moet er nochtans op toezien dat de OCMW's de wetgeving correct toepassen, ook al zijn er geen sancties vastgelegd in de wet.

Die controle is des te belangrijker omdat sommige OCMW's de toegang tot geneeskundige verzorging in het kader van de DMH beperken uit vrees voor nieuwe financiële en administratieve lasten of uit vrees voor financiële sancties.

In het kader van de DMH zijn de risico's op misbruik door begunstigden beperkt dankzij het sociaal onderzoek dat bij wet bepaald is. Een dergelijk onderzoek beperkt het risico dat OCMW's geneeskundige verzorging toekennen aan iemand die over de nodige middelen beschikt om die verzorging te betalen, of die uitsluitend naar België komt om zich hier te laten behandelen. Bovendien controleert de POD MI nauwgezet de elementen van het sociaal onderzoek. De geneeskundige verzorging zelf valt onder de verantwoordelijkheid van de artsen (of tandartsen), die als enigen kunnen bepalen dat de verzorging in het kader van de DMH noodzakelijk is.

Bij de zorgverstrekkers zijn de risico's op misbruik dezelfde als de risico's die bestaan in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de algehele bevolking. De verplichte verzekering voert echter een aantal controles uit op de prestaties van de zorgverstrekkers die niet worden uitgevoerd in het kader van de DMH, bijvoorbeeld wat de duur van ziekenhuisopnames betreft of de naleving van specifieke voorwaarden die aan bepaalde prestaties zijn gekoppeld.

Hoofdstuk 5

Conclusies en aanbevelingen

5.1 Algemene conclusie

In overeenstemming met de nationale en internationale normen organiseert België een systeem van dringende medische hulp (DMH) voor mensen zonder wettig verblijf. De wetgever heeft dat systeem ingevoegd in de bestaande regeling voor maatschappelijke hulp die op lokaal niveau wordt beheerd door de OCMW's en die op federaal niveau wordt gecontroleerd door de POD MI.

De toegang tot geneeskundige verzorging is echter niet gewaarborgd voor iedereen die aan de voorwaarden voldoet om zorg te genieten, wat een risico vormt voor de gezondheid van de algemene bevolking vanwege besmettelijke ziektes, en voor de overheidsfinanciën vanwege ziekenhuisopnames die vermeden hadden kunnen worden.

Het zijn de OCMW's die instaan voor de procedure die toegang verleent tot geneeskundige verzorging, op een niveau dat zo dicht mogelijk bij de aanvrager blijft. De OCMW's moeten immers een sociaal onderzoek uitvoeren om te controleren of de betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden om toegang te krijgen tot gezondheidszorg, zoals niet over voldoende middelen beschikken en in de gemeente verblijven. Het feit dat bepaalde OCMW's de toegang tot geneeskundige verzorging soms beperken of weigeren, wordt echter onvoldoende gecontroleerd door de POD MI. Het beleid van de POD MI geeft de OCMW's veel vrijheid om de parameters te bepalen van de toegang tot geneeskundige verzorging, terwijl ze geen bevoegdheden hebben op het vlak van gezondheidszorg. Door de administratieve en financiële lasten die de OCMW's dragen, zijn ze soms geneigd begunstigen geen toegang te verlenen tot de wettelijk bepaalde geneeskundige verzorging.

De beperking van de toegang tot zorg verergert de gezondheidsproblemen van de betrokkenen en veroorzaakt hoge uitgaven voor de openbare financiën, door ziekenhuiskosten die vermeden hadden kunnen worden. Het tarief voor een raadpleging bij een geconventioneerde huisarts ligt immers dertig keer lager dan de kosten van één dag in het ziekenhuis. De toegang tot geneeskundige verzorging bevorderen, en dan vooral ambulante zorg (d.w.z. geen ziekenhuisopname), is een positieve maatregel voor de openbare financiën. Het is ook een maatregel die de algehele bevolking ten goede komt, omdat de verspreiding van infectieziekten erdoor kan worden voorkomen. Beperkingen van de toegang tot geneeskundige verzorging zijn bovendien in strijd met de wet en leiden tot rechtszaken, wat een verspilling is van menselijke en financiële middelen, en de hoven en rechtbanken nog extra belast.

De POD MI houdt zijn directe uitgaven in de hand door de kosten te controleren die hij aan OCMW's terugbetaalt in het kader van de DMH. De POD evalueert echter niet het effect van de zorgbeperkingen die de OCMW's opleggen, waardoor hij geen zicht heeft op de globale impact van die beperking op de openbare financiën, in het bijzonder op het vlak van de ziekenhuisopnames, die meer dan de helft van de uitgaven voor de DMH vertegenwoordigen.

De DMH-regelgeving bepaalt de toegang tot geneeskundige verzorging en een gelijke behandeling voor mensen zonder wettig verblijf, die niet over de middelen beschikken om hun gezondheidszorg te bekostigen. Sommige procedures die in de praktijk worden toegepast, stromen echter niet met het beginsel van de gelijke behandeling van de begunstigden. Die processen en de controle ervan door de POD MI hebben bovendien tot gevolg dat de effectieve toegang tot geneeskundige verzorging voor DMH-begunstigden, zoals in de wet is bepaald, niet altijd gewaarborgd is.

In haar antwoord stelt de minister die bevoegd is voor Maatschappelijke Integratie dat toegang tot dringende medische hulp een mensenrecht is, ook voor mensen zonder wettig verblijf. Naar aanleiding van dit auditverslag verbindt ze zich ertoe om samen met haar administratie te bekijken hoe het beleid geoptimaliseerd kan worden, met respect voor de lokale autonomie van de OCMW's.

5.2 Aanbevelingen

Thema's	Aanbevelingen	Gericht aan	Zie punt
Sociaal onderzoek	1 Richtlijnen uitvaardigen om: 1. snelle toegang tot verzorging mogelijk te maken als een persoon dringend verzorging nodig heeft 2. het sociaal onderzoek door het OCMW te vergemakkelijken in het geval van een ziekenhuisopname	POD MI	3.2
	2 Als een ander OCMW bevoegd wordt, de continuïteit van de toegang tot verzorging garanderen totdat een nieuw sociaal onderzoek is uitgevoerd	Wetgever of regering	3.3.2.2
	3 De informatie over het eventuele bestaan van een borgsteller toegankelijk maken voor de OCMW's via een gecentraliseerde database	Regering	3.3.2.4
Registratie van de beslissingen	4 Om te controleren of de OCMW's de wettelijke beslissingstermijn hebben nageleefd, de verplichting opleggen om alle beslissingen in Mediprima te registreren, met verplichte vermelding van: • de datum van de aanvraag door de begunstigde • de datum van de positieve beslissing • de datum van de negatieve beslissing	POD MI	3.4.1
Toegang tot geneeskundige verzorging	5 De toegang tot verzorging toekennen voor onbepaalde duur en om de drie maanden controleren of de begunstigde nog altijd voldoet aan de voorwaarden voor DMH	Wetgever of regering	3.4.3.1

Toegang tot verzorging (registratie)	In de registratiesystemen 6 - de mogelijkheid schrappen om de looptijd van de toegang tot verzorging te beperken	POD MI	3.4.3.1
	7 - de mogelijkheid schrappen om een principiële beslissing aan te maken, d.w.z. een positieve beslissing die niet voorziet in toegang tot verzorging		3.4.3.2
	8 - automatisch toegang tot alle zorgverstrekkers voorstellen		3.4.3.3
	9 - automatisch toegang verlenen tot alle verzorging die wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, volgens dezelfde criteria als voor de patiënten die van dat stelsel afhangen		3.4.3.4
Communicatie van de beslissing	10 Een gestandaardiseerd document opstellen waarmee de begunstigde duidelijk aan de zorgverstrekker kan laten weten dat het OCMW heeft beslist de zorg ten laste te nemen en waarmee de zorgverstrekker de identiteit van de begunstigde kan controleren aan de hand van een foto	POD MI	3.4.5
Mediprima	11 Mediprima uitbreiden door: • het systeem voortaan te veralgemenen voor alle artsen (huisartsen en specialisten) en apothekers • het systeem versneld in te voeren voor de andere zorgverstrekkers	Wetgever en regering	3.6.2
Attest van dringende medische hulp	12 Het attest van dringende medische hulp afschaffen	Wetgever	3.6.3
Definitie van 'hulp'	13 In de reglementaire teksten de formulering 'dringende medische hulp' vervangen door 'medische basishulp' die alle verzorging omvat die wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging	Wetgever	3.6.4
Toepassing van de wet	14 De rechtspraak in de drie gewesten onderzoeken, om na te gaan of de OCMW's de wet toepassen	POD MI	3.7
Administratiekosten	15 De mogelijkheid onderzoeken om de administratiekosten van de OCMW's te vergoeden voor DMH-dossiers rekening houdend met de effectieve werklast	Wetgever	3.8

Omkadering van de acties van de OCMW's	16 De controles doeltreffender maken door een steekproef van dossiers te selecteren om het proces te controleren dat het OCMW volgt, zonder daarbij de steekproef af te stemmen op de grootte van het OCMW	POD MI	4.2.1
	17 Nauwer toezien op de correcte toepassing van de wetgeving met oog voor de rechten van de begunstigden		4.3.4
Evaluatie van het beleid	18 Met de hulp van gespecialiseerde partners: • evalueren wat de impact is van het beleid op de gezondheid van de begunstigden en van de algehele bevolking, en op de globale gezondheidsuitgaven • nadenken over situaties waarbij de OCMW's noodzakelijke medische zorg ten laste nemen die niet wordt terugbetaald door de POD MI	POD MI	4.3.5

Bijlage

Antwoord van de minister van Maatschappelijke Integratie

Op donderdag 20 maart 2025 bezorgde een medewerker van de strategische beleidscel het onderstaande antwoord van de minister van Maatschappelijke Integratie via e-mail aan het auditteam:

"Ik heb het ontwerprapport m.b.t. Dringende Medische Hulp (DMH) voor mensen zonder wettig verblijf goed ontvangen en met veel aandacht gelezen. Toegang tot dringende medische hulp is een mensenrecht, ook voor mensen zonder wettig verblijf. Ik neem kennis van de conclusie en aanbevelingen en bekijk samen met mijn administratie op welke wijze we het beleid verder kunnen optimaliseren, met respect voor de lokale autonomie van de OCMW's."

Dit verslag is enkel elektronisch beschikbaar, in het Nederlands en het Frans
op rekenhof.be.



WETTELIJK DEPOT

D/2025/1128/09

COVERFOTO

Shutterstock

ADRES

Rekenhof
Regentschapsstraat 2
1000 Brussel

TEL.

+32 2 551 81 11

rekenhof.be