

INZETTEN OP PREVENTIE BIJ DRINGENDE MEDISCHE HULP:

een strategie om kosten
te besparen en voor
een betere toegang
tot zorg.



**FEDERATIE VAN
BRUSSELSE OCMW'S**

BRULOCALIS, VERENIGING STAD & GEMEENTEN VAN BRUSSEL

OVERZICHT

Zonder exhaustief te willen zijn, belicht dit onderzoek de administratieve barrières en de gevolgen van een restrictief gezondheidsbeleid voor de volksgezondheid. We staan ook stil bij de financiële middelen voor dringende medische hulp.

In dit onderzoek wordt gekeken naar de moeilijkheden waarmee mensen zonder wettig verblijf in België te maken krijgen wanneer ze toegang willen krijgen tot gezondheidszorg. Nadruk ligt hierbij op het systeem van dringende medische hulp (DMH).

De DMH is de poort naar gezondheidszorg. Maar desondanks zorgen de administratieve rompslomp en de toelatingsvoorwaarden ervoor dat mensen moeilijk toegang krijgen tot de zorg. De omslachtige procedures werken vaak ontmoedigend en ondermijnen de doeltreffendheid van het systeem. Ze vergroten zo de gezondheidsrisico's voor de betrokken personen en zorgen ervoor dat ze hun rechten niet opnemen.

Het huidige beleid wordt vaak gestuurd door bezuinigingen of nationaliteitsoverwegingen en streeft naar het beperken van de toegang tot DMH. Hierdoor wordt de gezondheidsongelijkheid nog groter. Deze aanpak dreigt niet alleen de volksgezondheid in het gedrang te brengen, maar zorgt op termijn ook voor hogere kosten bij gebrek aan preventieve zorg.

Het huidige systeem moet hervormd worden. Door in te zetten op preventie kan men toekomstige gezondheidscomplicaties verminderen en tegelijkertijd de totale kostprijs verlagen. In deze studie worden, in de hoop dat ze politici kunnen helpen bij hun besluitvorming, concrete maatregelen aangereikt voor een rechtvaardigere gezondheidszorg. Daarbij wordt rekening gehouden met de wettelijke beperkingen.

VOORWOORD

Geen papieren, geen bestaansrecht?

Door dit werk komt een pijnlijke realiteit naar voren: die van een verdeelde mensheid. Aan de ene kant heb je de mensen die hun rechten genieten en aan de andere kant de mensen die van hun rechten beroofd zijn. Deze ongelijkheid benadrukt het aanhoudende onrecht in onze samenleving. Het leven is niet altijd eerlijk. Door de grillen van het lot worden sommige mensen geboren met privileges, terwijl anderen moeten vechten voor hun basisrechten.

Ik roep je op om je bewust te zijn van de ongelijkheid en te blijven hopen op een betere toekomst. Het is belangrijk om ons actief voor verandering in te zetten, om onze verontwaardiging te vertalen naar concrete maatregelen en om de factor geluk uit te dagen die nooit de menselijke waardigheid zou mogen ondermijnen. Door te geloven in ons eigen kunnen, kunnen we echt een verschil maken..

Table des matières

OVERZICHT	2
VOORWOORD	3
METHODE	6
Lijst met afkortingen	6
Inleiding	7
Hoofdstuk 1: Overzicht van het algemene kader	8
1. Wettelijke basis	9
2. De financiering van DMH voor de OCMW's	10
3. Personeel toepassingsgebied van de DMH en toegangsvoorwaarden	10
4. In de praktijk	11
4.1. <i>Indiening van de aanvraag</i>	11
4.2. <i>Maatschappelijk onderzoek</i>	11
4.3. <i>Toekenning van de steun</i>	12
4.4. <i>Terugbetaling van de geneeskundige verzorging</i>	12
Hoofdstuk 2: Administratieve rompslomp en moeilijke toegang tot dringende medische hulp	13
1. Omslachtige administratieve procedures	13
2. Verwerkingstijden	14
3. Een disproportionele administratieve kostprijs	16
4. Een middel voor gezondheidsbeleid of een ontmoedigende maatregel?	17
Hoofdstuk 3: De impact van de politieke programma's op de dringende medische hulp	18
1. Een groeiende bedreiging in het politieke discours	18
1.1. <i>Reële kostprijs</i>	18
1.2. <i>Medisch toerisme</i>	19
1.3. <i>Restricties</i>	20
2. Weg van de echte problemen	21
Hoofdstuk 4: Preventie als remedie om de kosten van de gezondheidszorg te verlagen	22
1. Het principe van preventie	22
2. Preventie is goedkoper	22
3. Preventie en dringende medische hulp	23
4. Minder druk op de ziekenhuizen	23

5. Evaluatie van de gemiddelde kostprijs van medische hulp	23
Hoofdstuk 5: Een voorstel tot hervorming waarbij preventie een plaats krijgt	26
1. Eén enkel attest dringende medische hulp bij eerstelijnszorg	26
2. Voorstel tot hervorming	27
BESLUIT	29
Verwijzingen	30

METHODE

Dit schrift borduurt voort op onderzoek en studies van de laatste jaren, in het bijzonder het KCE-onderzoek van 2015 “Naar een hervorming van de toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf” , en op sommige ideeën van het memorandum 2024 van Dokters van de wereld in aanloop naar de verkiezingen, “Een wegwijzer voor de vereenvoudiging en harmonisering van de Dringende Medische Hulp” .

Hoewel er heel wat te verbeteren valt, zoals bijvoorbeeld mensen zonder wettig verblijf toegang geven tot de ziekteverzekering of het federaliseren van de hulpverlening, beoogt dit werk toch realistisch te zijn ten aanzien van het bestaande wettelijke kader. Het is de bedoeling hervormingen voor te stellen binnen het huidige wettelijke kader.

Lijst met afkortingen

DMH	Dringende medische hulp
ADMH	Attest dringende medische hulp
HZIV	Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
DvdW	Dokters van de Wereld
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
POD-MI	Programmatorische overheidsdienst – Maatschappelijke integratie

Inleiding

Iedereen moet recht hebben op toegang tot gezondheidszorg. Dat is een fundamenteel mensenrecht. Voor kwetsbare bevolkingsgroepen blijft de toegang tot gezondheidszorg evenwel een complex gegeven, dat morele, juridische en sociale overwegingen met zich meebrengt. Onder deze bevolkingsgroepen bevinden zich mensen die geen wettig verblijf (meer) hebben in België en wier administratieve rechtsonzekerheid verstrengeld is met medische problemen.

Een dergelijke gevoelige problematiek als Dringende Medische Hulp (DMH) bestuderen en tegelijk neutraal blijven, is een hele uitdaging. Het onderwerp is intrinsiek verbonden met de mensenrechten, de medische ethiek en het overheidsbeleid. Het zorgt voor verhitte en vaak controversiële discussies. We moeten erkennen dat er grenzen zijn aan onze objectiviteit in een domein waar zowel persoonlijke als maatschappelijke belangen op het spel staan.

Mijn diepe overtuiging dat gezondheid een universeel recht is, heeft onvermijdelijk een invloed op onderhavige analyse. Dit perspectief wordt ondersteund door de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, die in artikel 25 stelt dat “Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services”. Dit uitgangspunt stuurt en vormt de manier waarop de gegevens en argumenten in dit werk worden geïnterpreteerd en gepresenteerd.

Het feit dat we deze beïnvloeding erkennen, betekent niet dat we geen belang hechten aan een rigoureuze en evenwichtige analyse. Integendeel, dat betekent dat we gaan proberen de informatie op een transparante manier te presenteren, zonder de ethische en menselijke waarden die aan deze analyse ten grondslag liggen, uit het oog te verliezen. Het gezondheidsbeleid, en in het bijzonder dat rond de DMH, weerspiegelt de ethische en politieke keuzes van een samenleving. Het is cruciaal om te onderzoeken hoe deze keuzes kunnen worden afgestemd op principes van sociale rechtvaardigheid en respect voor mensenrechten.

Deze studie wil daarom de complexe problemen rond DMH onderzoeken, waarbij de administratieve, economische en menselijke aspecten van het probleem aan bod komen. Het is ook de bedoeling om hervormingen aan te dragen voor een efficiënter en rechtvaardiger systeem. In de studie wordt gekeken naar manieren om financiële beperkingen te verzoenen met ethische vereisten, om iedereen correcte toegang tot medische zorg te kunnen geven.

Als samenleving mogen we niet uit het oog verliezen dat we in België in een rechtsstaat leven, waar waardigheid en respect voor de mensenrechten primeren. Gezondheid mag nooit een politiek wapen worden. De mogelijke veranderingen die sommige politici tijdens de kiescampagne van 9 juni hebben afgekondigd, dreigen de fundamenten van de DMH op losse schroeven te zetten en duizenden mensen van essentiële zorg te beroven.

Het gezondheidsbeleid moet altijd het welzijn van alle mensen beschermen en verbeteren, ongeacht hun migratiestatus. Met ons werk willen we een bijdrage leveren aan dit debat, in de hoop beleidsmakers en burgers duidelijk te kunnen maken dat dringende medische hulp voor alle buitenlanders in nood absoluut moet blijven bestaan en versterkt moet worden.

Hoofdstuk 1: Overzicht van het algemene kader

Dringende medische hulp is een financiële steun van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) voor de medische kosten van een persoon die zonder wettig verblijf in België verblijft. Dringende medische hulp is geen financiële hulp die rechtstreeks aan de betrokken persoon wordt uitbetaald. Wel zijn of haar medische kosten worden betaald (dokter, ziekenhuis, medicatie, enz.). Waarmee de persoon dus toegang krijgt tot medische zorg.

Uit de naam kan je afleiden dat het hier enkel gaat om dringende hulp, bijvoorbeeld bij een ongeval of na een ziekte. Dringende medische hulp is evenwel ook preventief van aard en kan bijvoorbeeld ook bestaan uit een medisch onderzoek, behandeling door een fysiotherapeut of zelfs gewoon een bezoek aan de huisarts.

Enkel een arts bepaalt of medische hulp nodig is. Noch de patiënt, noch het OCMW kan zich in deze beslissing mengen.

1. Wettelijke basis

Hieronder volgen de verschillende regelgevende teksten met betrekking tot DMH.

- ***De organieke wet van de OCMW's van 8 juli 1976¹***

Artikel 57, §2 van de organieke wet bepaalt dat de opdracht van het OCMW beperkt is tot het verlenen van dringende medische hulp aan een vreemdeling die illegaal in het Rijk verblijft en tot het vaststellen van de staat van behoefteigheid doordat de ouders hun onderhoudsplicht niet nakomen of niet in staat zijn die na te komen, wanneer het gaat om een vreemdeling jonger dan 18 jaar die met zijn ouders illegaal in het Rijk verblijft.

- ***Omzendbrief van 24 november 1997 over de dringende medische hulpverlening aan vreemdelingen die illegaal in ons land verblijven²***

In de omzendbrief wordt aangegeven dat deze hulp een uitsluitend medisch karakter heeft.

Het gaat om: i) preventieve en curatieve zorg; ii) ambulante zorg en zorg in een zorginstelling; en iii) DMH moet ook continuïteit van zorg mogelijk maken om de patiënt en de volksgezondheid te beschermen in geval van een besmettelijke ziekte.

- ***Wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn³.***

Deze wet bepaalt welk OCMW territoriaal bevoegd is om een hulpaanvraag te behandelen.

- ***Omzendbrief van 28 juni 2021 inzake de terugbetaling van medische kosten die ingevolge de Zesde Staatshervorming zijn overgeheveld naar de gefedereerde entiteiten⁴.***

Deze reorganisatie heeft de bevoegdheidsverdeling tussen de verschillende bestuursniveaus in België gewijzigd. De omzendbrief specificeert meer bepaald hoe de kosten voor gezondheidszorg, die vroeger op federaal niveau werden beheerd, nu door de gewesten of gemeenschappen worden gedragen en wat de gefedereerde entiteiten moeten doen om deze kosten terugbetaald te krijgen.

¹ Organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn [OCMW-wet], BS 5 augustus 1976.

² Deze omzendbrief van de ministers M. COLLA et J. PEETERS is verstuurd naar artsen, tandartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen en fysiotherapeuten, evenals naar zorginstellingen.

³ Wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, BS 6 mei 1965.

⁴ Deze omzendbrief van minister K. LALIEUX is verstuurd naar de OCMW-voorzitters.

- ***Informatiedocument betreffende de medische bewijsstukken in het kader van de wet van 2 april 1965 en het koninklijk besluit van 30 januari 1995⁵.***

Met dit document wil men kunnen garanderen dat de uitgaven voldoen aan de vastgestelde normen en goed gemotiveerd zijn, zodat ze vergoed kunnen worden in het kader van de wettelijke steun- of terugbetalingsregelingen.

2. De financiering van DMH voor de OCMW's

Uiteindelijk betaalt de Belgische overheid de DMH. Dit gebeurt via de programmatorische federale overheidsdienst Maatschappelijke Integratie (POD-MI).

Voor eerstelijnszorg stuurt de zorgverlener zijn factuur naar het OCMW. Het OCMW wordt vervolgens terugbetaald door de POD-MI. Voor ziekenhuiszorg stuurt de zorgverlener zijn factuur naar de HZIV via MediPrima (geautomatiseerd systeem voor gegevensoverdracht) en de HZIV wordt terugbetaald door de POD-MI.

Geneeskundige verstrekkingen die op de lijst staan met nomenclatuur en pseudonomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en terugbetaalbare geneesmiddelen worden terugbetaald. In de ZIV is wel een maximumbedrag vastgelegd. Bepaalde zorgen worden niet terugbetaald. Deze zorg wordt betaald door het OCMW of door de zorgverlener. Het OCMW staat ook in voor het personeel dat de aanvragen moet behandelen.

De POD-MI neemt na drie jaar een steekproef van de dossiers waarvoor de OCMW's een terugbetaling hebben aangevraagd en gaat ze na.

3. Personeel toepassingsgebied van de DMH en toegangsvoorwaarden

Alleen de volgende mensen komen in aanmerking voor DMH, mits ze aan bepaalde voorwaarden voldoen:

- Vreemdelingen die illegaal in België verblijven;
- Andere categorieën vreemdelingen die geen recht hebben op maatschappelijke bijstand.

Er zijn twee voorwaarden:

- Geen geldige ziektekostenverzekering hebben;

⁵ Dit document wordt verstrekt door de POD Maatschappelijke Integratie en wordt regelmatig bijgewerkt. De laatste versie dateert van juni 2024. Zie: <https://www.mi-is.be>, bekeken op 1 juli 2024.

- Behoeftig zijn, d.w.z. de medische behandeling niet kunnen betalen.

4. In de praktijk

Alle mensen die legaal in België verblijven, hebben recht op maatschappelijke bijstand in de breedste zin van het woord. Mensen die illegaal in België verblijven, niet. Zij hebben enkel recht op dringende medische hulp (DMH), een soort maatschappelijke hulp die uitsluitend beperkt is tot medische zorg.

DMH is een federale bevoegdheid, wordt gecoördineerd door de POD Maatschappelijke Integratie en beheerd door de OCMW's.

De illustratie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)⁶ op de volgende pagina laat op een overzichtelijke manier zien welke vier stappen iemand moet doorlopen om dringende medische hulp te kunnen krijgen. We leggen ze hieronder uit:

4.1. Indiening van de aanvraag

De persoon moet naar het OCMW gaan van de gemeente waar hij/zij gewoonlijk verblijft en daar een hulpaanvraag indienen. Het OCMW overhandigt de persoon een ontvangstbewijs waaruit blijkt dat de aanvraag is ingediend.

4.2. Maatschappelijk onderzoek

Het OCMW gaat dan de toekenningsvoorwaarden na. Dat gebeurt aan de hand van het maatschappelijk onderzoek dat door een maatschappelijk werker van het OCMW conform de wettelijke basis wordt uitgevoerd⁷.

In theorie moet er binnen 30 dagen een beslissing worden genomen of er al dan niet steun wordt toegekend.

⁶ D. ROBERFROID, M. DAUVRIN, I. KEYGNAERT, A. DESOMER, B. KERSTENS, C. CAMBERLIN, J. GYSEN, V. LORANT, I. DERLUYN, *Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf?*, Health Services Research (HSR), Brussels, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2015, KCE Reports 257A. [DOI: 10.57598/R257AS](https://doi.org/10.57598/R257AS).

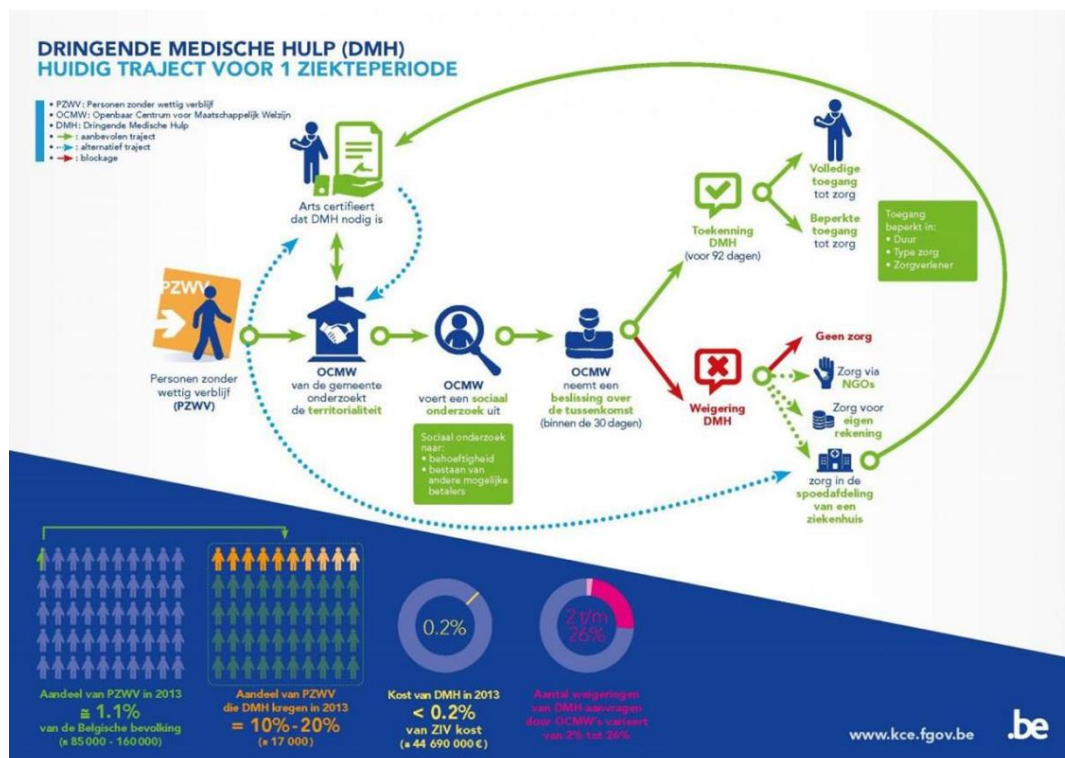
⁷ Artikel 60 organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn; artikel 9bis wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn; Koninklijk besluit van 1 december 2013 betreffende de minimumvoorwaarden 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, BS 13 maart 2014.

4.3. Toekenning van de steun

Als het OCMW de persoon geneeskundige hulp toekent op basis van zijn behoefte, dan moet hij of zij een medisch attest van een arts voorleggen dat de dringende aard van de hulp bewijst. Alleen zo kan de hulp geactiveerd worden.

4.4. Terugbetaling van de geneeskundige verzorging

Met deze twee documenten (de beslissing tot toekenning en het medisch attest) kan het OCMW de geneeskundige verstrekkingen daadwerkelijk betalen. Het kan dan bij de federale overheid gaan aankloppen om de steun terugbetaald te krijgen. Het bedrag is beperkt tot dat van de kosten die worden terugbetaald volgens de codes van het RIZIV.



Hoofdstuk 2: Administratieve rompslomp en moeilijke toegang tot dringende medische hulp

In dit hoofdstuk worden de verschillende aspecten van de administratieve rompslomp van de DMH onderzocht. We kijken naar de tijd die nodig is voor de verwerking van de aanvragen. Dit duurt nu vaak te lang. We kijken ook naar de onevenredig hoge administratieve kostprijs en de vraag of de DMH echt gezondheidsbeleid is of eerder ontmoedigend werkt.

1. Omslachtige administratieve procedures

Dringende medische hulp voor vreemdelingen is een fundamenteel recht. Maar in de praktijk staat vaak een complexe en omslachtige bureaucratie in de weg. De administratieve procedures om DMH te verkrijgen zijn niet alleen lang en tijdrovend, ze kunnen mensen in kwetsbare situaties ook ontmoedigen om hun rechten uit te oefenen⁸. Het hele proces, vanaf het verzamelen van meerdere bewijsstukken tot het verkrijgen van handtekeningen en validaties van verschillende diensten, is een groot struikelblok voor wie het het hardst nodig heeft. Door deze complexiteit is er geen eerlijke toegang. Veel aanvragers raken verstrikt in een administratief labirint, wat de toegang tot zorg vertraagt of zelfs onmogelijk maakt.

Bovendien staan sommige mensen kritisch tegenover de uiteenlopende werkwijzen van de 19 Brusselse OCMW's bij het verkrijgen van DMH: andere formulieren, andere behandelingstermijnen, andere mate van zorg, enz.

Dit is vooral een probleem voor de meest kwetsbare mensen, die vaak niet vertrouwd zijn met administratieve procedures en taalbarrières op hun weg vinden. Op die manier wordt het recht op gezondheidszorg afhankelijk van de vraag of je in staat bent om door een ogenschijnlijk buitensporige bureaucratie te laveren. Deze complexiteit voel je op alle fronten: zorgverleners, verenigingen, mensen die door de maatregel getroffen worden, enz.

De zware administratieve procedures worden niet alleen door de begunstigden gehekeld, maar ook door de OCMW's. Zij wijzen met een beschuldigende vinger naar de steeds strengere voorwaarden van het maatschappelijk onderzoek en naar het feit dat elke factuur aan een zorgattest moet worden gekoppeld. Dit zorgt voor een aanzienlijke administratieve last als men in

⁸ Observatorium voor welzijn en gezondheid Brussel (2017), *Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad*, Thematisch rapport 2016, Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie: Brussel, te vinden [op deze site](#), bekeken op 24 april 2024.

aanmerking wil komen voor terugbetaling door de federale overheid en als men wil vermijden dat de gemeentelijke financiën in het gedrang komen.

Hieronder volgt een uittreksel uit het memorandum van Dokters van de Wereld over DMH⁹, dat de steunvoorwaarden illustreert.

› Obstacles die de toegang tot Dringende Medische Hulp (DMH) bemoeilijken



2. Verwerkingstijden


Dokters van de Wereld heeft in de praktijk vastgesteld dat het langer dan 30 dagen duurt, de wettelijke limiet vastgelegd door de POD Maatschappelijke integratie (POD-MI), om DMH te kunnen krijgen. De medische wereld beschouwt deze termijn trouwens al als te lang wil men een groot aantal gezondheidsproblemen en pathologieën goed kunnen behandelen.

⁹ Te vinden [op deze site](#), bekeken op 25 juni 2024.

Het Athena Centrum¹⁰ heeft vastgesteld dat het aantal DMH-begunstigden dat moeilijk terugbetaling krijgt van het OCMW toeneemt. In 2023 moest 33% van de begunstigden van DMH¹¹ verschillende keren terugkomen omdat de behandeling door het OCMW vertraging opliep.

Ter illustratie toont deze tabel¹² de cijfers voor 2022 voor de benodigde tijd in dagen om DMH te verkrijgen in de 2 opvang-, zorg- en oriëntatiecentra van Dokters van de Wereld.

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



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

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

Dat de termijnen niet worden nageleefd, heeft te maken met het feit dat er voor het maatschappelijk onderzoek steeds strengere voorwaarden zijn en doordat er bij elke factuur een getuigschrift van zorgverstrekking moet steken.

De OCMW's hebben bovendien te kampen met een tekort aan maatschappelijk werkers terwijl ze tegelijkertijd de wettelijke voorwaarden voor de toekenning van DMH moeten zien te verzoenen om terugbetaald te kunnen worden. Helaas geven de Brusselse OCMW's aan dat ze soms de opgelegde wettelijke termijn van 30 dagen niet kunnen naleven.

¹⁰ Het Athena Centrum is een Brusselse medische instelling waar mensen die wachten op geneeskundige zorg terecht kunnen voor een eenmalige consultatie.

¹¹ Volgens de cijfers van het Athena Centrum.

¹² Memorandum 2024 van Dokters van de Wereld "Een wegwijzer voor de vereenvoudiging en harmonisering van de Dringende Medische Hulp", p. 13 – te vinden [op deze website](#).

3. Een disproportionele administratieve kostprijs

De zware administratieve last van de DMH treft niet alleen de aanvragers, maar legt ook een zware last op de OCMW's en het ministerie dat instaat voor de controles, de POD-MI. Er worden aanzienlijke personele en financiële middelen ingezet voor de behandeling van de DMH-dossiers. De OCMW's moeten veel personeel inzetten om aanvragen te verwerken, bewijsstukken te controleren en de dossiers op te volgen. De controles van het ministerie om na te gaan of de aanvragen wettig zijn, zorgen voor nog meer administratieve kosten.

In de 19 OCMW's in het Brusselse Gewest zijn naar schatting tussen de 100 en 110 maatschappelijk assistenten nodig voor het beheer van de DMH (elke medewerker beheert ongeveer 120 dossiers op basis van een werklust die 70% van het jaarlijkse publiek op continue basis vertegenwoordigt) en tussen de 50 en 60 administratieve medewerkers (voor het invoeren van voorstellen, het ondertekenen van beslissingen, de kennisgevingen, het uitvaardigen van betalingsverbintenissen, het analyseren van facturen, het terugvorderen van kosten, enz.). Per jaar komt dit voor de lokale besturen in ons gewest neer op een kostprijs van ongeveer 8 miljoen euro¹³.

Bovenop deze directe kosten komen nog de indirecte personeelskosten (onthaalpersoneel, logistiek en archivering, IT-ondersteuning, financiën, juristen, HR, secretariaatsmedewerkers, etc.) en de werkingskosten (gebouwen, uitrusting, energie, enz.).

Bijvoorbeeld, bij een aanvraag voor DMH moet een maatschappelijk assistent een maatschappelijk onderzoek uitvoeren, waarbij hij/zij met de persoon afspreekt, huisbezoeken aflegt en derden aanspreekt (HZIV, Vreemdelingendienst, opvangcentra, etc.). De aanvraag wordt vervolgens onderzocht door een commissie en de beslissing wordt meegedeeld aan de betrokkene en verwerkt in de verschillende informaticaprogramma's. Vervolgens moet de kaart worden aangemaakt, de invoer worden gedaan en de facturen worden gecontroleerd die aan de attesten zijn gekoppeld. Dat vraagt nog heel wat back-officewerk. Daar komen nog de kosten bij van de noodzakelijke medische consultatie om het attest voor dringende medische hulp te kunnen krijgen.

¹³ Het gaat om een schatting op basis van de cijfers van de DMH van de POD-MI en de inzet van personeel zoals meegedeeld door de OCMW's van Schaarbeek, Molenbeek, Sint-Gillis en Anderlecht.

Ironisch genoeg zou je kunnen denken dat deze administratieve kosten hoger liggen dan de werkelijke medische kosten.

Uit deze paradox rijst een fundamentele vraag: is het gerechtvaardigd om evenveel, of zelfs meer, uit te geven aan het beheer en de controle van de DMH dan aan de zorgverstrekking zelf?

4. Een middel voor gezondheidsbeleid of een ontmoedigende maatregel?

Uit deze analyse volgt nog een andere vraag: zijn we bereid meer te betalen om aan te tonen dat DMH geen verworven recht is? De buitensporige bureaucrativering van de DMH kan eerder worden geïnterpreteerd als een ontmoedigingsstrategie dan als een echt beleid op het gebied van volksgezondheid. Door de procedures ingewikkelder te maken en de controles uit te breiden, kan het lijken alsof de autoriteiten de toegang tot de DMH willen beperken, wat rechtstreeks in tegenspraak zou zijn met het universele recht op gezondheid.

Het is van groot belang om de prioriteiten te herzien en de procedures te vereenvoudigen om DMH echt toegankelijk te maken. Door het stroomlijnen van processen en het verminderen van de administratieve kosten kan het systeem niet alleen efficiënter worden, maar kunnen de middelen ook beter worden ingezet voor patiëntenzorg. Door de bureaucratie te verminderen, kunnen we niet alleen het recht op gezondheid respecteren, maar ook de overheidsuitgaven optimaliseren.

Het is essentieel om naar eenvoudiger procedures te gaan om een effectieve toegang tot zorg te kunnen garanderen en tegelijkertijd overbodige kosten te beperken. Het uiteindelijke doel moet zijn dat DMH een fundamenteel recht blijft en geen moeilijk te verkrijgen voorrecht.

Hoofdstuk 3: De impact van de politieke programma's op de dringende medische hulp

Dit hoofdstuk onderzoekt het politieke discours en de politieke overtuigingen rond DMH.

1. Een groeiende bedreiging in het politieke discours

Onder het mom van het beschermen van nationale belangen en het terugdringen van overheidsuitgaven stellen sommige partijen drastische maatregelen voor die veel mensen de toegang tot essentiële gezondheidszorg zouden kunnen ontfemen. Nationaliteit wordt zo een discriminerend criterium en de gezondheid van buitenlanders komt op de tweede plaats, na de begroting en identiteitgerelateerde afwegingen.

Deze politieke oplossingen proberen vaak de rechten van buitenlanders (op het vlak van gezondheidszorg) te beperken. Ze beroepen zich hiervoor op het argument dat de nationale begroting ontzien moet worden. Het is echter belangrijk om te onthouden dat de uitgaven voor DMH slechts een klein deel van de totale begroting voor gezondheidszorg uitmaken. In feite zijn de kosten voor DMH verwaarloosbaar in vergelijking met de totale uitgaven van ons gezondheidszorgsysteem.

Door de kosten van dringende medische hulp te overdrijven en te beweren dat ze het gezondheidszorgsysteem in het gedrang brengen, proberen ze stopzetting- en uitsluitingsmaatregelen te legitimeren. Dergelijke polariserende retoriek is gebaseerd op een verkeerd beeld. Het kan een deel van de bevolking aanspreken en de steun voor extremistische partijen, die eenvoudige oplossingen voor complexe problemen beloven, vergroten.

Het is daarom cruciaal om deze onjuiste overtuigingen te deconstrueren en overheidsbeleid te stimuleren dat steunt op feiten en waarden van rechtvaardigheid en menselijkheid.

1.1. Reële kostprijs

In 2023 telde de POD-MI volgens het European Migration Network 22.798 mensen die een beroep deden op DMH¹⁴, op een geschat aantal van 112.000 mensen die in 2023 zonder wettig verblijf in België verbleef. Dit betekent dat momenteel slechts ongeveer 20% van de mensen die in

¹⁴ Jaarlijkse cijfers voor DMH 2023 gepubliceerd in 2024 door de POD-MI en verkrijgbaar [op deze site](#), bekeken op 22 juli 2024.

aanmerking komen voor dit recht elk jaar gebruik maken van DMH. Dit cijfer toont aan dat het systeem onderbenut wordt en dat mensen geen gebruik maken van hun rechten.

Bovendien blijkt dat in de praktijk de terugbetalingen voor zorg in het kader van de DMH gemiddeld 0,25% van het budget van de ziekteverzekering vertegenwoordigen. De onderstaande tabel¹⁵ van Dokters van de Wereld laat zien hoeveel geld de POD-MI uittrekt voor de terugbetaling van de DMH-zorg.

Hieruit blijkt dat de kosten veel lager uitvallen dan sommige partijen laten uitschijnen.

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

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

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

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

1.2. Medisch toerisme

Een ander argument dat men vaak hoort, is dat men bang is dat buitenlanders misbruik maken van het gezondheidszorgsysteem, ook wel “medisch toerisme” genoemd. Uit de cijfers hierboven blijkt echter het tegenovergestelde: ongeveer 80% van de mensen die in aanmerking komen voor DMH maken er geen gebruik van.

Tegenstanders vrezen dat het systeem mensen aantrekt die speciaal naar ons land komen om te profiteren van gratis of goedkopere zorg. Hoewel hiervoor weinig bewijs is, voedt deze perceptie de politieke retoriek voor het inperken van rechten.

¹⁵ Memorandum 2024 van Dokters van de Wereld “Een wegwijzer voor de vereenvoudiging en harmonisering van de Dringende Medische Hulp”, p. 11 – te vinden [op deze website](#).

Neem nu bijvoorbeeld Spanje. In 2012 besloot de conservatieve regering van Mariano Rajoy de toegang tot gezondheidszorg voor illegale migranten te beperken, in de hoop “meer dan 500 miljoen euro” te besparen en “gezondheidstoerisme” een halt toe te roepen.

De resultaten van dit beleid zijn echter desastreus. Uit een onderzoek bleek dat als gevolg van de afschaffing het sterftcijfer onder mensen zonder papieren aanzienlijk is gestegen. Het cijfer steeg met 22,6% in het derde jaar van het onderzoek (2015). Dat komt doordat levensbedreigende ziekten niet werden opgespoord en de behandeling van chronisch zieken werd stopgezet¹⁶.

In 2018 werd de maatregel weer ingetrokken, wat niet alleen aantoont dat de maatregel op het gebied van volksgezondheid maar ook financieel een mislukking was. Volgens het dagblad El Diario¹⁷ zijn de verwachte besparingen niet gerealiseerd. Wel integendeel. Het blijkt dat te late behandelingen, vooral in de spoed, veel duurder zijn.

1.3. Restricties

Als we het debat blijven aanwakkeren met verdeeldheid zaaiende politieke retoriek die ons probeert wijs te maken dat DMH ons gezondheidszorgsysteem in gevaar brengt vanwege de hoge kostprijs, is het belangrijk om niet te vergeten dat het afschaffen van dringende medische hulp desastreuze financiële gevolgen en gevolgen voor de volksgezondheid zou hebben. Het is duidelijk dat het beperken van de toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare bevolkingsgroepen niet de verwachte besparingen oplevert. Integendeel, het brengt zowel de volksgezondheid als de financiën van de gezondheidszorg in gevaar.

Een andere studie¹⁸ van het Bureau van de Europese Unie voor de grondrechten vergeleek de toegang tot gezondheidszorg in drie Europese landen en concludeerde dat de directe kosten in verband met de behandeling van problemen zoals hoge bloeddruk en prenatale zorg met 8 tot 69% dalen wanneer mensen zonder wettig verblijf dezelfde medische zorg krijgen als staatsburgers. We zien deze daling in vergelijking met een situatie waarin de toegang tot zorg voor deze mensen strikt beperkt is tot dringende gevallen. Het FRA-onderzoek concludeert dan ook duidelijk dat het geven van reguliere toegang tot gezondheidszorg besparingen oplevert¹⁹.

¹⁶ M URTARAN-LARESGOITI., J. FONSECA PESO, & R. NUÑO-SOLINIS, “Solidarity against healthcare access restrictions on undocumented immigrants in Spain: the REDER case study” in *Int J Equity Health* 18, 82 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0971-9>

¹⁷ Het artikel is op 11 juli 2017 gepubliceerd op de website van de krant CanariasAhora. Het artikel is [op deze site](#) gelezen op 28 juni 2024.

¹⁸ De studie werd in 2015 gepubliceerd [op de website van de Europese Unie](#) (FRA) en bekeken op 25 juni 2024.

¹⁹ Studie uit 2021, *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States* [hier](#) gelezen op 26 juli 2024.

Toch blijft de politieke retoriek doorgaan om deze uitgaven als een enorme kostenpost te presenteren, waardoor de spanningen en verdeeldheid in de samenleving toenemen.

2. Weg van de echte problemen

Door een al kwetsbare bevolkingsgroep te stigmatiseren, proberen sommige politici een zondebok te zoeken en het debat af te leiden van de noodzakelijke hervormingen om ons zorgsysteem efficiënter en rechtvaardiger te maken. Deze houding verdeelt niet alleen de burgers, maar gaat ook voorbij aan de bredere structurele problemen waarvoor concrete en inclusieve oplossingen nodig zijn.

We moeten erkennen dat de voorgenomen beperkingen op DMH de fundamentele problemen van ons zorgstelsel niet zullen oplossen. Integendeel, ze dreigen te zorgen voor meer ongelijkheid en brengen het universaliteitsprincipe in gevaar. Gezondheid mag niet verworden tot een instrument van politieke verdeeldheid, maar moet een fundamenteel recht blijven voor iedereen, ongeacht de nationaliteit.

Hoofdstuk 4: Preventie als remedie om de kosten van de gezondheidszorg te verlagen

Dit hoofdstuk onderzoekt de voordelen van DMH als een preventief middel om de totale kosten en de druk op de ziekenhuisinfrastructuur te verminderen.

1. Het principe van preventie

Een van de meest effectieve manieren om de uitgaven en meerkost van de gezondheidszorg te verminderen, is preventie. Dit principe is weliswaar niet vernieuwend, maar uit verschillende internationale onderzoeken en experimenten blijkt het wel goed te werken²⁰. Door te investeren in preventie verlagen we niet alleen de uitgaven voor gezondheidszorg op de lange termijn, maar verbeteren we ook de levenskwaliteit van mensen. Door te anticiperen op ziekten en ze te voorkomen in plaats van ze te moeten behandelen, is er minder behoefte aan dure en complexe medische ingrepen.

2. Preventie is goedkoper

Het hoeft geen betoog meer dat preventie een overheid minder kost. De initiële kosten voor preventieprogramma's, zoals vaccinatiecampagnes, regelmatige screening en initiatieven om mensen te stimuleren gezond te leven, worden ruimschoots gecompenseerd door de besparingen omdat er minder ziekenhuisopnames zijn, minder langdurige behandelingen en minder medische complicaties. Door chronische en acute ziekten te voorkomen, kunnen gezondheidszorgsystemen hun middelen besteden aan effectievere en gerichtere zorg.

Zo hebben programma's ter preventie van hart- en vaatziekten, diabetes en kanker²¹ aangetoond dat ze de kosten voor behandelingen aanzienlijk verlagen en de volksgezondheid verbeteren.

²⁰ Artikel gepubliceerd op Cairn Info in 2023 "*Comment évaluer l'efficacité économique de la prévention*" [hier](#) te vinden en bekeken op 4 juni 2024; artikel gepubliceerd op 16 mei 2018 op *Espace Infirmier* "*Prévenir, c'est guérir... (et ça coûte moins cher!)*" [hier](#) te vinden en bekeken op 4 juni 2024; artikel gepubliceerd op 1 februari 2024 op de website Belgium.be "preventieve zorg" [hier](#) te vinden en bekeken op 4 juni 2024; L. ANNEMANS, J.-. P. CLOSON, M.-C. CLOSON, I. HEYMANS, R. LAGASSE, E. MENDES DA COSTA, C. MOUREAUX, I. ROCH, Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2008. KCE Reports 85A. [DOI: 10.57598/R85A](#).

²¹ De studie is te vinden [op de site van het RIZIV](#), gepubliceerd op 14 mei 2009.

3. Preventie en dringende medische hulp

Door onder de DMH en haar toegang ook preventieve maatregelen in te voeren, kunnen we niet alleen onmiddellijk inspelen op de behoeften van de patiënt, maar ook mogelijke complicaties in de toekomst en de bijbehorende extra kosten beperken. Het gaat onder meer om het bevorderen van vaccinatie, regelmatige controles en toegang tot sociale en medische ondersteuning. In hoofdstuk 5 van dit werkstuk staan concrete voorstellen.

4. Minder druk op de ziekenhuizen

Een preventieve aanpak zou ook de spoeddiensten ontlasten en de druk op de ziekenhuisinfrastructuur verminderen. OCMW's kunnen in samenwerking met zorgverstrekkers en maatschappelijke organisaties een sleutelrol spelen bij het implementeren van preventieprogramma's. Door het steunen van lokale preventie-initiatieven kan er een omgeving ontstaan waar proactieve gezondheid de norm wordt. Hierdoor is er minder nood aan dure dringende zorg.

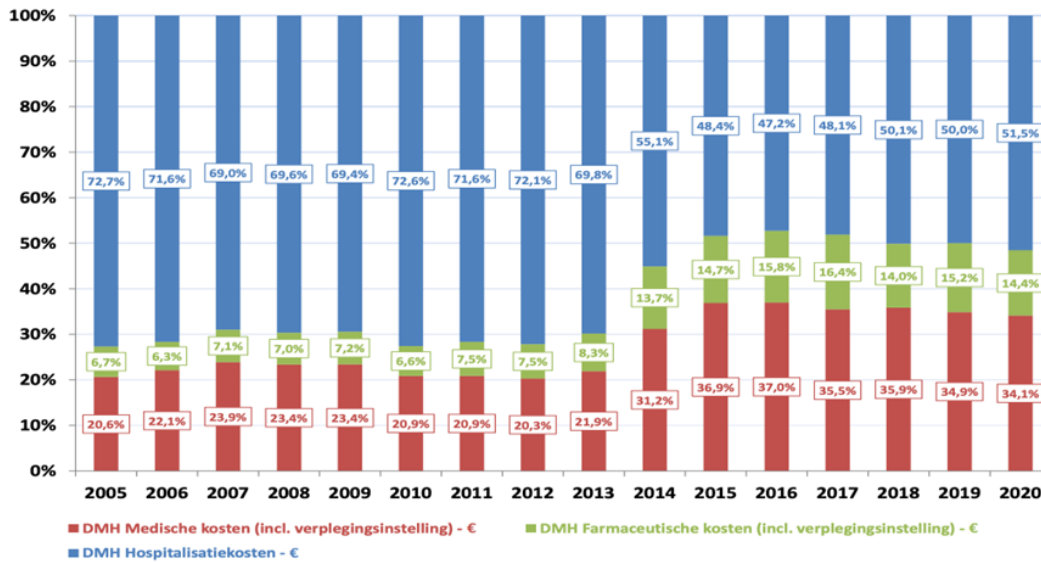
5. Evaluatie van de gemiddelde kostprijs van medische hulp

De drie onderstaande grafieken geven een duidelijk beeld van de impact van preventie op de mogelijke kostprijs van DMH²².

De eerste toont het percentage van de verschillende soorten kosten die voor dringende medische hulp worden terugbetaald. We zien drie soorten kosten: hospitalisatiekosten, farmaceutische kosten en medische kosten (inclusief ambulante kosten). Tussen 2005 en 2020 namen de ziekenhuiskosten het hoogste percentage in beslag. Tot 72,6% in 2010.

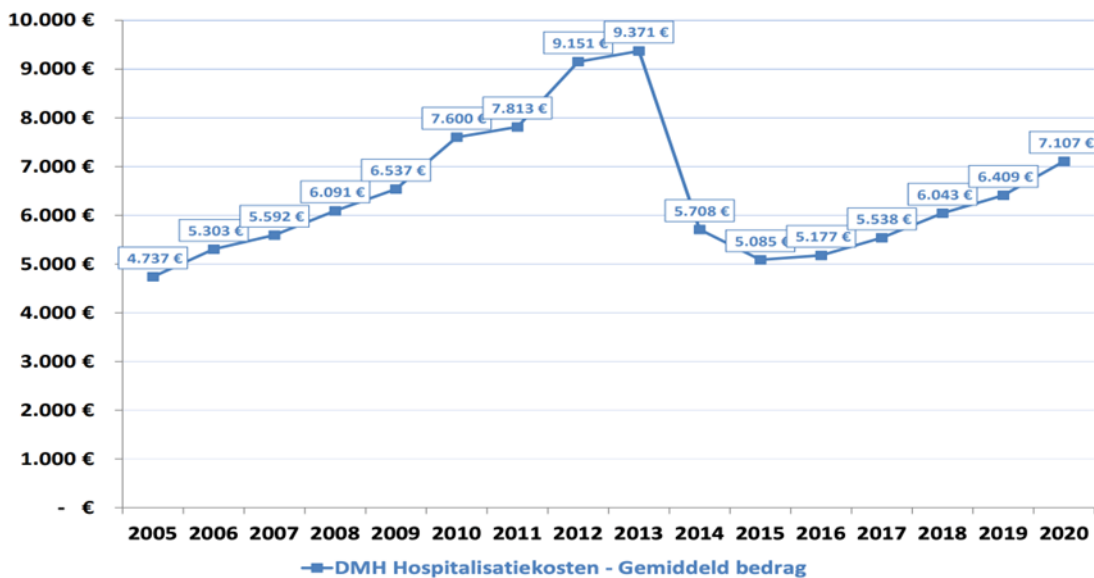
²² Deze grafieken komen uit de studie van de POD-MI, *Focus nr. 31: medische hulp van 2005 tot 2020, 2022*, te vinden op [deze site](#).

Grafiek 17: verdeling van de terugbetaalde bedragen aan de dringende medische hulp volgens het soort kosten - 2005-2020



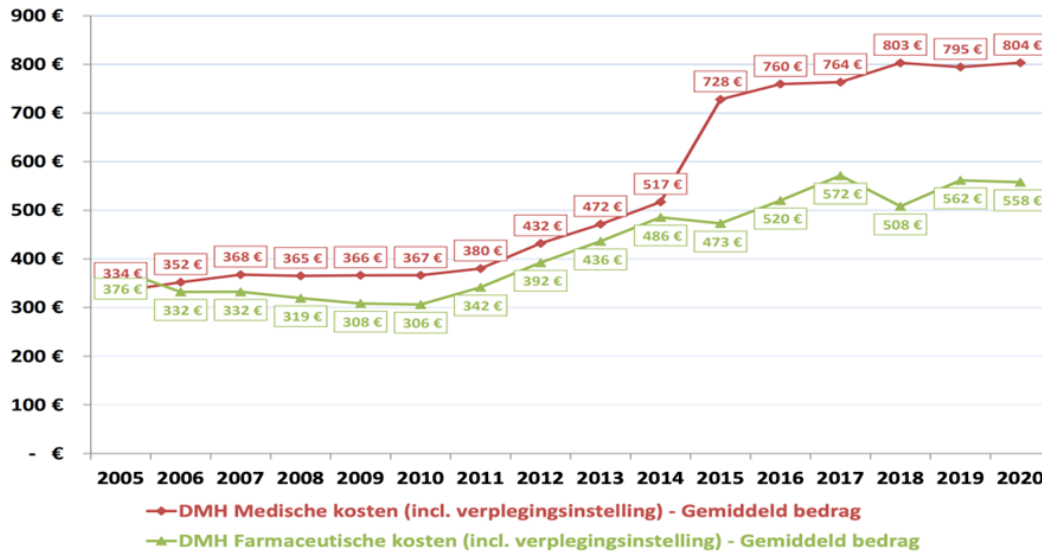
Deze tweede grafiek toont de evolutie tussen 2005 en 2020 van het gemiddelde bedrag dat voor hospitalisatiekosten wordt terugbetaald. In 2020 bedroeg de gemiddelde hospitalisatiekost 7107 euro.

Grafiek 18: evolutie van het gemiddeld terugbetaald bedrag in hospitalisatiekosten - DMH 2005-2020



Deze laatste grafiek illustreert de evolutie van de gemiddelde bedragen die worden terugbetaald voor medische (inclusief ambulante behandeling) en farmaceutische kosten in 2005 en 2020. In 2020 bedroeg het gemiddelde bedrag dat werd terugbetaald voor medische kosten (inclusief ambulante behandeling) 804 euro.

Grafiek 19: evolutie van het gemiddeld terugbetaald bedrag in medische en farmaceutische kosten - DMH 2005-2020



Uit een vergelijking van de gegevens in grafiek 2 en 3 blijkt dat de ziekenhuiskosten bijna negen keer zo hoog zijn als de eerstelijnszorg. Hieruit blijkt hoe belangrijk preventie wel niet is bij dringende medische hulp. Zowel voor de volksgezondheid als voor de portemonnee.

Hoofdstuk 5: Een voorstel tot hervorming waarbij preventie een plaats krijgt

Volksgezondheidsstudies²³ hebben de voordelen van preventie ruimschoots aangetoond. Een behandeling op spoed en een ziekenhuisopname zijn vaak vermijdbaar en duurder. Hetzelfde geldt voor uitgestelde behandelingen en wanneer behandelingen stopgezet worden.

Niet vergeten dat 70% van de uitgaven onder de DMH dient voor de ziekenhuiskosten²⁴. Door de procedure om DMH te kunnen krijgen vlotter te doen verlopen en overal gelijk te trekken, kan alles veel sneller gaan en verliezen de OCMW's en zorgverstrekkers minder tijd.

1. Eén enkel attest dringende medische hulp bij eerstelijnszorg

De Brusselse OCMW's vinden allemaal dat het attest voor dringende medische hulp de uitoefening van dit recht in de weg staat: te bureaucratisch, onlogisch, medisch geheim, te veel werk... Het is onbegrijpelijk dat een arts moet attesteren dat zijn eigen handeling noodzakelijk is. Bovendien is dit attest soms dubbel. Bv. met een voorschrift voor fysiotherapie sessies of verpleegkundige verzorging.

Zoals gezegd moet voor elke consultatie of zorg een attest worden voorgelegd. In één maand kan een persoon bijvoorbeeld 10 verschillende attesten moeten voorleggen (bezoek aan de dokter voor buikpijn, bloedonderzoek, echografie bij de gynaecoloog, voorschrift fysiotherapie, tandarts, enz.). Het OCMW moet deze attesten aan de facturen toevoegen ter verantwoording van de terugbetaling van de kosten.

Momenteel bestaat er bij de meeste eerstelijnsdiensten geen enkele tool om dit attest elektronisch te verstrekken²⁵, wat de administratieve rompslomp aanzienlijk verhoogt.

²³ Artikel gepubliceerd op Cairn Info in 2023 "Comment évaluer l'efficacité économique de la prévention" [hier](#) te vinden en bekeken op 4 juni 2024; artikel gepubliceerd op 16 mei 2018 op *Espace Infirmier* "Prévenir, c'est guérir... (et ça coûte moins cher!)" [hier](#) te vinden en bekeken op 4 juni 2024; artikel gepubliceerd op 1 februari 2024 op de website Belgium.be "preventieve zorg" [hier](#) te vinden en bekeken op 4 juni 2024; KCE-rapport uit 2008 Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België. [Hier](#) te vinden en bekeken op 22 mei 2024.

²⁴ D. ROBERFROID, M. DAUVIN, I. KEYGNAERT, A. DESOMER, B. KERSTENS, C. CAMBERLIN, J. GYSEN, V. LORANT, I. DERLUYN, *Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf?*, Health Services Research (HSR), Brussels, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2015, KCE Reports 257A. [DOI: 10.57598/R257AS](https://doi.org/10.57598/R257AS). (p. 27).

²⁵ In tegenstelling tot ziekenhuizen die Mediprima gebruiken.

Voor de preventieve (eerstelijns) zorg zou één enkel attest DMH, opgesteld door de huisarts van de persoon, de volgende voordelen kunnen opleveren:

- minder administratieve rompslomp voor OCMW's en zorgverleners;
- de diensten van kinesitherapeuten, verpleegkundigen en apothekers zouden vergoed kunnen worden, aangezien deze zorgverleners nu geen DMH-attest kunnen opstellen;
- deze bevolkingsgroep een betere toegang tot zorg bieden en de volksgezondheid verbeteren;
- lagere ziekenhuiskosten als gevolg van een verslechterde gezondheid door een gebrek aan preventieve zorg. Ter herinnering, deze kosten worden momenteel gedragen door de Belgische staat;
- de huisarts kan zijn of haar patiënt volledig medisch opvolgen.

De conclusie is dat preventie als deel van dringende medische hulp een pragmatische en heilzame strategie voor de lange termijn is.

2. Voorstel tot hervorming

Gelet op de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, meer bepaald op artikel 1 en artikel 57, §2, 1°;

Gelet op het Koninklijk besluit van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp toegekend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn aan vreemdelingen die illegaal in het Rijk verblijven;

Overwegende dat de kosten voor dringende medische hulp (DMH) voor eerstelijnszorg relatief laag zijn in vergelijking met de administratieve complexiteit ervan;

Overwegende dat de afgifte van het attest voor dringende medische hulp (ADMH) problemen oplevert voor artsen;

Overwegende dat dit het respect voor het medisch beroepsgeheim in het gedrang brengt;

Overwegende dat er in sommige gevallen een dubbele attestering is (bijvoorbeeld een medisch voorschrift voor fysiotherapie);

Overwegende dat ziekenhuiskosten duurder zijn;

Overwegende dat ziekenhuizen, in tegenstelling tot eerstelijnszorg, het computerprogramma Mediprima gebruiken voor de registratie van ADMH;

We stellen voor om de procedures af te stemmen op de concrete realiteit en een onderscheid te maken tussen de eerste lijn (ambulante zorg) en de tweede lijn.

De artsen moeten een attest kunnen afgeven dat maximaal 12 maanden geldig is en waarmee je:

- Een huisarts kunt bezoeken;
- Naar de tandarts kunt gaan (met uitzondering van prothesen en orthodontie);
- Naar een pediater kunt gaan (voor wie jonger is dan 12 jaar);
- Naar de gynecoloog kunt gaan;
- Geneesmiddelen van categorieën A, B en C kunt krijgen;
- Verpleegkundige zorg kunt krijgen;
- Kinesitherapie kunt krijgen.

BESLUIT

Met dit werk willen we een hervorming aanreiken die past binnen het huidige wettelijke kader voor dringende medische hulp en waarvoor in principe geen wetswijziging nodig is. Door de nadruk te leggen op preventie kunnen de middelen voor curatieve zorg, die vaak duurder uitvallen, teruggedrongen worden, terwijl de administratieve procedures voor alle betrokkenen, waaronder het OCMW, de zorgverleners en de mensen, eenvoudiger gemaakt worden. Door deze administratieve vereenvoudiging nemen niet alleen de lasten voor instellingen en gezondheidswerkers af, maar krijgen begunstigden ook een betere toegang tot zorg.

Dit voorstel zou aanzienlijke besparingen kunnen opleveren en het vertrouwen van de mensen in de gezondheidszorg kunnen versterken. Door de middelen te rationaliseren en een proactieve aanpak kan er een efficiënter en duurzamer gezondheidszorgsysteem komen.

Kortom, preventie is een pragmatische en doeltreffende oplossing waarmee je de uitgaven voor gezondheidszorg kunt optimaliseren en administratieve procedures kunt vereenvoudigen. Gezien de potentiële voordelen voor alle betrokken partijen lijkt het niet alleen logisch, maar ook noodzakelijk om deze maatregel door te voeren voor een gezondere en beter georganiseerde toekomst.

We vertellen er nog bij dat de POD-MI momenteel aan een omzendbrief werkt die alle omzendbrieven over dringende medische hulp en Mediprima in één enkel document moet samenbrengen. Dit werk zal dus opnieuw moeten worden geëvalueerd in het licht van de nieuwe richtlijnen.

Verwijzingen

Wettelijke basis:

- Wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, *BS* 6 mei 1965.
- Organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn [OCMW-wet], *BS* 5 augustus 1976.
- 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, *BS* 13 maart 2014.
- Ministerieel besluit van 30 januari 1995 tot regeling van de terugbetaling door de Staat van de kosten van de dienstverlening door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn toegekend aan een behoeftige die de Belgische nationaliteit niet bezit en die niet in het bevolkingsregister is ingeschreven, *BS* 3 maart 1993.
- Omzendbrief van 24 november 1997 van de ministers M. COLLA et J. PEETERS aan artsen, tandartsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen en fysiotherapeuten, evenals naar zorginstellingen.
- Omzendbrief van 28 juni 2021 aan de OCMW-voorzitters inzake de terugbetaling van medische kosten die ingevolge de Zesde Staatshervorming zijn overgeheveld naar de gefedereerde entiteiten. Ondertekend door minister K. LALIEUX.
- Informatiedocument betreffende de medische bewijsstukken in het kader van de wet van 2 april 1965 en het koninklijk besluit van 30 januari 1995.

Studies:

- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, “Het doelmatig gebruik van geneesmiddelen bij de preventie van cardiovasculaire aandoeningen”, 2009. De studie is te vinden [op de site van het RIZIV](#).
- Observatorium voor welzijn en gezondheid Brussel (2017), *Inzichten in non take-up van de sociale rechten en in sociale onderbescherming in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad*, Thematisch rapport 2016, Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie: Brussel, te vinden [op deze site](#).
- M URTARAN-LARESGOITI., J. FONSECA PESO, & R. NUÑO-SOLINÍS, “Solidarity against healthcare access restrictions on undocumented immigrants in Spain: the REDER case study” in *Int J Equity Health* 18, 82 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0971-9>
- POD-MI, *Focus nr. 31: medische hulp van 2005 tot 2020*, 2022, te vinden op [deze site](#).
- Memorandum 2024 van Dokters van de Wereld “Een wegwijzer voor de vereenvoudiging en harmonisering van de Dringende Medische Hulp” – te vinden [op deze website](#).

- L. ANNEMANS, J.-. P. CLOSON, M.-C. CLOSON, I. HEYMANS, R. LAGASSE, E. MENDES DA COSTA, C. MOUREAUX, I. ROCH, *Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringsystemen voor de eerstelijnszorg in België*. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2008. KCE Reports 85A. [DOI: 10.57598/R85A](https://doi.org/10.57598/R85A).
- D. ROBERFROID, M. DAUVRIN, I. KEYGNAERT, A. DESOMER, B. KERSTENS, C. CAMBERLIN, J. GYSEN, V. LORANT, I. DERLUYN, *Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf?*, Health Services Research (HSR), Brussels, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2015, KCE Reports 257A. [DOI: 10.57598/R257AS](https://doi.org/10.57598/R257AS).

Artikelen/rapporten

- Het artikel is op 11 juli 2017 gepubliceerd op de website van de krant CanariasAhora. Het artikel is [op deze site](#) gelezen op 28 juni 2024.
- artikel gepubliceerd op 16 mei 2018 op *Espace Infirmier* “*Prévenir, c'est guérir... (et ça coûte moins cher!)*” [hier](#) te vinden en bekeken op 4 juni 2024
- Artikel gepubliceerd op Cairn Info in 2023 “*Comment évaluer l'efficacité économique de la prévention*” [hier](#) te vinden en bekeken op 4 juni 2024
- artikel gepubliceerd op 1 februari 2024 op de website Belgium.be “preventieve zorg” [hier](#) te vinden en bekeken op 4 juni 2024