



# Onderzoek over de werkwijzen en het beleid van de Brusselse OCMW's op het vlak van gezondheidszorg: naar een harmonisering?

Cécile Daron, september 2019



## Inhoudstafel

|  |    |
|--|----|
| Inleiding en doelstellingen .....  | 7  |
| Methodologie van het kwantitatieve onderzoek.....  | 13 |
| Resultaten van het kwantitatieve onderzoek .....   | 14 |
| Algemene vragen.....   | 14 |
| Medisch centrum of zorgverleners binnen de OCMW's .....  | 14 |
| Medische huizen.....   | 15 |
| De adviserend geneesheren.....   | 17 |
| Gedragslijnen OCMW .....   | 20 |
| Medische hulp in het algemeen .....  | 20 |
| Conclusie voor medische bijstand in het algemeen.....  | 22 |
| Beleid op vlak van algemene geneeskunde .....  | 24 |
| Beslissingen voor de terugbetaling .....   | 24 |
| Duur van de beslissing tot toekenning.....   | 25 |
| Beleid voor gebruikers.....  | 25 |
| Medische kaarten en gezondheidskaarten .....   | 27 |
| Geldigheidsduur van de medische kaart of de gezondheidskaart .....   | 28 |
| Betalingsverbintenissen in de algemene geneeskunde .....   | 28 |
| Samenvatting van gezondheidskaarten, medische kaarten of betalingsverbintenissen in de algemene geneeskunde..... | 30 |
| Specifieke punten van de medische kaart of gezondheidskaart van de OCMW's.....                                   | 31 |
| Conventies en erkenningen met huisartsen.....  | 32 |
| Lijst van huisartsen .....   | 36 |
| Conclusie over algemene geneeskunde .....  | 37 |
| Farmaceutische kosten.....   | 39 |
| Werking van het OCMW.....  | 39 |
| Algemeen betaalbeleid.....   | 40 |
| Lijst van geneesmiddelen D.....  | 41 |
| Samenvatting van de gezondheidskaarten, betalingsverbintenissen of farmaceutische bonnen                         | 43 |
| Duurtijd.....  | 45 |
| Beleid met betrekking tot de begunstigden (DMH, PBM, chronische ziekte).....                                     | 45 |
| Traject van de patiënt .....   | 46 |
| Apotheken in het Gewest of in de gemeente .....  | 47 |
| Conventies en erkenningen met apotheken .....  | 47 |
| Lijst met apotheken.....   | 49 |
| Farmaceutische bijstand - conclusie .....  | 49 |

|   |    |
|---|----|
| Gespecialiseerde gezondheidszorg .....  | 51 |
| Procedures.....   | 51 |
| Duurtijd van de toekenning van gespecialiseerde medische bijstand .....             | 52 |
| Dekking van de kosten voor verzekerden .....  | 53 |
| Dekking van de kosten voor niet-verzekerden.....                                    | 53 |
| Verduidelijking over de betaling van de gespecialiseerde geneeskunde.....           | 53 |
| Betalingsverbintenissen voor specialisten .....                                     | 53 |
| Medische kaarten of gezondheidskaarten in de gespecialiseerde geneeskunde .....     | 54 |
| Soorten zorg die worden terugbetaald .....  | 56 |
| Conclusie omtrent gespecialiseerde gezondheidszorg .....                            | 57 |
| IRIS- en niet-IRIS-ziekenhuizen .....   | 57 |
| Keuze van het ziekenhuis .....  | 58 |
| Verzekerden en ziekenhuisopnames.....   | 59 |
| Voorwaarden voor de terugbetaling.....  | 60 |
| Niet-verzekerden en ziekenhuisopnames .....   | 60 |
| Ereloonsupplementen .....   | 60 |
| Dringende medische hulp en MediPrima.....   | 61 |
| Kosten van de ziekenfondsen.....  | 61 |
| Vragen over de harmonisatie van de werkwijzen .....                                 | 63 |
| Toegang bieden tot alle artsen in het Gewest .....                                  | 63 |
| Een automatische medische kaart of gezondheidskaart voor sommige begunstigden ..... | 64 |
| Een gemeenschappelijke conventie met alle huisartsen .....                          | 66 |
| Wat moet er staan in een gemeenschappelijke conventie voor elk OCMW?.....           | 68 |
| Gemeenschappelijke conventie met alle apotheken in Brussel .....                    | 69 |
| Wat moet er staan in de conventies met apotheken?.....                              | 71 |
| Conclusie kwantitatief onderzoek.....   | 72 |
| Participatief onderzoek: methode .....  | 75 |
| De aanwezige leden van de verschillende OCMW's in groep 1 .....                     | 77 |
| De verhalen van groep 1 .....   | 77 |
| Verhaal 1: « Continuïteit van de zorg».....   | 77 |
| Verhaal 2: « Moeilijke controle en medisch geheim ».....                            | 79 |
| Verklaring overzicht 1.....   | 82 |
| Definities.....   | 82 |
| Kleuren .....   | 82 |
| Controle vs. sociale hulp: in de vier vlakken van het overzicht.....                | 82 |
| Institutioneel functioneren en collectiviteit.....                                  | 83 |

|  |    |
|--|----|
| Overdracht van opdrachten van de federale overheid naar de OCMW's.....                     | 83 |
| Gebrekkige communicatie tussen de betrokkenen .....  | 83 |
| Verschillende manier van controleren van de inspectiediensten.....                         | 84 |
| Weinige duidelijke richtlijnen van de POD MI.....  | 84 |
| Individueel functioneren en collectiviteit .....   | 84 |
| Subjectiviteit van de betrokkenen: Comité en sociaal assistent.....                        | 84 |
| Gedragslijnen van het OCMW .....   | 84 |
| Voorschriften van artsen zonder vervaldatum .....  | 85 |
| Waakzaamheid van artsen en apothekers .....  | 85 |
| Gebruiker en institutionele werking .....  | 86 |
| MediPrima en ziekenhuizen .....  | 86 |
| Administratieve rompslomp en verschillen op het vlak van procedures tussen de OCMW's ..... | 86 |
| Vrije keuze van de patiënt.....  | 87 |
| Fraude: het resultaat van de starheid van het systeem.....                                 | 87 |
| Eigen bijdrage van de gebruiker bij de betaling van geneesmiddelen.....                    | 88 |
| Dubbel bis-nummer.....   | 88 |
| Partners en “relais-santé” .....   | 88 |
| Gebruiker en individueel functioneren .....  | 88 |
| Termijnen voor de toekenning van de steun .....  | 88 |
| Taalkundige en culturele drempels en administratieve rompslomp .....                       | 88 |
| Beleidsverschillen bij de OCMW's: ontmoediging bij de gebruiker .....                      | 89 |
| Aanbevelingen van groep 1.....   | 89 |
| Aanbevelingen die gelden voor alle OCMW's .....  | 89 |
| Partnerschappen versterken .....   | 90 |
| Federale overheid en RMW/BCSD .....  | 90 |
| Leden van de tweede participatieve onderzoeksgroep .....                                   | 91 |
| Verhalen van Groep 2.....  | 91 |
| Verhaal 1: « Parcours van de strijder » .....  | 91 |
| Verhaal 2: « Ongelijke behandelingen » .....   | 94 |
| Uitleg van overzicht 2 .....   | 96 |
| De gebruiker (kader 1).....  | 96 |
| Sprekende administratieve spoken: onzichtbaarheid van het systeem .....                    | 96 |
| Er bestaan mogelijkheden .....   | 96 |
| Rugzak van het leven.....  | 97 |
| Armoede zou iets marginaals moeten zijn .....  | 97 |

|  |     |
|--|-----|
| De sociaal assistent staat centraal in het systeem (kader 2) ..... | 97  |
| Deontologie en sociaal assistent(e).....                           | 97  |
| Gebrek aan transparantie en eerlijkheid.....                       | 97  |
| Ongelijke behandeling.....   | 98  |
| De werkdruk .....  | 98  |
| Moeite om alle dossiers op te volgen: burn-out.....                | 98  |
| De oude « sociaal assistent » .....                                | 98  |
| Cultuur als remmende factor .....                                  | 99  |
| De Cel Dringende Medische Hulp (kader 2) .....                     | 99  |
| Tijdwinst en verbindingen .....                                    | 99  |
| De attesten van Dringende Medische Hulp .....                      | 100 |
| Gezondheidskaarten of medische kaarten, en MediPrima.....          | 100 |
| Betalingsverbintenissen die vooraf worden verlengd.....            | 100 |
| Facturatie van de ziekenhuizen.....                                | 101 |
| Het OCMW als entiteit (kader 3).....                               | 101 |
| Opdeling van de departementen .....                                | 101 |
| LL voor alleenstaanden, toegang tot het recht.....                 | 101 |
| Locatie van de departementen .....                                 | 102 |
| Open space en teammeetings.....                                    | 102 |
| Implementeren van gedragslijnen .....                              | 103 |
| Brusselse Roma-cel.....  | 103 |
| Communicatie tussen de OCMW's.....                                 | 103 |
| Het OCMW en de gebruiker (kader 4).....                            | 103 |
| Hoofd Sociaal Assistent .....                                      | 103 |
| De regelgeving en de administratieve rompslomp .....               | 104 |
| Subjectiviteit in de instelling .....                              | 104 |
| Het OCMW en de zorgverleners (kader 5) .....                       | 104 |
| Medische urgentie en de attesten van dringende medische hulp.....  | 104 |
| Sociale coördinaties.....  | 104 |
| Geneesmiddelen met eigen middelen .....                            | 105 |
| Verantwoordelijkheid van de dokters.....                           | 105 |
| MediPrima .....  | 105 |
| De gebruiker en zorgverleners (kader 6).....                       | 105 |
| Mutualiteit.....   | 105 |
| Medische deontologie.....  | 105 |

|   |     |
|---|-----|
| De zorgverleners (kader 7) .....                                      | 106 |
| Hospitalisatie in een IRIS of in een niet-IRIS-ziekenhuis .....       | 106 |
| Honorariumsupplementen .....  | 106 |
| Regelgeving, beleid en controles van de FOD .....                     | 106 |
| Het veld als beslisser .....  | 106 |
| Administratieve werkdruk .....  | 107 |
| Vertraging tussen OCMW en Fedasil .....                               | 107 |
| Afgifte van medicatie en certificaten .....                           | 108 |
| Aanbevelingen van groep 2 .....                                       | 108 |
| Beperkingen van de harmonisatie: geen nivellering naar beneden! ..... | 108 |
| Voorstellen .....   | 109 |
| Conclusie kwalitatief onderzoek .....                                 | 110 |
| Algemene conclusie .....  | 113 |
| Woordenlijst .....  | 117 |
| Wetteksten .....  | 118 |
| Bibliografie .....  | 118 |

## Inleiding en doelstellingen

Deze studie, die aangevraagd werd door de Federatie van Brusselse OCMW's en gefinancierd werd door de GGC, heeft meerdere doelstellingen. De voornaamste ambitie van de studie is om **een stand van zaken** op te maken van de praktijken en het beleid van de Brusselse OCMW's op het gebied van de gezondheidszorg. Aangezien er op dit vlak grote verschillen zijn, was het belangrijk om de genomen maatregelen in de OCMW's (zowel de goede als de meer twijfelachtige), en de onderliggende redenen ervan in kaart te brengen. Dit hebben we gedaan met een kwantitatief onderzoek. In het rapport wordt getracht de trends en de respectieve keuzes van elk OCMW, evenals hun beweegredenen, te bepalen. Deze inventarisatie is een eerste stap in de richting van harmonisering van de praktijken en het beleid van de Brusselse OCMW's op het vlak van gezondheidszorg. Om hypothesen over harmonisering te kunnen voorstellen, was het vooreerst nodig om een gedetailleerd overzicht te krijgen van de acties van de OCMW's op het vlak van de gezondheidszorg en de wijze waarop deze in de openbare instellingen worden uitgevoerd.

Het tweede doel is om de **moelijkheden te belichten die zich in concrete situaties voordoen**. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een participatief onderzoek met OCMW-medewerkers in verschillende hiërarchische posities, zonder de praktijk en het werk op het terrein uit het oog te verliezen. Het doel van dit participatieve onderzoek is om de eventuele moeilijkheden te belichten waarmee OCMW's te maken krijgen bij concrete situaties waarmee zij elke dag geconfronteerd worden. Deze barrières die in de weg staan van toegang tot de gezondheidszorg voor sommige van hun begunstigden, maken een harmonisatie van de praktijken in de gezondheidszorg noodzakelijk.

Omwille van het beginsel van lokale autonomie zijn de praktijken van de verschillende OCMW's immers anders of zelfs totaal verschillend. Dit stelt hen in staat om een beleid te voeren dat is aangepast aan hun respectieve doelgroepen. Het regelgevingskader is met name gebaseerd op de artikelen 1, 57 en 60 van hun organieke wet van 7 juli 1976<sup>1</sup> :

- « *Elke persoon heeft recht op maatschappelijke dienstverlening. Deze heeft tot doel eenieder in de mogelijkheid te stellen een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid. Er worden openbare centra voor maatschappelijk welzijn opgericht die, onder de door deze wet bepaalde voorwaarden, tot opdracht hebben deze dienstverlening te verzekeren* » ;

- « *De openbare centra voor maatschappelijk welzijn hebben tot taak aan personen en gezinnen de dienstverlening te verzekeren waartoe de gemeenschap gehouden is. Het verzekert niet alleen lenigende of curatieve doch ook preventieve hulp* » ;

- « *De tussenkomst van het centrum is, zo nodig, voorafgegaan van een sociaal onderzoek dat besluit met een nauwkeurige diagnose nopens het bestaan en de omvang van de behoefte aan dienstverlening en de meest passende middelen voorstelt om daarin te voorzien* ».

De OCMW's blijven een grote institutionele onbekende, waarover helaas te weinig informatie bekend is. Een paar woorden over hun besluitvormingsprocessen. In principe is het de verantwoordelijkheid van de Raad voor Sociale Actie om alle beslissingen te nemen, met inbegrip van de beslissingen over bijstand. De Raad heeft een algemene bevoegdheid. Binnen de OCMW's is er ook een permanent bureau (PB) met als belangrijkste wettelijke taak de afhandeling van de dagelijkse gang van zaken, maar waaraan de Raad andere bevoegdheden kan delegeren, waaronder hulp aan personen. Er kan ook gedelegeerd worden aan het speciaal Comité, waarvan de oprichting facultatief is. Afhankelijk van

---

<sup>1</sup> Organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, *B.St. 05/08/1976, p. 9876. Err.: B.St. 26/11/1976, p. 15027.*



de organisatie van het OCMW kan een beslissing over de toekenning van hulp derhalve door de Raad, het PB of een speciaal Comité worden onderzocht. De verantwoordelijkheid voor wat betreft de individuele hulp, hetgeen in Brussel erg vaak het geval is, ligt bij het Bijzonder Comité voor sociale diensten (BCSD)<sup>2</sup>.

Het principe van autonomie maakt het voor de OCMW's mogelijk om rekening te houden met de lokale behoeften. In de Brusselse gemeenten wonen mensen die soms jong, bejaard, welgesteld, hulpbehoevend, allochtoon of autochtoon zijn, enz. We wijzen erop dat met name de "arme halve maan" van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bestaat uit gemeenten met weinig inkomen, een hoge immigratiegraad en een hogere werkloosheidsgraad:

- « *De sectoren met de laagste mediane inkomens liggen grotendeels in de « arme halve maan* »<sup>3</sup>.
- Bovendien « *hebben sommige gemeenten een zeer mobiele bevolking, die regelmatig opnieuw wordt samengesteld als gevolg van grote migratiebewegingen (zoals Sint-Joost-ten-Node). Andere hebben dan weer een veel stabielere bevolking (zoals Watermaal-Bosvoorde). In het algemeen worden de centrale districten (vijfhoek en kleine ring) van het Gewest vaak gekenmerkt door een meer uitgesproken migratie. Het gaat dan met name om de wijken in de "arme halve maan"*<sup>4</sup> ». De Brusselse bevolking is internationaal: 35% van de Brusselse bevolking had in 2017 niet de Belgische nationaliteit, tegenover 8% in Vlaanderen en 10% in Wallonië<sup>5</sup>.
- Bovendien « *bedroeg in 2017 de administratieve werkloosheid voor jongeren in Brussel (personen jonger dan 25 jaar) gemiddeld 24% (...) Dit ging van 18% in Sint-Pieters-Woluwe, tot 30% in Sint-Jans-Molenbeek* »<sup>6</sup>. Voorts is « *het aantal personen met RVV-statuut groter in sommige gemeenten van de arme halve maan dan in de gemeenten in het zuidwesten van de stad*<sup>7</sup> ». Bovendien gaf 25% van de Brusselaars aan niet tevreden te zijn over hun gezondheidstoestand<sup>8</sup>.
- Bovendien kent het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een forse demografische groei<sup>9</sup>, met een vrij jong publiek (met uitzondering van de oververtegenwoordiging van 80-plussers).
- Ten slotte bestaat er in Brussel een probleem van slechte huisvesting. Er zijn veel ongezonde en overvolle woningen<sup>10</sup>. Het aantal daklozen is tussen 2017 en 2018 aanzienlijk toegenomen<sup>11</sup>.

---

<sup>2</sup> M-C. THOMAES-LODEFIER, *Werking van de OCMW's*

<sup>3</sup> *Sociale barometer 2018*, Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, 2018, p19.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.11.

<sup>5</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, « Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn er mogelijk tekorten? », Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, april 2018, p6 en 7.

<sup>6</sup> *Ibidem*, p.39.

<sup>7</sup> *Ibidem*, p.28. « Hier is duidelijk merkbaar dat dit percentage (i.e het RVV-statuut) bijzonder hoog is in de « arme halve maan ».

<sup>8</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, op.cit., p.8.

<sup>9</sup> « Demografische vooruitzichten 2016-2060. Bevolking en huishoudens », Federaal Planbureau en FOD Economie, PME, Middenstand en energie, maart 2018, p.2.

<sup>10</sup> « Woonbarometer », Brusselse Bond voor het Recht op Wonen, BBRoW, mei 2019. Link : [http://www.rbdh-bbrow.be/IMG/pdf/bbrow\\_ woonbarometer.pdf](http://www.rbdh-bbrow.be/IMG/pdf/bbrow_ woonbarometer.pdf)

<sup>11</sup> *Cinquième édition du dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale*, La Strada, mei 2019, (enkel in het Frans ) <https://www.lastrada.brussels/portail/fr/observatoire/publications-lastrada/393-cinquieme-edition-du-denombrement-des-personnes-sans-abri-et-mal-logees-en-rbc>

Deze conjunctuur en al deze factoren samen hebben een invloed op gezondheid. Hulpbehoevendheid heeft een slechtere gezondheid als gevolg, maar het tegendeel is ook waar. Zonder gezondheid, geen waardigheid, zonder waardigheid, geen gezondheid. De verschillen tussen de gemeenten zijn zichtbaar, maar dit betekent niet dat de OCMW's aan de andere kant van de stad, in het zuidwesten van Brussel, niet met dergelijke precare situaties worden geconfronteerd. Alle OCMW's worden geconfronteerd met kwetsbare groepen, die vaak al alles geprobeerd hebben en pas op het OCMW een beroep doen wanneer er geen andere opties meer zijn. Deze hulpbehoevendheid neemt mettertijd trouwens toe: het is de taak van het OCMW om deze hulpbehoevende burgers bij te staan met behulp van een aantal tools die onder andere een menswaardig leven en gezondheidszorg moeten garanderen.

Hoewel het autonomiebeginsel de leidraad vormt binnen de OCMW's, worden zij toch geconfronteerd met een zeer strikt regelgevend kader voor wat betreft het vrijmaken van budgetten voor gezondheidszorg, bijvoorbeeld voor sociaal onderzoek. Volgens de ministeriële omzendbrief van 25 maart 2010<sup>12</sup>, komt het « *de OCMW's toe om te beoordelen welke middelen nodig zijn om de staat van behoeftigheid van de aanvrager vast te stellen (bijvoorbeeld een huisbezoek, contact met externe instanties of verenigingen,...)* » en « *de OCMW's kunnen hun onderzoek uitvoeren op de manier die zij gepast vinden* ». Dit wettelijk kader is soms strikt omdat de controles van de FOD streng zijn als het sociaal onderzoek niet voldoet aan de criteria van de omzendbrief, en soms flexibel omdat ze de OCMW's een ruime beoordelingsmarge laten.

De derde doelstelling van dit onderzoek is ook *aantonen dat deze autonomie van de OCMW's de « mobiele » gebruikers soms kan benadelen*, aangezien zij van de ene gemeente naar de andere verhuizen, en gezien de uiteenlopende systemen op het vlak van gezondheidszorg. De begunstigde van een OCMW die verhuist naar een andere gemeente, zal niet noodzakelijkerwijs dezelfde steun genieten in het OCMW van deze nieuwe gemeente. De manier van werken vormt ook een hindernis voor de toegang tot de gezondheidszorg voor sommige gebruikers, die alles opnieuw moeten « aanleren » wanneer ze worden geholpen door een nieuw OCMW dat de specifieke situatie van de begunstigde vaak anders zal aanpakken. Er is geen enig en uniek antwoord op hulpbehoevendheid; dit ligt niet vast in de tijd, en wordt niet door alle OCMW's op dezelfde manier beoordeeld. Als dit alles dan ook nog gecombineerd wordt met de angst om aan te kloppen bij het OCMW<sup>13</sup>, dan bestaat de neiging om de zorg uit te stellen<sup>14</sup>. Soms wordt er zelfs helemaal geen behandeling gezocht, vooral gezien de hoge medische kosten die daarmee gepaard gaan. De « mobiliteit » van de OCMW-gebruikers is groot, vooral omwille van het grote probleem van slechte huisvesting in Brussel (ongezonde, overbevolkte woningen)<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Zie K.B. 01.12.2013 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 OCMW's (B.St. 14.3.2014) en omzendbrief van 14.3.2014 betreffende de minimumvoorwaarden 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 worden en de omzendbrief van 25.10.2010 betreffende het sociaal onderzoek vereist voor de terugbetaling van de medische kosten in het kader van de Wet van 2 april 1965 en het Ministerieel Besluit van 30 januari 1995.

<sup>13</sup> Dokters van de Wereld, *Groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg in België*, RIZIV, Wolters Kluwer Belgium SA, 2014, p.53.

<sup>14</sup> M. ENGLERT, S. LUYTEN, D. FELE, D. MAZINA, S. MISSINE, « Sociale Barometer, Armoederapport 2018 », 2018, p.48 : « Volgens de Gezondheidsenquête 2013 geeft bijna een kwart van de Brusselse gezinnen (23%) aan dat ze medische verzorging hebben uitgesteld omwille van financiële redenen ».

<sup>15</sup> M-L. DE KEERSMAEKER, « Observatiecentrum van de huurprijzen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Enquête 2017 », SLRB-BGHM, p 63 : wat betreft de redenen om te verhuizen « geeft 30% van de huurders (...)

De complexiteit van het systeem heeft ook gevolgen voor de artsen, die niet altijd op de hoogte zijn van de procedures die gevolgd moeten worden. Dokters van de Wereld legt het goed uit: « *Dit brengt vele ongelijkheden met zich mee op het vlak van behandeling. Daarnaast beschikken zorgverleners en begunstigen niet over de juiste middelen om met deze complexiteit om te gaan. Dit leidt natuurlijk tot uitsluiting, onderbreking van de verzorging, een soort van banalisering van de complexiteit, en een zeker latent institutioneel geweld ten aanzien van een publiek dat al vaak genoeg geconfronteerd wordt met onzekerheid* »<sup>16</sup>. Bovendien uiten artsenverenigingen hun ongenoegen over het regelgevend kader. Dokters van de Wereld legt uit dat « *de beoordelingsvrijheid die aan elk OCMW wordt gegeven bij het sociale onderzoek leidt tot situaties van ongelijkheid op het Belgische grondgebied. Dit zorgt voor onzekerheid bij de aanvragers, omdat er geen zicht is op de criteria die worden gebruikt om de situatie te beoordelen* »<sup>17</sup>.

Dit autonomiebeginsel maakt het de OCMW's echter mogelijk om hun eigen middelen (we nemen het woord vindingrijkheid niet in de mond) aan te wenden en zo diensten te creëren op maat van de behoeften van hun publiek. Als voorbeeld nemen we hier het medisch centrum dat verbonden is aan het rusthuis van het OCMW en dat 5 dagen per week open is voor ontvangers van sociale bijstand. Een ander OCMW heeft een medische kaart ingevoerd voor personen met beperkte mobiliteit, zodat deze zich niet te vaak naar het OCMW moeten verplaatsen (daar waar anderen om de 3 maanden moeten teruggaan naar het OCMW voor hun medische kaart). Daarnaast is het bij sommige OCMW's ook zo dat huisartsen een betalingsverbintenis aan hun patiënten kunnen toekennen namens het OCMW. Daarmee kunnen ze zich indien nodig onmiddellijk tot een specialist wenden, zonder dat ze eerst nog opnieuw langs het OCMW moeten passeren. Ter herinnering, een betalingsverbintenis garandeert de zorgverlener dat de kosten betaald zullen worden door het OCMW en dat wordt toegekend vóór de ziekenhuisopname of consultatie bij de arts. We zullen in dit rapport zien dat er vele voorbeelden zijn. In 2018 ontvingen 13.321 personen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest Dringende Medische Hulp (DMH) voor een totaal bedrag van 40.715.667,41 euro. 15.739 personen kregen medische verzorging voor een bedrag van 45.509.303,64 €<sup>18</sup>. Dit toont aan hoe belangrijk de hulp van het OCMW is.

De verschillende werkwijzen tussen de OCMW's onderling zijn niet de enige uitdagingen. Achter het idee van harmonisatie schuilt ook de notie van administratieve vereenvoudiging voor de OCMW's:

- Als voorbeeld nemen we hier een OCMW dat nog maar recentelijk werkte met betalingsverbintenissen voor alle vormen van zorgverlening. Nadat er werd opgemerkt dat deze procedure zeer tijdrovend was voor de teams, werd er begonnen met een medische kaart die zowel de medische als de farmaceutische kosten voor al de gebruikers dekt, na een aanvraag en goedkeuring van het Speciaal Comité voor sociale bijstand.
- Wat betreft de toekenning van bijstand op basis van de staat van behoeftigheid van de betrokkene, geven sommige OCMW's een medische kaart aan alle zorgbehoevende ontvangers van een leefloon (LL) of een equivalent leefloon (ELL).

Een ander probleem voor de OCMW's heeft betrekking op de kosten. Als overheidsinstantie moeten de budgetten voor medische hulp en dringende medische hulp, met inbegrip van farmaceutische hulp,

---

aan dat zij verhuisden omdat zij over hun vorige woning of de omgeving ervan ontevreden waren. ». Link: <http://www.slrp.irisnet.be/sites/website/files/pages/slrp-obsloyer-enquete2017-nl-web.pdf>

<sup>16</sup> Groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg in België, op.cit., p.66.

<sup>17</sup> Groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg in België, op.cit., p.54.

<sup>18</sup> POD MI, gegevens van 9 april 2019. Opmerking: deze bedragen vertegenwoordigen de terugbetaling van de zorg door de federale overheid en niet de totaliteit van de door de OCMW's met eigen middelen ten laste genomen kosten.

op verantwoorde wijze worden toegewezen, ongeacht of deze nu door de Federale Overheid<sup>19</sup> worden terugbetaald of door de eigen middelen van het OCMW worden gedekt<sup>20</sup>. Elk OCMW krijgt een budget toegewezen op basis van zijn omvang. Sommige OCMW's maken echter budgetten vrij voor andere zaken dan medische hulp die een invloed hebben op de gezondheidszorg. Dit is het geval met de invoering van de sociale coördinaties op momenten dat deze zich gaan bezighouden met een thema rond gezondheidszorg. Als voorbeeld van goede praktijk op dat vlak vermelden we de studie van een OCMW met de sociale coördinatie van het Diogenes-syndroom<sup>21</sup>. Andere OCMW's hebben gewerkt rond misbruik van medicatie, eenzaamheid en voeding.

De kwestie van het budget en de gezondheidszorg is ook gekoppeld aan het terugvallen op de voor de OCMW's duurere tweedelijnszorg. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (FKG) merkte in dat verband op dat « *het pas behandelen van een pathologie op het moment dat deze een noodsituatie wordt, een houding is die niet alleen het leven van de patiënt in gevaar brengt, maar ook hogere kosten voor de gezondheidszorgsystemen met zich meebrengt* »<sup>22</sup>. Er moet meer ingezet worden op preventie, zowel door de OCMW's zelf als door de associatieve en institutionele spelers (mutualiteiten, enz.) die met de OCMW's samenwerken in het kader van eerstelijnszorg. Maar nog belangrijker dan het budget is de persoon die centraal staat in het hele proces. We weten immers dat de eerstelijnszorg zwaardere pathologieën kan vermijden die dan achteraf door specialisten moeten worden behandeld (tweede lijn). Het hebben van een huisarts is ook een uitdaging in de gezondheidszorg. Deze maakt het mogelijk om de patiënt nauwlettend te volgen (in het bijzonder door het openen van een GMD<sup>23</sup>, zoals gevraagd wordt door sommige OCMW's). De keuze van deze huisarts zal in dit onderzoek nog een aantal keer aan bod komen. Verschillende OCMW's doen hun uiterste best om ervoor te zorgen dat de vrije keuze wordt gerespecteerd. Om de vrije keuze van de huisarts te garanderen, sluiten sommige OCMW's geen conventies of erkenning af met huisartsen. Andere OCMW's werken dan weer met meer dan 12 medische centra om deze nabijheid te versterken. Ten slotte versterken sommige OCMW's de banden tussen het OCMW en de huisartsen door middel van conventies of erkenningen. Dit is nog een andere aanpak om al de betrokkenen dichter bij de patiënt te brengen, die bovendien ook de administratieve last verlicht.

---

<sup>19</sup> Zie Informatiedocument « Medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het Ministerieel besluit van 30/01/1995 », POD MI, bijgewerkt in 2019 beschikbaar op [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be) (thema's>medische hulp>dringende medische hulp>documenten).

<sup>20</sup> Met name de lijst van geneesmiddelen D (categorie niet terugbetaald door het RIZIV) die door de OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest met eigen middelen ten laste worden genomen, vastgelegd door de Federatie van Brusselse OCMW's samen met de Apothekersvereniging van Brussel (AVB) en de Federatie van Brusselse HuisArtsen Vereniging (FBHAV) : [www.geneesmiddelend.brussels](http://www.geneesmiddelend.brussels) (opmerking: sommige OCMW's nemen de geneesmiddelen op deze lijst ten laste met eigen middelen).

<sup>21</sup> Het syndroom van Diogenes is een mentale gedragsstoornis die gekenmerkt wordt door verzamelwoede (hoarding), verregaande veronachtzaming op het vlak van persoonlijke en huishoudelijke hygiëne en een uitgesproken sociaal isolement, zonder dat men zich over deze situatie beklaagt. Zie informatiedocument in het Frans: <https://www.syndrome-diogene.fr>.

<sup>22</sup> D. DOBERFROIT, M. DAUVRIN, I. KEYGNAERT, A. DESOMER, B. KERSTENS, C. CAMBERLIN, J. GYSEN, V. LORANT, I. DERLUYN, « Welke gezondheidszorg voor personen die illegaal op het grondgebied verblijven? (eigen vertaling) », KCE Reports 257Bs, p.8 en A. LIEVEN, J-P. CLOSON, M-C. CLOSON, I. HEYMANS, R. LAGASSE, E. MENDES, DA COSTA, C. MOUREAUX, I. ROCH, « Vergelijking van de kost en kwaliteit van twee financieringssystemen van de eerstelijnszorg in België » (eigen vertaling)», KCE reports 85B, p.149.

<sup>23</sup> Globaal Medisch Dossier (GMD). Het GMD verzamelt alle medische gegevens van de patiënt. Het draagt bij tot een betere kennis van de geschiedenis en de reeds verstrekte gezondheidszorg en dus tot een optimale zorg. Christelijke mutualiteiten, het GMD. Zie <https://www.cm.be/diensten-en-voordelen/ziekte-en-behandeling/specifieke-regelingen/globaal-medisch-dossier>.

Last but not least stelt deze studie de harmonisatie van de praktijken en het beleid van de OCMW's op het gebied van gezondheidszorg in vraag. Dit is een verzoek van vele spelers, te beginnen met de GGC<sup>24</sup>, die deze studie financiert, en de OCMW's zelf (door de sponsorende Federatie van Brusselse OCMW's, opdrachtgever van de studie). Vervolgens wordt de kwestie ook aangekaart door de FBHAV<sup>25</sup>, en de verenigingen (Dokters van de Wereld<sup>26</sup>, de verschillende verenigingen die eerstelijns hulp bieden aan daklozen<sup>27</sup>, enz.). Deze spelers verwachten een snelle reactie, en stellen de zware administratieve rompslomp aan de kaak bij het openen van de rechten voor de patiënten, evenals het chaotische parcours voor zowel artsen als OCMW's (verschillende medische kaarten, verschillende geldigheidstermijnen, verschillende processen voor medische hulp of dringende medische hulp<sup>28</sup>, enz.). « *We hebben dus een veelheid aan OCMW's met een veelheid aan werkwijzen, wat leidt tot veel discriminatie en onrechtvaardige behandeling* »<sup>29</sup>.

Ten slotte moet worden benadrukt dat deze studie alleen de werking en beleidsregels van de OCMW's weergeeft, en er geen rekening wordt gehouden met de getuigenissen van de begunstigden. Parameters zoals de toegankelijkheid tot de gezondheidszorg, kwaliteit van de zorg, tevredenheid of ontevredenheid, moeilijkheden die de gebruikers ervaren om de praktijken van de OCMW's te begrijpen (met name bij een verhuis) worden hier dan ook bijna niet bestudeerd. Dit komt enkel aan bod in het tweede, kwalitatieve luik van het onderzoek, maar dan wel op basis van de ervaringen van de OCMW-medewerkers zelf (sociaal assistenten, diensthoofden, coördinatoren, enz.). De stem van de gebruiker zou het onderwerp kunnen en moeten zijn van een toekomstig onderzoek dat voornamelijk gebaseerd is op patiënten en ervaringsdeskundigen. De stem van de gebruiker is essentieel wanneer we het hebben over de problemen bij de toegang tot gezondheidszorg via de OCMW's. De vrijwilligerssector heeft hier niettemin al aandacht aan besteed<sup>30</sup>.

Ten slotte wijzen we erop dat er een **Comité voor wetenschappelijke begeleiding** is opgericht, bestaande uit een hoogleraar en een stagiaire van de ULB, respectievelijk **mevrouw Céline Mahieu** en **mevrouw Elena Ezakharova**, een sociologe van de Universiteit van Luik, **mevrouw Marie-Thérèse Casman**, een hoogleraar van de Universiteit van Bergen, **de heer Willy Lahaye** en een raadslid van de Federatie van Brusselse OCMW's, **de heer Christian Lejour**. Aan het kwalitatieve luik namen deel: de secretaris-generaal van de Federatie van Medische Centra, **mevrouw Fanny Dubois**, als moderator, en twee rapporteurs, één stagiaire aan de ULB – Ecole de Santé Publique - mevrouw **Elena Ezakharova** en één stagiair bij Solidaris, de heer **Maxime Mori**.

Er werden verschillende vergaderingen gehouden met het begeleidende comité, zowel voorafgaand aan de studie, als tijdens het onderzoek zelf en bij het opstellen van het rapport achteraf.

In dit rapport gebruiken we verschillende afkortingen. Daarom is er op het einde een woordenlijst voorzien.

---

<sup>24</sup> « Ministerieel besluit betreffende de betoelaging van de VZW BRULOCALIS – Federatie van Brusselse OCMW's voor het jaar 2018 », GGC, 19 juli 2018.

<sup>25</sup> Federatie van Brusselse HuisArtsen Verenigingen « Het recht op gezondheidszorg voor iedereen die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest woont (eigen vertaling) », FBHAV, Witboek, bijgewerkt 2015.

<sup>26</sup> *Groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg in België, op.cit.*, p.134.

<sup>27</sup> La Strada, *Witboek van de thuislozensector*, scrutin 2019 en legislatuur 19-24.

<sup>28</sup> Met name: verschillende Attesten van Dringende Medische Hulp die gebruikt worden door de OCMW's, in te vullen door de artsen.

<sup>29</sup> *Groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg in België, op.cit.*, p.134.

<sup>30</sup> *Groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg in België, op.cit.*



## Methodologie van het kwantitatieve onderzoek

Luik 1 van het onderzoek werd uitgevoerd door middel van een online vragenlijst tussen 15 september en 8 oktober 2018. **18 van de 19 OCMW's hebben de vragenlijst ingevuld**, hetgeen maakt dat de gegevens relevant en erg representatief zijn. Het OCMW dat niet reageerde, beschikte niet over voldoende personeel en kon onvoldoende tijd vrijmaken hiervoor. Het beantwoorden van de vragen duurde ongeveer 60 minuten. Er werden ongeveer 90 vragen gesteld, maar sommige vragen waren niet van toepassing op alle OCMW's. Alvorens de online vragenlijst verstuurd werd, werd deze eerst getest door 3 OCMW's die ook hun opmerkingen konden geven. Bepaalde vragen werden geherformuleerd op basis van hun opmerkingen.

**De antwoorden op de vragenlijst zijn anoniem.** De OCMW's worden niet vermeld in het onderzoek, behalve wanneer er een reële toegevoegde waarde is om te vermelden welke OCMW's op welke manier werken.

Een persoon van het begeleidende comité heeft de online vragenlijst ingevuld alvorens deze verstuurd werd. Er werd rekening gehouden met de opmerkingen van deze persoon en wijzigingen werden aangebracht in de vragenlijst.

**De professionele status van de personen die deelnamen aan de vragenlijst is uiteenlopend. Dit kan leiden tot een vertekening in de antwoorden, alhoewel de vragenlijst ruim werd verspreid in het OCMW en gelezen werd door verschillende mensen die specialisten zijn in hun vakgebied.** Onder de respondenten vinden we 8 verantwoordelijken van de sociale dienst, 3 medische zorgverantwoordelijken, 1 thuisverpleegster, 1 verantwoordelijke van de factureringdienst, 1 jurist sociale zaken, 1 administratief medewerker, 2 coördinatoren en 1 tijdelijk secretaris.

**Na het afsluiten van de vragenlijst werd er telefonische contact genomen met enkele OCMW's die de vragenlijst hebben ingevuld om bijkomende informatie of opheldering te vragen wanneer de antwoorden tegenstrijdig of onduidelijk waren. Bovendien werd het rapport voorgelegd aan de Toezichtgroep Gezondheidszorg<sup>31</sup> van de Federatie van Brusselse OCMW's, zodat de leden bepaalde punten van het rapport konden verduidelijken of corrigeren in april 2019.**

---

<sup>31</sup> Deze groep komt regelmatig bijeen om gezondheidskwesties te bespreken, informatie uit te wisselen, ervaringen en ervaringen te verzamelen en juridische of andere antwoorden te geven op problemen waarmee de OCMW's worden geconfronteerd. Dit wordt georganiseerd door de Federatie van Brusselse OCMW's.



# Resultaten van het kwantitatieve onderzoek

## Algemene vragen

In dit deel hebben we algemene vragen gesteld aan de OCMW's om een eerste indruk te krijgen van hun manier van werken.

### Medisch centrum of zorgverleners binnen de OCMW's

Een eerste vraag die werd gesteld, was hoeveel OCMW's een medisch centrum hadden. De OCMW's kiezen deze optie om twee redenen: **om hun publiek gemakkelijker te bereiken en om de administratieve last voor zowel artsen als OCMW's te verminderen**. Enerzijds omdat het OCMW onmiddellijk een zorgverlener kan voorstellen aan mensen die het verst van de gezondheidszorg af staan (mensen die bijvoorbeeld geen huisarts hebben). Anderzijds doen ze dit ook omdat de OCMW's de aanvragen op die manier sneller kunnen behandelen. Het medisch personeel in deze centra is immers op de hoogte van de te volgen procedures bij het OCMW (in te vullen documenten, in te vullen certificaten, te verstrekken certificaten, diagnose, ...) zodat de persoon in kwestie de nodige zorg kan krijgen en ook zo snel mogelijk de juiste geneesmiddelen kan krijgen.

Hieruit blijkt **dat drie OCMW's een medisch centrum of verzorgend personeel hebben dat verbonden is aan het OCMW, zonder hier rekening te houden met de rusthuizen**. De overgrote meerderheid (15 OCMW's) heeft dit niet.

Een van de OCMW's beschikt over een medisch centrum in de centrale administratie dat bestaat uit drie artsen en een verpleegkundige. De sociaal assistent zorgt voor een eerste contact met de begunstigde die binnenkomt bij het OCMW. De sociaal assistent verwijst patiënten door naar het medisch centrum en legt uit dat ze ervoor kunnen kiezen om hun huidige huisarts te behouden en naar diens praktijk te gaan, ongeacht waar het kabinet zich bevindt in het Brusselse Gewest. Het Comité dient hiervoor wel eerst zijn goedkeuring te geven (dit is meestal geen probleem, maar veel gebruikers kiezen voor het medisch centrum). Het medisch centrum is 5 dagen op 7 geopend

Een ander OCMW heeft een medisch centrum. Patiënten worden hier in eerste instantie naar doorverwezen. De artsen in het medisch centrum analyseren de zorgbehoeften en sturen hun verslag door naar het OCMW voor beslissing (Bijzondere Commissie voor Sociale Diensten (BCSD)/Raad voor Sociale Actie (RSA)) en voor de toekenning van een gezondheidskaart of een betalingsverbintenis, naar gelang de behoeften. Het centrum is elke ochtend van de week geopend.

Ten slotte beschikt een OCMW over een medische centrum dat 6 dagen per week open is, met huisartsen en specialisten (fysiotherapeuten, gynaecologen, kinderartsen, tandartsen, enz.). Patiënten kunnen kiezen of ze hier al dan niet gebruik van maken. Er wordt echter meegegeven dat de procedure eenvoudiger is wanneer de patiënten kiezen voor het medisch centrum van het OCMW, omdat de arts goed weet welke documenten voor de sociaal assistent moeten worden ingevuld, en de samenwerking tussen het OCMW en de arts eenvoudiger is.

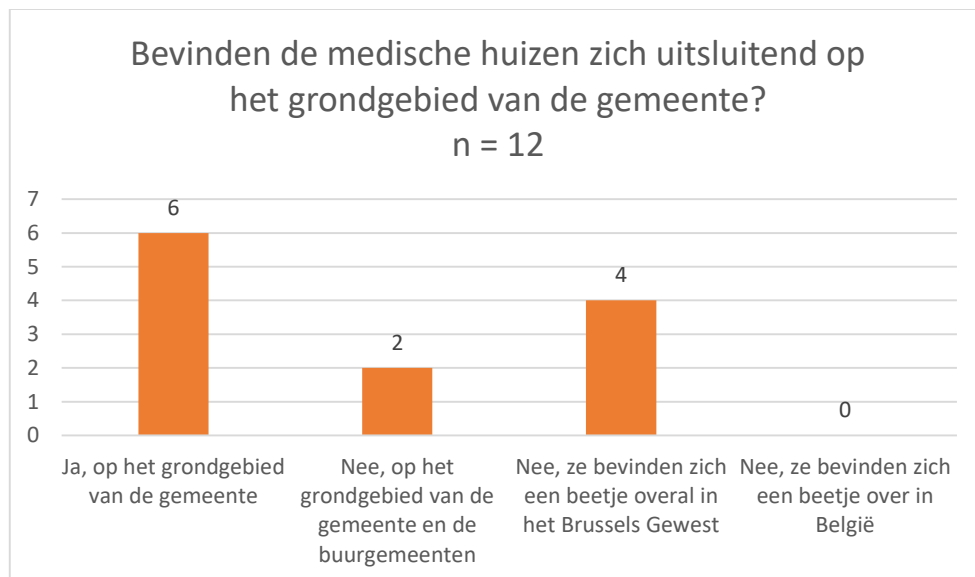
We wijzen erop dat de procedures van de OCMW's met betrekking tot hun respectieve medische centra niet gelijklopen. Ten eerste wat betreft **de verplichting van bepaalde gebruikers om zich al dan niet te wenden tot de arts van dit centrum** en met betrekking tot de opening van het recht op medische hulp of dringende medische hulp (1 OCMW). Ten tweede zijn er verschillen op vlak van de **openingsuren**. Ten derde zijn er ook verschillen met betrekking tot de **zorgverleners** die verbonden zijn aan de centra (sommige werken enkel met huisartsen, andere met een hele reeks specialisten). **Er moet ook worden opgemerkt dat er geen verband bestaat tussen het al dan niet hebben van een**

**medisch centrum en het feit dat het OCMW in een armere gemeente van het Gewest ligt. Er is ook geen verband tussen de omvang van het OCMW en het hebben van een medisch centrum (twee OCMW's zijn van middelgrote omvang op het vlak van het aantal begunstigden, en één OCMW is van kleine omvang).**

## Medische huizen

De medische huizen worden vaak als voorbeeld genoemd op het vlak van patiëntenopvolging omdat ze zich kunnen wijden aan de continuïteit van de zorg op lange termijn, omdat ze verschillende diensten kunnen aanbieden (artsen en specialisten, maar ook sociaal assistenten, enz.)<sup>32</sup> en omdat ze hun werk kunnen koppelen aan de ruimere rechten van hun patiënten (die bovendien meestal kwetsbaarder en hulpbehoevender zijn dan het gemiddelde<sup>33</sup>). De medische huizen voeren immers belangrijke multidisciplinaire taken uit<sup>34</sup>, en bevinden zich zo dicht mogelijk bij de bewoners van een wijk. Daarom hebben we geprobeerd om een zicht te krijgen op de samenwerkingsovereenkomsten tussen de OCMW's en de medische centra. Opgemerkt moet worden dat we geen onderscheid hebben gemaakt tussen medische huizen die een vergoeding vragen per prestatie en medische huizen die een forfaitaire prijs hanteren.

**12 Brusselse OCMW's werken met medische huizen, 6 doen dat niet.** Van de OCMW's die met medische huizen werken, werken er 4 met 1 à 3 medische huizen, 2 met 4 à 7, 2 met 8 à 12 en 4 met meer dan 12. **Hoe groter het OCMW is, hoe groter het aantal medische huizen is waarmee het logischerwijs samenwerkt.** Aangenomen mag worden dat de grotere OCMW's (meer dan de kleinere) de middelen hebben om met medische huizen samen te werken. Anderzijds is er **geen verband tussen het werken met veel medische huizen en het grondgebied** waarop deze zich bevinden. De medische huizen bevinden zich op het grondgebied van de gemeente in het geval van 6 OCMW's; 2 OCMW's werken met medische huizen in de gemeente en in de aangrenzende gemeenten en 4 OCMW's geven aan dat de medische huizen een beetje verspreid zijn over het hele Brusselse Gewest. Geen enkel OCMW werkt met medische huizen van buiten het Gewest.



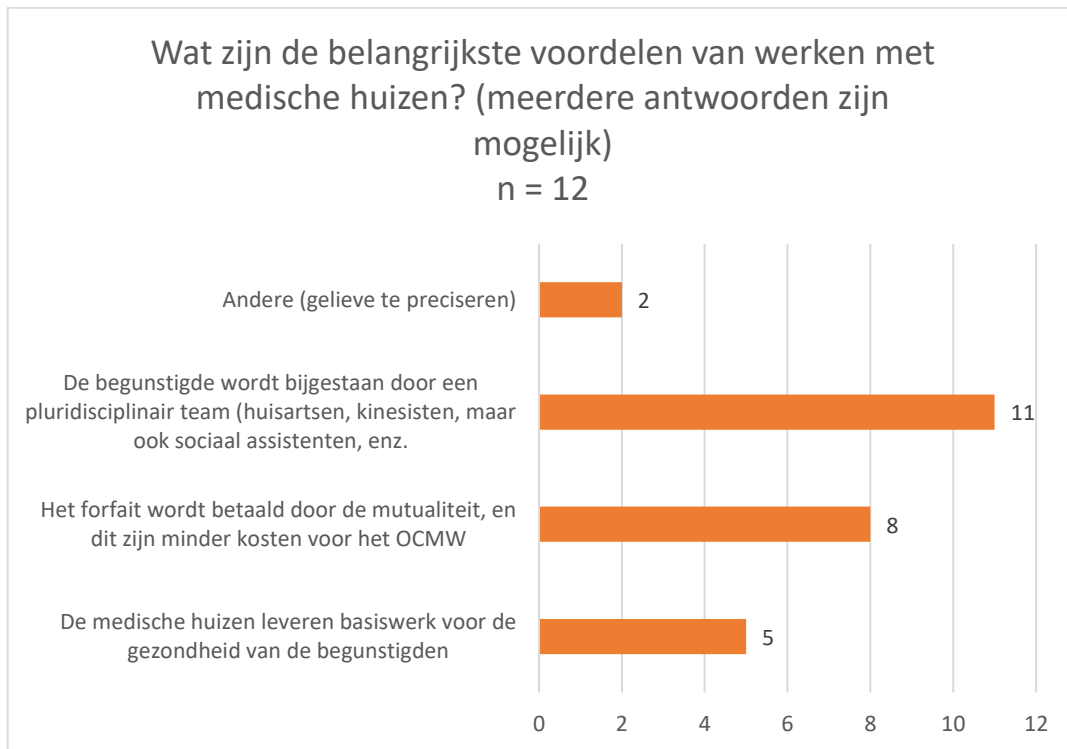
<sup>32</sup> P. DRIELSMA, J. MOREL, « « Criteria van het concept « Naar eenheid op het vlak van gezondheid » toegepast in België in de medische huizen », *Education for Health*, Volume 20, issue 2, 2007 p4.

<sup>33</sup> « Medische huizen in Brussel, over toegankelijkheid (eigen vertaling) », Fédération bruxelloise des maisons médicales, p3, (in het Frans) <https://www.maisonmedicale.org/Les-maisons-medicales-a-Bruxelles-3602.html>

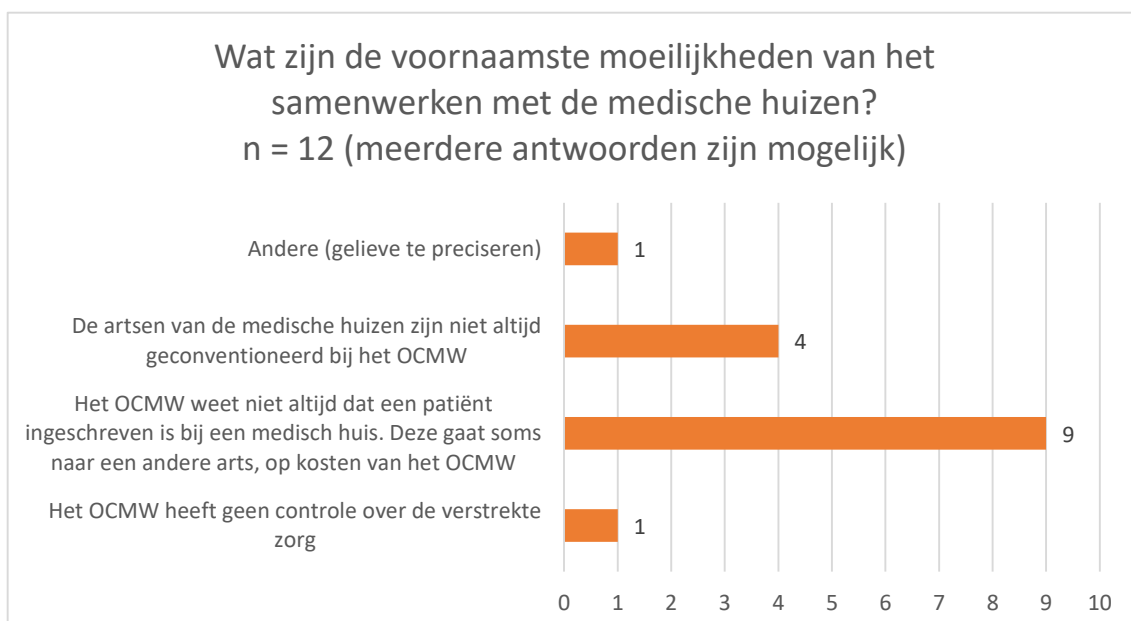
<sup>34</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, op. cit., p9.



Een van de voordelen van het werken met medische huizen is volgens de OCMW's dat « *de begunstigde wordt omringd door een multidisciplinair team (huisartsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, maar soms ook sociaal assistenten en psychologen)* »: 11 van de 12 OCMW's zeggen dit. Bovendien geven 8 OCMW's aan dat « *het forfait door de mutualiteiten wordt betaald, hetgeen minder kosten voor het OCMW betekent* ». 5 OCMW's geven aan dat « *medische huizen instaan voor de basisgezondheid van de begunstigden* ». 2 OCMW's geven als voordeel de « *nabijheid tot de woonplaats van de begunstigde* » of de « *verminderde administratieve last* » voor het OCMW.



Eén van de nadelen van het werken met medische huizen is dat « *de OCMW's zich er niet altijd van bewust zijn dat de patiënt in het medisch huis is ingeschreven. De patiënt gaat soms naar een andere arts, op kosten van het OCMW* ». Dit is iets dat aangehaald wordt door 9 OCMW's. Eén OCMW zegt ongeveer hetzelfde door te specificeren dat « *de patiënt niet altijd goed op de hoogte is van de regels* ».



van het medisch huis, met name op het vlak van de vrije keuze van de zorgverlener ». Een OCMW is van mening dat het « geen controle heeft over de verstrekte zorg », wat zij als nadelig ervaren. 4 OCMW's geven aan dat « het medische huis niet altijd een conventie heeft met het OCMW », wat een probleem is. Opgemerkt moet worden dat de OCMW's altijd in de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid kunnen nagaan of de patiënt al dan niet is aangesloten bij een medisch huis. De naam en het adres van het medisch huis worden echter niet vermeld, wat de taak van de OCMW's niet vergemakkelijkt, aangezien zij niet weten waar ze de patiënt naar moeten doorverwijzen. Bovendien moet de KSZ up-to-date zijn, hetgeen niet altijd het geval is.

## De adviserend geneesheren

De studie heeft ook aangetoond of de OCMW's gebruik maken van een adviserend geneesheer of niet. Voor de duidelijkheid hebben we bepaald wat we bedoelen met een adviserend geneesheer. Het gaat hier om « een persoon die deel uitmaakt van het medisch korps, en die de zorg van een andere arts kan analyseren of een advies kan geven aan het OCMW, met als doel de vertrouwelijke beoordeling van de diagnose in samenwerking met de andere arts die de zorg of het geneesmiddelenvoorschrift verstrekt heeft. Het gaat in dit geval niet om de adviserend geneesheer van de mutualiteit »<sup>35</sup>.

Het doel hier was om de mogelijke problemen te belichten die de OCMW's ervaren bij het verlenen van medische hulp (of DMH<sup>36</sup>) of een bepaalde verzorging, en dus een bepaalde financiering, wanneer er een diagnose is waaraan zij zouden twijfelen, of wanneer zij medisch advies nodig zouden hebben. Het is niet de taak van het OCMW om te oordelen of een bepaalde medische procedure noodzakelijk is, maar veeleer van de zorgverlener. De OCMW's die materiële en preventieve bijstand verlenen, hebben echter soms het recht om een advies te vragen omdat zij niet bevoegd zijn of de legitimiteit hebben om de noodzaak van de behoefte te analyseren. De vraag werd ook gesteld omdat de OCMW's al enkele jaren vragende partij zijn om binnen de Federatie van Brusselse OCMW's een adviserend geneesheer aan te werven om deze taak voor alle OCMW's in het gewest op zich te nemen. De relevantie van dit verzoek wordt daarom ook geanalyseerd.

### **Slechts 4 OCMW's werken met een adviserend geneesheer. De overgrote meerderheid van de OCMW's maakt hier geen gebruik van.**

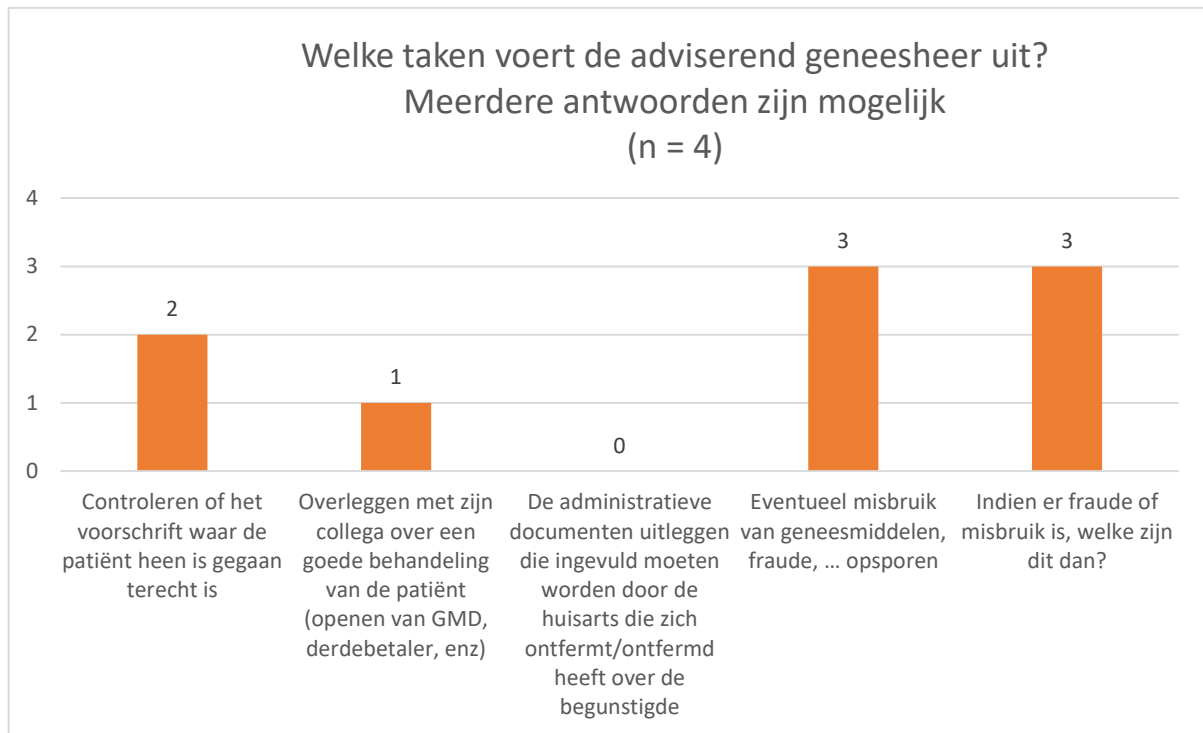
Van de OCMW's die er gebruik van maken, geven er 2 aan dat het gaat om de adviserend geneesheer van hun medisch centrum. Het ene OCMW maakt elke dag dat hun medisch centrum open is, gebruik van de adviserend geneesheer. Het is immers via het medisch centrum van dat OCMW dat aan de patiënt een betalingsverbintenis of een medische kaart kan worden toegekend. Dit is daarom dus een noodzakelijke stap. Zij kunnen dan in een tweede fase hun arts kiezen. Een ander OCMW gebruikt het advies van de arts in het medisch centrum als tweede opinie, en ze doen dit 1 à 3 keer per jaar. Voor een ander OCMW, dat geen medisch centrum heeft, gaat het om een arts van buiten het OCMW die 1 à 3 keer per jaar wordt geraadpleegd. Tot slot gebruikt één OCMW de adviserend geneesheer van het rusthuis slechts zelden (1 à 3 keer per jaar).

Aan de OCMW's die gebruik maakten van een adviserend geneesheer werd gevraagd welke opdracht deze laatste had. 3 OCMW's zeggen dat zij « mogelijk misbruik van geneesmiddelen, fraude, enz. willen opsporen ». 2 OCMW's zeggen dat ze willen « nagaan of het voorschrift van de arts die de patiënt behandeld heeft, terecht is ». Een OCMW zegt dat dit gebeurt om « in dialoog te gaan met hun collega om de goede verzorging van de patiënt te garanderen (aanmaken van het GMD, derdebetaler, enz.) ».

---

<sup>35</sup> De adviserend geneesheer controleert ook de medische attesten van lange duur.

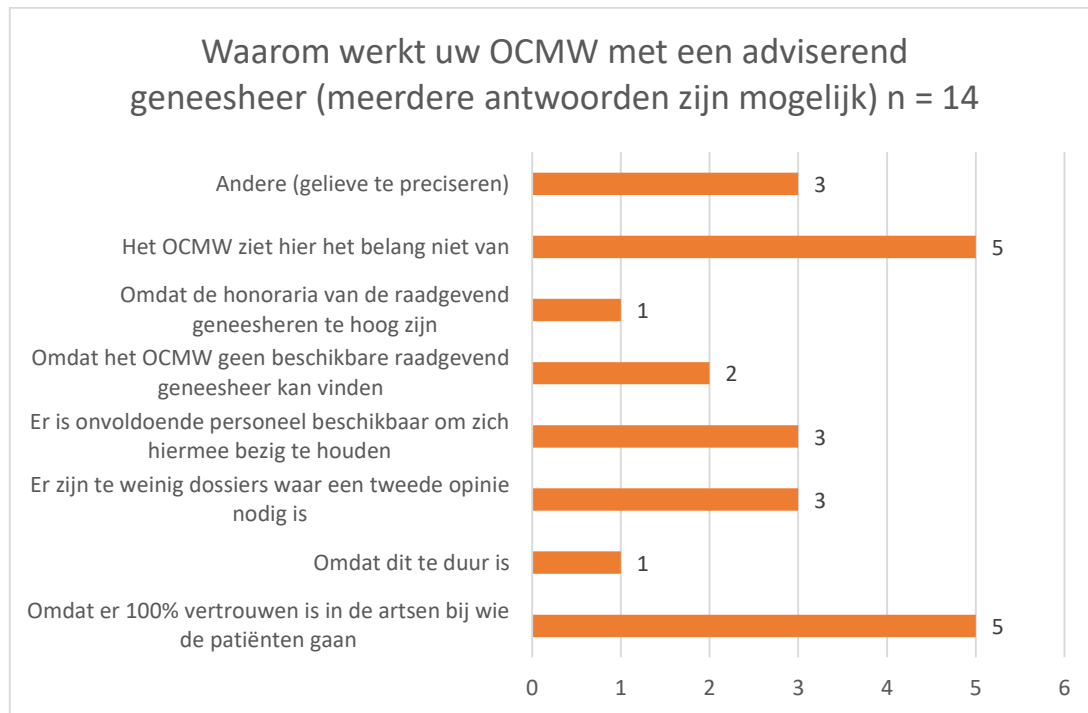
<sup>36</sup> Dringende Medische Hulp.



Wat fraude betreft, geeft een OCMW aan dat het mogelijk gaat om « *overmatig gebruik van geneesmiddelen, misbruik van medische bezoeken en sociale fraude op het werk* ». Een ander OCMW spreekt over de « *verstrekking van comfortgeneesmiddelen bij DMH* » en het derde OCMW over « *onterechte medische attesten van arbeidsongeschiktheid* ».

Wat de nadelen van het werken met een adviserend geneesheer betreft, geven 2 OCMW's aan dat « *indien OCMW's een arts door een andere arts laten controleren, dit soms niet op prijs gesteld wordt* ». Eén OCMW is van mening dat « *het gebruik van de adviserend geneesheer duur is* ». Voor 1 OCMW zijn er « *geen nadelen* ».

De overgrote meerderheid van de OCMW's doet geen beroep op een adviserend geneesheer en zij geven hiervoor talrijke redenen op.



5 OCMW's « zien de meerwaarde niet » en een ander OCMW geeft aan dat « ze zich de vraag nooit gesteld hebben », waarschijnlijk omdat ze nooit de opinie van de arts in twijfel trekken. Bovendien zeggen 5 OCMW's dat « er een absoluut vertrouwen is in de artsen die door de patiënten geraadpleegd worden ». 2 OCMW's zijn van mening dat « een tweede opinie in te weinig gevallen noodzakelijk is », en dat de administratieve rompslomp die de invoering van dit systeem met zich meebrengt waarschijnlijk niet opweegt tegen het beoogde effect. 3 andere OCMW's zeggen dat ze « te weinig personeel hebben om zich hiermee bezig te houden ». 1 OCMW is van mening dat « de honoraria van de adviserend geneesheren te hoog zijn », en ook een ander OCMW is van mening dat « het te veel kost ».

Voor wat betreft de andere redenen geeft één OCMW het volgende aan: « De behoefte om hier gebruik van te maken heeft zich nog niet gesteld. Voor onze Art 60§7 medewerkers doen wij een beroep op onze arbeidsgeneesheer. Maar wij doen dit niet voor de begunstigen van de medische en farmaceutische dienst. » Een ander OCMW legt uit dat « we indien nodig een tweede opinie vragen aan een arts van het IRIS-netwerk<sup>37</sup> ». Een andere OCMW verklaart dan weer dat « ze zich de vraag nooit gesteld hebben ». Het is ook de notie van controle die problematisch is, aangezien artsen die met bepaalde OCMW's werken geen zin hebben om te controleren of zelf gecontroleerd te worden. **Bovendien wezen de meeste OCMW's erop dat ze geen adviserend geneesheren kunnen vinden. Ze hebben een tijdje gezocht, maar hebben niemand gevonden om deze functie uit te oefenen.**

We moeten hier dus rekening mee houden wanneer we kijken naar het verzoek om een adviserend geneesheer aan te stellen binnen de Federatie van Brusselse OCMW's. De meeste OCMW's hebben duidelijk geen behoefte aan medisch advies en werken samen met zorgverleners zonder dat er een tweede opinie noodzakelijk is.

<sup>37</sup> Netwerk van openbare ziekenhuizen in Brussel.

## Gedraglijnen OCMW

**12 OCMW's beschikken over een officieel document met daarin de gedraglijnen op het vlak van het algemene gezondheidszorgbeleid. 6 andere OCMW's hebben zoiets niet.** Deze vraag werd gesteld om te zien of de OCMW's intern al een standpunt hadden ingenomen over zaken in verband met gezondheidszorg, en over de richtlijnen die zij aan hun werknemers geven. Een volgende stap, die niet in deze studie werd uitgevoerd, zou zijn om deze documenten te analyseren, en op zoek te gaan naar vergelijkingspunten, gelijkenissen of tegenstellingen.

## Medische hulp in het algemeen

Een van de belangrijkste doelstellingen van het onderzoek was om « in het algemeen » te weten te komen wie recht had op medische hulp van het OCMW voor zowel medische als farmaceutische uitgaven, en per categorie van begunstigde. De toekenning van medische hulp hangt af van het sociaal onderzoek en de staat van behoeftigheid, zoals voorzien wordt in de wet. De situatie van de persoon op het moment van het verzoek om bijstand wordt grondig geanalyseerd zodat het OCMW het juiste antwoord kan bieden aan de gebruiker. Immers, zoals de organieke wet van 8 juli 1976<sup>38</sup> in §1 en §2, voorziet « ... **heeft het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn tot taak aan personen en gezinnen de dienstverlening te verzekeren waartoe de gemeenschap gehouden is. Het verzekert niet alleen lenigende of curatieve doch ook preventieve hulp (...). Deze dienstverlening kan van materiële, sociale, geneeskundige, sociaal-geneeskundige of psychologische aard zijn** » en « *In afwijking van de andere bepalingen van deze wet, is de taak van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn beperkt tot: (1) het verlenen van dringende medische hulp, wanneer het gaat om een vreemdeling die illegaal in het Rijk verblijft (...)* ». Bovendien komt het volgens de omzendbrief van 25 maart 2010 « ... **het O.C.M.W. toe om te beoordelen welke middelen nodig zijn om de staat van behoeftigheid van de aanvrager vast te stellen (bijvoorbeeld een huisbezoek, contact met externe instanties of verenigingen,...)** »<sup>39</sup>.

We hebben ook een vakje gelaten waarin de OCMW's meer details konden geven. De meeste OCMW's hebben dit ingevuld, en hieronder leest u wat daaruit naar voren is gekomen (4 OCMW's hebben dit niet gedaan):

- **De helft van de OCMW's geeft aan dat alles gebeurt op basis van een evaluatie van de aanvraag van de gebruiker (9 OCMW's):** « *De toestand van behoeftigheid wordt op een bepaald moment vastgesteld door het sociaal onderzoek, ongeacht of het nu gaat om een ontvanger van het LL of om iemand met een ander inkomensniveau* ». Ze zeggen ook nog dat de bijstand wordt toegekend aan « *eenieder wiens budget het niet langer mogelijk maakt om de medische en/of farmaceutische kosten te dekken. Iemand die wel een inkomen heeft, maar ook schulden, kan er recht op hebben.* » Een ander OCMW legt uit dat « *elke andere persoon voor wie het sociaal-economisch onderzoek een behoefte aantoont (aandeel van medisch-farmaceutische uitgaven in het huishoudbudget) recht kan hebben op medische bijstand* ».
- Bij sommige OCMW's wordt er een *specifieke* berekening uitgevoerd:
  - Eén OCMW berekent **het bedrag dat per persoon beschikbaar is** (middelen min vaste kosten, volgens een budgetschema) dat niet hoger mag zijn dan 400 € om van medische bijstand te kunnen genieten (het gaat dan om behandelingen bij de huisarts of een specialist, maar ook om farmaceutische bijstand).

<sup>38</sup> Organieke wet van 7 juli 1976, *op. cit.*

<sup>39</sup> « Het sociaal onderzoek vereist door de terugbetaling van de medische kosten in het kader van de Wet van 2 april 1965 en het Ministerieel Besluit van 30 januari 1995 », 25 maart 2010, SPP IS. Zie : <https://www.mis.be/sites/default/files/documents/OB%202010-03-25%20NL.pdf>

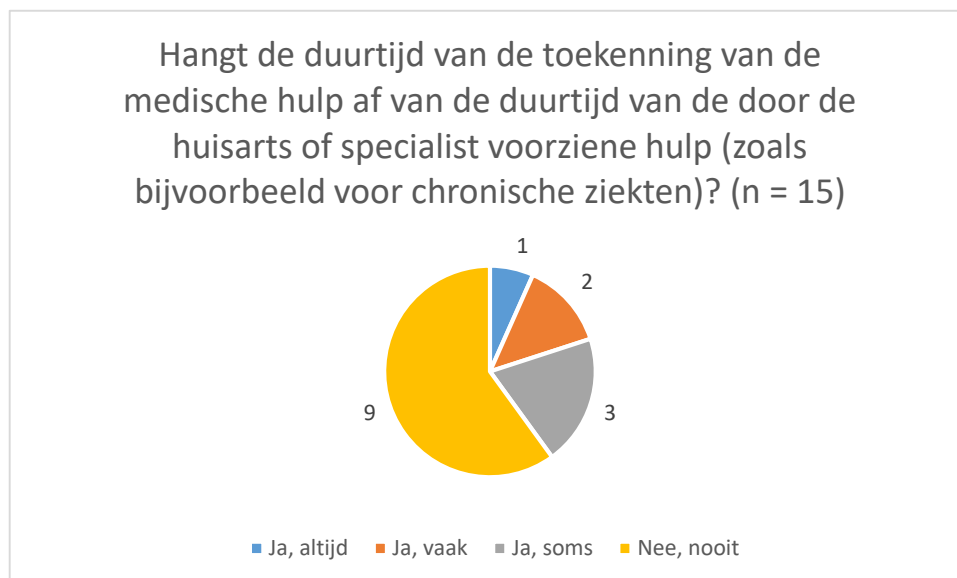
- Een OCMW legt uit dat « **personen met middelen die minder dan 1,5 maal het bedrag van het leefloon bedragen** » recht hebben op medische bijstand.
- Twee OCMW's berekenen **een dagelijkse economische coëfficiënt (middelen min huur, lasten, enz. gedeeld door het aantal personen in het huishouden en door 30)**.
- Eén OCMW verklaart dat medische bijstand wordt verleend aan personen van wie het inkomen **niet hoger is dan het leefloon voor hun categorie**: maximum van de categorie met gezinslasten gedeeld door twee keer het bedrag voor samenwonenden, vermeerderd met 10%, vermeerderd met de kinderbijslag (of gewaarborgde gezinsbijslagen<sup>40</sup>, naargelang het geval). Eenieder die niet aan de criteria voldoet, kan evenwel, met instemming van het Comité, medische bijstand krijgen.

**Alle OCMW's maken dus een berekening om te bepalen of ze al dan niet bijstand verlenen. Vijf OCMW's maken echter een heel andere en systematische berekening. Dit betekent daarom nog niet dat hun beleid flexibeler zou zijn. Dit wordt aangetoond door het sociale onderzoek, waaruit zou blijken dat de middelen voldoende zijn, maar dat de kosten veel te hoog blijven voor dit publiek.**

Bovendien hebben sommige mensen bij sommige OCMW's vrij vaak (maar daarom nog niet automatisch) recht op medische bijstand<sup>41</sup>. Het gaat om:

- « **Personen die een LL of ELL ontvangen** » (10 OCMW's)
- « **Personen met middelen minder dan of gelijk aan 110% van het bedrag van het leefloon** » (7 OCMW's)
- « **Personen met een inkomen dat niet hoger is dan een bepaald bedrag dat berekend wordt op basis van het dagelijkse economische gemiddelde van het huishouden (inkomen min huur enz. gedeeld door het aantal personen in het huishouden)** » (6 OCMW's)

Wat betreft de duurtijd dat de bijstand toegekend wordt, was de vraag of dit afhankelijk was van de duurtijd van de zorg die voorzien werd door de specialist of de huisarts (bijvoorbeeld bij een chronische ziekte).



<sup>40</sup> Dit is een residuaire regeling voor kinderen die niet in aanmerking komen voor kinderbijslag volgens een Belgische of buitenlandse regeling. Het gaat met andere woorden om kinderbijslag die aan verschillende strikte voorwaarden wordt toegekend aan gezinnen die geen andere kinderbijslag kunnen ontvangen in België, in het buitenland of via een internationale instelling.

<sup>41</sup> Meerkeuzevraag, meerdere antwoorden mogelijk.

De vraag werd gesteld om te weten of het OCMW-personeel rekening heeft gehouden met het medisch advies om de duur van de toekenning te bepalen. Wij zijn van mening dat de OCMW's niet kunnen weten wat de urgentie of zelfs de behoefte van de zorg is, behalve wanneer ze met een adviserend geneesheer werken. De controle van de pathologie is niet de bevoegdheid van het OCMW, maar is nauw verbonden met partnerschappen die zijn aangegaan met zorgverleners.

Voor de meeste OCMW's is de duurtijd van de beslissing « nooit » afhankelijk van de duurtijd van de voorziene zorg (9 OCMW's). Eén OCMW geeft aan dat dit een principebeslissing voor een jaar is. Voor 3 OCMW's is de beslissing « soms » afhankelijk van de voorziene zorg. Eén van deze OCMW's specificeert dat de gezondheidskaart voor één jaar wordt toegekend, terwijl de duur van de zorg bij een specialist eerder afhangt van het soort zorg (duurtijd in functie van het medisch attest of voorschrift). 2 OCMW's antwoordden dat dit « vaak » afhangt van de voorziene zorg en voor 1 enkel OCMW was dit « altijd » het geval. Het gaat hier om de OCMW's die beschikken over een medisch centrum waar artsen werken die hun opinie over de pathologie kunnen geven. 3 OCMW's hebben de vraag niet beantwoord.

## Conclusie voor medische bijstand in het algemeen

In dit hoofdstuk hebben we gekeken naar de verschillende werkwijzen van de OCMW's **voor wat betreft de toegang tot gezondheidszorg in het algemeen. We deden dit voor de toegang tot medische (algemene en gespecialiseerde) hulp, evenals voor farmaceutische bijstand.**

Een eerste punt is of er al dan niet **een medisch centrum beschikbaar is**. Slechts drie OCMW's beschikken hierover, en het lijkt erop dat dit voor een zekere efficiëntie zorgt bij de behandeling van de aanvragen. De artsen in deze medische centra weten immers welke documenten ingevuld moeten worden en aan de sociaal assistent verstrekt moeten worden. Dit roept echter vragen op met betrekking tot de vrije keuze van de arts. We merken op dat de meeste patiënten interesse lijken te hebben om naar de medische centra van de OCMW's te gaan, omdat deze regelmatig open zijn en verbonden zijn met de centrale administratie (sommige meer dan andere). De patiënten hebben niet altijd een huisarts.

**Het feit dat patiënten langsgaan bij een medisch huis is gunstig voor de meeste OCMW's. Toch zijn er nog praktische problemen die moeten worden opgelost.** Een vaak terugkerend probleem voor de meeste OCMW's is dat de patiënt zich er niet altijd van bewust is dat hij altijd naar dit medische huis moet gaan en niet naar een andere arts kan gaan, aangezien hij een erkenningsdocument heeft ondertekend. Deze informatie ontbreekt soms of wordt niet altijd doorgegeven aan de sociaal assistent. Indien de sociaal assistent de patiënt dan naar een andere arts doorverwijst, worden de kosten daarvan door het OCMW gedragen. Het is voor de OCMW's weliswaar mogelijk om in de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) te zien of de gebruiker met een medisch huis is verbonden, maar er wordt niet gepreciseerd om welk medisch huis het precies gaat. Bovendien is het KSZ niet altijd up-to-date.

Een ander punt dat wij aanhalen is dat de OCMW's vaak conventies afsluiten met deze medische huizen, en hun gebruikers soms automatisch naar hen doorverwijzen. Wat de conventies met medische huizen betreft, zou het ook interessant zijn geweest om te weten of het gaat om medische huizen die erkend zijn door de COCOF, en of deze huizen van meet af aan de verlaagde tarieven toepassen of dat zij dit doen op grond van deze conventies.

Wij benadrukken dat er geen verband is tussen de omvang van het OCMW en de doorverwijzing naar medische huizen in de gemeente of naburige gemeenten, of naar medische huizen op het grondgebied

van het Gewest in zijn totaliteit. Anderzijds, hoe groter het grondgebied van de gemeente is, hoe groter het OCMW is, en hoe meer ze samenwerken met medische huizen.

De inschakeling van een adviserend geneesheer houdt vaak verband met de beschikbaarheid van een medisch centrum, aangezien twee op de drie OCMW's met een medisch centrum gebruik maken van het advies van deze artsen. Nochtans maken maar heel weinig OCMW's gebruik van een adviserend geneesheer. Bovendien maakt geen enkel OCMW buiten zijn netwerk gebruik van een adviserend geneesheer, op één OCMW na dat soms vraagt om de medische toestand te laten controleren door een arts van het IRIS-netwerk. **Sommige OCMW's wijzen er echter op dat zij geen partnerarts kunnen vinden, of dat dit proces te duur is. Zij laten de deur dus op een kier en tonen een zekere bereidheid om hier in de toekomst toch een beroep op te doen.** Een belangrijke remmende factor is ook de controle die een arts op een andere arts zou uitoefenen. Het is lastig om een arts te vinden die bereid is om dit te doen. Ook voor de artsen wiens beslissingen gecontroleerd worden, is dit een gevoelige zaak.

Wat de toekenning van hulp betreft, wijzen wij erop dat **de helft van de OCMW's automatisch medische hulp verleent aan personen met leefloon of equivalent leefloon.** Alle OCMW's maken een berekening op basis de huishoudelijke uitgaven en inkomsten om het recht op hulp en de behoefte te beoordelen. **Sommige OCMW's passen echter een erg specifieke berekening toe (op basis van huur, lasten, plafond, coëfficiënt, enz.).** Het kan interessant zijn om te zien of deze berekening automatisch rekening houdt met personen die alleen beschikken over een (equivalent) leefloon. Een andere vraag is of personen dit recht verkrijgen in hun hoedanigheid van ontvanger van een leefloon in de categorie alleenstaande, en of zij dit recht ook zouden krijgen in de categorie samenwonende.

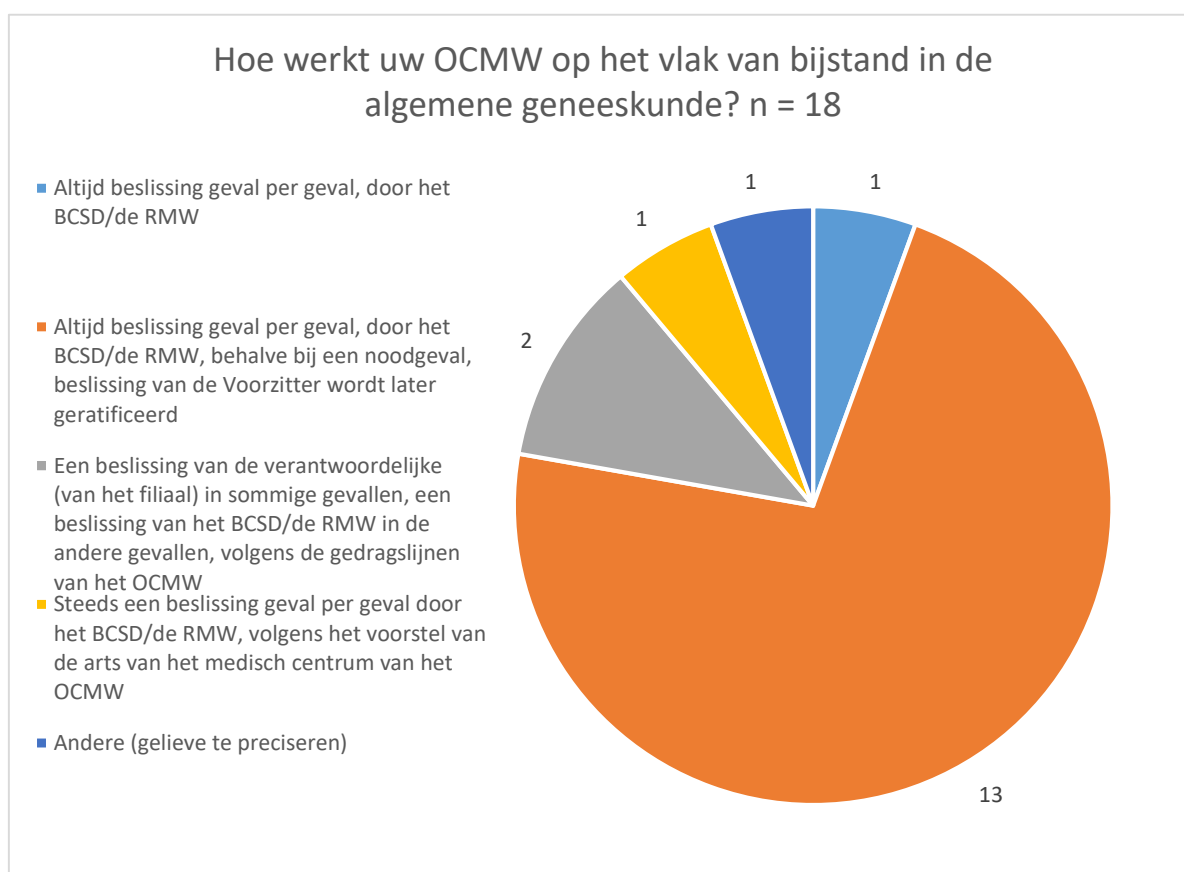


## Beleid op vlak van algemene geneeskunde

Onder algemene geneeskunde wordt verstaan de zorg die verstrekt wordt door huisartsen. Dit hoofdstuk is hieraan gewijd. Huisartsen behoren tot de eerstelijnszorg. In Brussel bedraagt het gemiddelde aantal contactmomenten met een huisarts 2,9 per jaar. Voor België in zijn geheel is dit 3,9 voor elke leeftijdsgroep in 2017 (alhoewel de bevolking in Brussel jonger is dan in de rest van het land, moet worden opgemerkt dat de leeftijd hier geen rol speelt)<sup>42</sup>. De toegang tot huisartsen is daarom essentieel. Enerzijds maakt dit het mogelijk om patiënten te behandelen bij wie het uitstel van de behandeling naar de tweedelijnszorg tot een verergering van de ziekte kan leiden<sup>43</sup>. Anderzijds is de tweedelijnszorg duurder voor OCMW's<sup>44</sup>. Bovendien heeft in 2013 19,6% van de laagste inkomens van de Brusselaars een medische verzorging om financiële redenen uitgesteld, tegenover 2,4% van de bevolking uit het vierde kwintiel en 1,4% van de bevolking met de 20% hoogste inkomens<sup>45</sup>.

## Beslissingen voor de terugbetaling

Een eerste aandachtspunt was om te zien hoe de hulp van het OCMW werd toegekend en aan het Comité werd voorgelegd. De achterliggende gedachte bij deze vraag was om na te gaan hoe snel de OCMW's kunnen reageren op een zeer specifiek geval. We wilden met name weten of er al dan niet een mogelijkheid bestaat om in geval van nood af te wijken van de voorafgaande goedkeuring door het Comité.



<sup>42</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, *op.cit.*, p28.

<sup>43</sup> « Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? », KCE Reports 257Bs, p8 en « Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België », KCE reports 85B, p149.

<sup>44</sup> « Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? », KCE Reports 257Bs, p8 et « Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België », KCE reports 85B, p149.

<sup>45</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, *op.cit.*, p31.

**Op het vlak van algemene geneeskunde werken de meeste OCMW's « geval per geval, op basis van beslissingen genomen door het BCSD/de RMW. Dit is niet zo voor dringende gevallen, wanneer de beslissing van de voorzitter later wordt geratificeerd » (13 OCMW's).** Eén OCMW werkt « *altijd geval per geval op basis van een beslissing van het BCSD/de RMW* ». Een ander OCMW « *bekijkt geval per geval op basis van een beslissing van het BCSD/de RMW, volgens het voorstel van de arts van het medisch centrum van het OCMW* ». 2 OCMW's leggen uit dat het « *in sommige gevallen gaat om een beslissing van de verantwoordelijke (van het filiaal) en in andere gevallen om een beslissing van het BCSD/de RMW, volgens de gedragslijnen van het OCMW* ». Het ene OCMW heeft immers 10 filialen verspreid over het grondgebied van de gemeente, om zo de nabijheid tot de burgers te verbeteren. Het andere beschikt over één filiaal naast de centrale administratie. Eén OCMW geeft aan dat medische bijstand wordt « *toegekend aan personen met een LL of ELL. Alle andere beslissingen worden geval per geval genomen door een speciale commissie, behalve in noodgevallen waarbij de Voorzitter een beslissing neemt die later wordt geratificeerd* ».

De beslissing van de Voorzitter in geval van een noodsituatie lijkt de norm te zijn. Maar het is de moeite waard om ons af te vragen wat er in dit geval precies aanzien wordt als « noodsituatie ». Deze vraag werd immers niet gesteld. Er zijn ook OCMW's die redelijk automatisch hulp kunnen bieden in functie van vooraf bepaalde gedragsregels, en in de filialen. Dit betekent dat indien de aanvrager aan de voorwaarden voldoet, er een betalingsverbintenis of een medische kaart/gezondheidskaart kan worden toegekend, en dit pas achteraf aan het Comité wordt voorgelegd. Voor een OCMW met een medisch centrum wordt de patiënt bij een aanvraag tot behandeling meteen naar de arts van het centrum gestuurd. Deze arts kan dan bij het Comité een betalingsverbintenis of een gezondheids-/medische kaart aanvragen. De patiënt wordt dus behandeld door de huisarts vóór de aanvraag aan het Comité wordt voorgelegd. Voor elke ander aanvraag, met name voor gespecialiseerde hulp, is de instemming van het Comité vereist. Het lijkt er dus op dat de OCMW's zo snel mogelijk reageren op aanvragen om algemene medische zorg, vooral als er een « noodsituatie » wordt vastgesteld.

## Duur van de beslissing tot toekenning

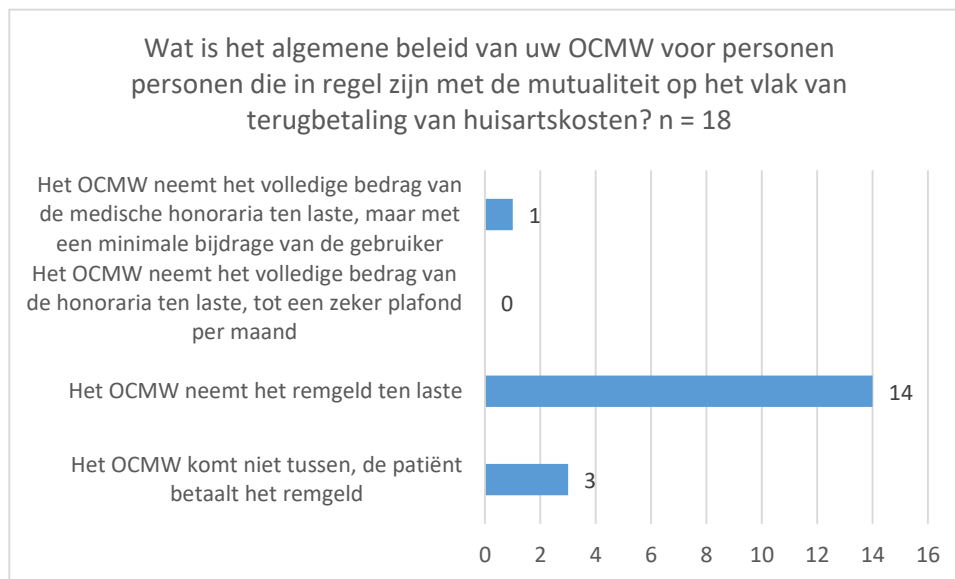
**De duur van de beslissing tot toekenning bedraagt meestal één jaar voor de algemene geneeskunde (14 OCMW's).** Veel minder vaak bedraagt dit 6 maanden (1 OCMW) of 3 maanden (2 OCMW's). Een OCMW die « andere » antwoordde, geeft aan dat de duur tussen de 6 maanden en 1 jaar ligt.

## Beleid voor gebruikers

We bevroegen de OCMW's naar hun werkwijzen voor de zorg in de algemene geneeskunde die verstrekt wordt aan mensen die in regel zijn met de mutualiteit en vervolgens aan mensen die niet in regel zijn met de mutualiteit. Zo wilden we nagaan of er een verschil was in het beleid tussen deze twee doelgroepen. Ter herinnering, de mutualiteit dekt een deel van de medische kosten van mensen die in regel zijn met de mutualiteit. Het saldo, het zogenaamde remgeld, moet worden betaald door de patiënt of door het OCMW (afhankelijk van het beleid). Voor mensen die geen mutualiteit hebben, moet het volledige bedrag worden betaald (remgeld plus het gedeelte ziekte- en invaliditeitsverzekering – het ZIV-aandeel, t.t.z. het RIZIV-tarief).

### Patiënten die in regel zijn met de mutualiteit

Voor personen die in regel zijn met de mutualiteit, betaalt de overgrote meerderheid van de OCMW's het remgeld overeenkomstig het algemene beleid van de OCMW's (14 OCMW's).



Voor één van deze OCMW's is een medische kaart noodzakelijk, en een ander OCMW bepaalt dat zij het remgeld betalen, behalve wanneer er een afwijking geldt ten aanzien van de huisartskeuze. 3 OCMW's die het remgeld betalen, hebben een eigen beleid. 2 OCMW's berekenen het dagelijks economisch gemiddelde (DEG) van het huishouden van de persoon (saldo van de middelen na aftrek van huur en maandelijkse gas- en elektriciteitsfacturen berekend per dag, en gedeeld door het aantal personen in het huishouden). Als de verkregen coëfficiënt onder een bepaalde drempel ligt, en de persoon in aanmerking komt voor het leefloon, worden de medische kosten vergoed. Als de coëfficiënt hoger is, of als de persoon over een inkomen beschikt, wordt er geval per geval een beslissing genomen op basis van de behoeften. Eén OCMW bepaalt dat bij de berekening van het beschikbare inkomen (inkomen min lasten/vaste kosten) dit niet meer dan 400 euro mag bedragen, tenzij de sociaal assistent hier uitdrukkelijk van afziet, of indien er een berekening wordt gemaakt op basis van de ontvangen kinderbijslagen.

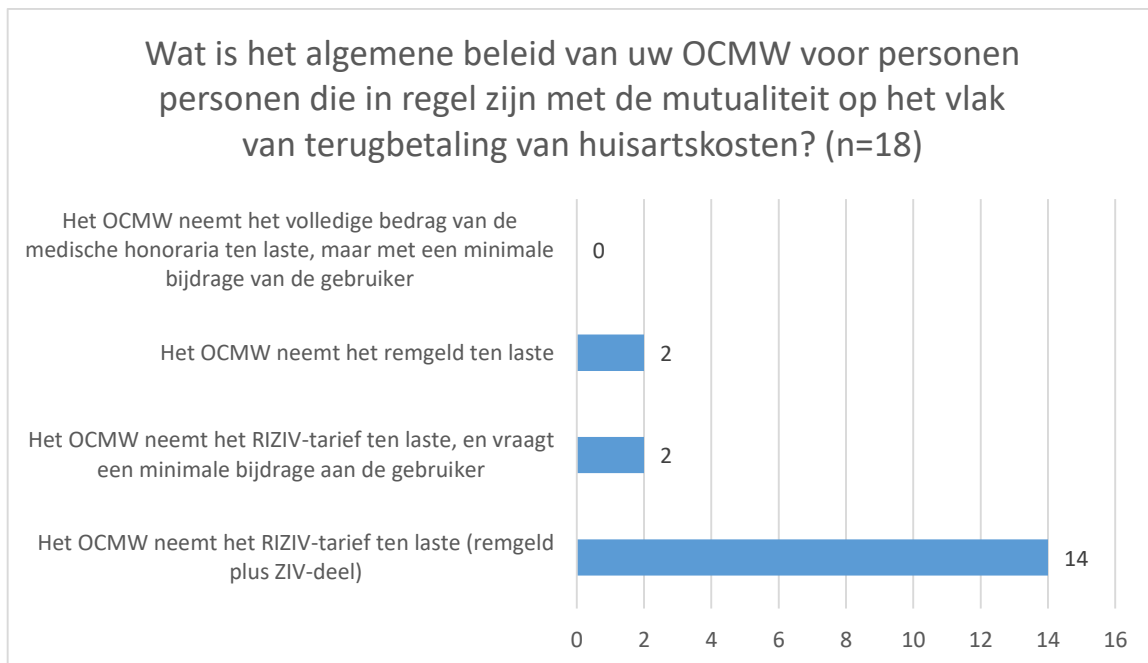
**Bij 3 andere OCMW's is er geen tussenkomst, de patiënt betaalt het remgeld.** Slechts 1 OCMW betaalt alle medische honoraria, maar vraagt een minimale tussenkomst van de gebruiker, **1 euro per consultatie**, behalve in bijzondere gevallen (niet gespecificeerd).

### Patiënten die niet in regel zijn met de mutualiteit

**Bij patiënten die niet in regel zijn met de mutualiteit nemen 16 OCMW het RIZIV-tarief op zich (remgeld plus ZIV-aandeel - ziekte- en invaliditeitsverzekering).** We wijzen erop dat de twee OCMW's, die hebben aangegeven dat ze alle medische honoraria terugbetalen, dit doen op voorwaarde dat het RIZIV-tarief wordt gehanteerd, hetgeen dus op hetzelfde neerkomt (zie onderstaande grafiek). 2 OCMW's nemen RIZIV-tarief op zich, maar met een minimale tussenkomst van de gebruiker in bepaalde door hen gespecificeerde gevallen:

- Het éne OCMW verklaart dat « er tot nu toe er geen beleid is, en dat het BCSD geval per geval beslist ».
- De andere berekent dus een economische coëfficiënt, zoals het geval is voor personen zonder verzekering. Als de persoon een score behaalt die hieronder ligt, betaalt het OCMW het

remgeld plus het ZIV-aandeel zonder eigen bijdrage. Als de score boven dit plafond ligt, betaalt de gebruiker het remgeld evenals een forfaitair bedrag voor geneesmiddelen D op de lijst van de Federatie van Brusselse OCMW's<sup>46</sup>. Indien de patiënt over een inkomen beschikt, neemt het OCMW geval per geval een beslissing, in functie van de behoefte.



## Medische kaarten en gezondheidskaarten

Om beter uit te leggen hoe de dekking van de medische kosten door de OCMW's wordt uitgevoerd, vroegen we hen naar het gebruik van medische kaarten (die alleen de zorg van huisartsen volgens onze definitie dekken), gezondheidskaarten (die de farmaceutische en medische kosten dekken) en betalingsverbintenissen.



**14 OCMW's geven een gezondheidskaart af**, d.w.z. een kaart die zowel de algemene medische kosten als de farmaceutische kosten dekt. Voor één van deze OCMW's wordt de gezondheidskaart alleen afgegeven aan mensen die zich niet naar het OCMW kunnen verplaatsen (PBM). **4 OCMW's geven een**

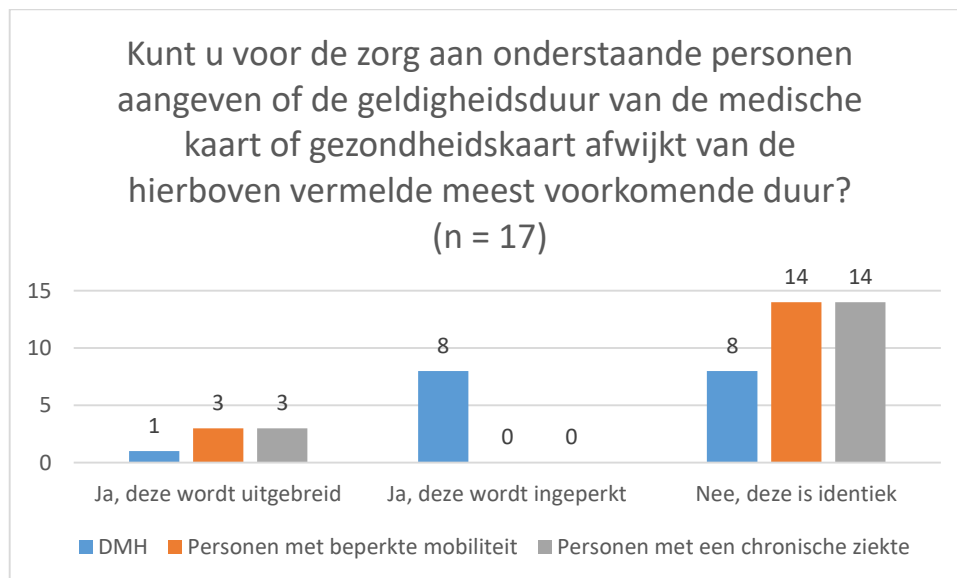
<sup>46</sup> Deze lijst bevat de geneesmiddelen van categorie D (die niet worden vergoed door het RIZIV) die alle OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hebben beslist om terug te betalen: [www.geneesmiddelen.brussels](http://www.geneesmiddelen.brussels)

**medische kaart (voor een OCMW gaat het afhankelijk van het geval om een gezondheidskaart, een medische kaart of een farmaceutische kaart). Slechts 1 OCMW geeft meestal geen gezondheidskaart of medische kaart af, maar reikt wel betalingsverbintenissen uit** (behalve voor dringende medische hulp in MediPrima). Er wordt eerder zelden toch een gezondheidskaart uitgereikt. Dit gebeurt vooral bij chronisch zieken.

## Geldigheidsduur van de medische kaart of de gezondheidskaart

De OCMW's die werken met gezondheidskaarten of medische kaarten, t.t.z. 17 OCMW's, geven deze meestal uit voor een periode van 3 maanden (7 OCMW's) of voor 1 jaar (7 OCMW's). 1 OCMW geeft deze meestal voor een periode van 6 maanden. Eén OCMW geeft een principeakkoord met betrekking tot het verlenen van medische zorg voor een periode van maximaal één jaar. Om een regelmatige opvolging van de rechthebbenden te verzekeren, worden de kaarten echter meestal uitgegeven voor een periode van 3 maanden. Dit is ook het geval voor een ander OCMW, waar de beslissing geldt voor 1 jaar, maar waar de kaart elke maand verlengd moet worden.

**Afhankelijk van de rechthebbende kan de gezondheidskaart of medische kaart een andere geldigheidsduur hebben.** Voor DMH is de kaart minder lang geldig bij 8 van 17 OCMW's, en bij 8 andere is de geldigheidsduur dezelfde. Bij 1 OCMW is de kaart langer geldig in geval van DMH. Voor personen met een beperkte mobiliteit wordt de kaart verlengd bij 3 van de 17 OCMW's, en voor de 14 andere is de geldigheidsduur dezelfde. Voor mensen met een chronische ziekte wordt de kaart verlengd bij 3 OCMW's, en is ze identiek bij de andere OCMW's.



## Betalingsverbintenissen in de algemene geneeskunde

### 9 OCMW's leveren betalingsverbintenissen af

Sommige OCMW's leveren ook betalingsverbintenissen af voor de zorgverlening door huisartsen (9 OCMW's). De andere OCMW's leveren geen betalingsverbintenissen af.

**Wij merken op dat de grootste OCMW's (wat het aantal begunstigden betreft) geen betalingsverbintenissen afleveren, maar voornamelijk werken met een medische kaart of gezondheidskaart voor algemene geneeskunde.**

## *Gevallen waarvoor betalingsverbintenissen worden afgeleverd*

**1 OCMW levert enkel betalingsverbintenissen af voor algemene geneeskunde**, ongeacht of het nu gaat om een eerste afspraak bij een algemene huisarts of om opvolgafspraken. **Dit is ook het geval voor 1 ander OCMW in het Gewest, tenzij het Comité een uitzondering maakt en een medische kaart toekent: het BCSD doet dit voor mensen die zich niet kunnen verplaatsen (PBM).** Zij krijgen een medische kaart voor eender welke huisarts in België, op voorwaarde dat deze laatste geconventioneerd is met het OCMW of aanvaardt om dit te zijn.

3 OCMW's leveren een betalingsverbintenis af voor een eerste afspraak met een huisarts. Eén van deze OCMW's levert deze betalingsverbintenissen ad hoc af, bijvoorbeeld wanneer de huisarts met verlof is.

1 OCMW werkt met betalingsverbintenissen « *indien deze uitsluitend wordt toegekend voor een raadpleging bij een huisarts (en dat er enkel toegang is tot prestaties die vermeld staan op de kaart)* ». Het gaat dus om een beslissing die afhankelijk is van de zorgbehoefte.

2 OCMW's leveren betalingsverbintenissen af voor « *afspraken met huisartsen die niet geconventioneerd zijn met het OCMW* ». 1 ander OCMW levert betalingsverbintenissen af voor alle « *dienstverleners die niet op de medische kaart vermeld staan (dokter van wacht of andere)* ».

## *Per type begunstigde*

**Als we kijken naar de trends binnen elke specifieke groep van begunstigten, zien we dat OCMW's vaker betalingsverbintenissen afleveren aan personen die illegaal op het grondgebied verblijven.** De OCMW's die gebruik maken van betalingsverbintenissen geven ook aan dat ze deze gebruiken voor de specifieke doelgroep van de DMH.

In één OCMW hangt alles af van de staat van hulpbehoevendheid: een gezondheidskaart of een ad hoc betalingsverbintenis kan worden afgeleverd voor de algemene geneeskunde.

Een OCMW kent betalingsverbintenissen toe voor ziekenhuisopnames in het IZZ-netwerk (het netwerk van Iris Ziekenhuizen Zuid)<sup>47</sup>, voor ziekenhuisopnames en consultaties in het Irisnetwerk, en voor ziekenhuisopnames en consultaties buiten het Irisnetwerk. Aan personen die onder MediPrima vallen, worden ook betalingsverbintenissen toegekend, hoewel de medische kaart ook gebruikt wordt (geïnfomatiseerd), zodat hetzelfde beleid geldt voor alle gebruikers (OCMW moet gecontacteerd worden vóór de consultatie). Dit beleid wordt echter herbekeken binnen het OCMW, aangezien dit een aanzienlijke administratieve opvolging vereist en MediPrima dit administratieve werk kan verlichten.

## *Procedure voor de aflevering van de betalingsverbintenis*

Binnen de OCMW's die betalingsverbintenissen voor algemene geneeskunde toekennen, worden deze door verschillende betrokkenen afgeleverd (meerdere antwoorden zijn mogelijk). Door de SA voor 1 OCMW. Bij 3 OCMW's maakt het onthaal dit document op (meestal maakt het onthaal het document op, maar dit moet dan binnen de week door de Voorzitter en de Secretaris worden ondertekend). Voor 1 OCMW gaat het om de verantwoordelijke of nog iemand anders, vooral voor dringende gevallen. Voor de andere OCMW's gebeurt dit ofwel door het « *betalingsverbintenissenbureau van het OCMW* », door de « *Dienst Medische Kosten en Plaatsingen* », de « *operationele ondersteuning* » van het OCMW of de « *SA na ondertekening door de Secretaris of de Voorzitter* ». In dit laatste OCMW is er dus

---

<sup>47</sup> Etterbeek-Elsene, Bracops, Molière en Etterbeek-Baron-Lambert.

niemand anders om het document te ondertekenen. De voorzitter of de Secretaris moet het document ondertekenen, wat kan leiden tot een relatief lange wachttijd voor de gebruiker.

## Samenvatting van gezondheidskaarten, medische kaarten of betalingsverbintenissen in de algemene geneeskunde

| Tabel 1: Gezondheidskaart (GK), Medische kaart (MK) of betalingsverbintenissen (B) voor huisartsen (H) |                       |                     |                          |   |
|--|-----------------------|---------------------|--------------------------|---|
| OCMW   | Gezondheidskaart (GK) | Medische kaart (MK) | Betalingsverbintenis (B) | Opmerking   |
| <i>Anderlecht</i>  | x                     |                     |                          |   |
| <i>Oudergem</i>  |                       |                     | x                        | B die meerdere prestaties kan dekken en die lijkt op een MK   |
| <i>Sint-Agatha-Berchem</i>   | x                     |                     | x                        | GK voor PBM, anders B   |
| <i>Stad Brussel</i>  | x                     |                     |                          |   |
| <i>Etterbeek</i>   |                       | x                   | x                        | B indien de aanvraag beperkt blijft tot één consultatie bij een huisarts (en geen MK)   |
| <i>Evere</i>   |                       | x                   |                          |   |
| <i>Vorst</i>   | x                     |                     |                          | Elektronische GK (website met privétoegang)   |
| <i>Elsene</i>  | x                     |                     | x                        | B voor hospitalisaties of consultaties binnen of buiten het IRIS-netwerk of voor DMH  |
| <i>Jette</i>   | x                     |                     |                          |   |
| <i>Koekelberg</i>  | x                     |                     |                          |   |
| <i>Sint-Jans-Molenbeek</i>   | x                     |                     |                          |   |
| <i>Sint-Joost-ten-Node</i>   | x                     |                     | x                        | B voor niet-geconventioneerde H   |
| <i>Sint-Gillis</i>   |                       | x                   |                          |   |
| <i>Schaarbeek</i>  | x                     |                     | x                        | B voor een eerste afspraak bij een H en voor niet-geconventioneerde H   |
| <i>Ukkel</i>   | x                     |                     |                          |   |
| <i>Watermaal-Bosvoorde</i>   | x                     |                     | x                        | Ad hoc B wanneer de H met vakantie is of voor een eerste afspraak bij een H   |
| <i>Sint-Lambrechts-Woluwe</i>  | x                     |                     | x                        | B indien de consultatie dringend is   |
| <i>Sint-Pieters-Woluwe</i>   | x                     | x                   | x                        | B voor alles wat niet staat op de MK of GK, of voor een eerste afspraak bij een H, of voor alle zorgverleners die niet op de GK of MK staan |
| <b>TOTAAL</b>  | 14                    | 4                   | 9                        |   |



## Specifieke punten van de medische kaart of gezondheidskaart van de OCMW's

**Op de medische kaart of gezondheidskaart van de OCMW's staan één of twee, of zelfs drie huisartsen en meestal ook een apotheker, waar de patiënt heen kan gaan. Soms staat er ook een kinesist op de kaart of een andere specialiste<sup>48</sup>.** Het zijn meestal geconventioneerde artsen die op medische kaart of gezondheidskaart staan, maar dit is niet altijd het geval.

Hier zijn enkele voorbeelden van specifieke kenmerken van de gezondheidskaart of medische kaart van de OCMW's.

- Eén enkel OCMW werkt met een elektronische gezondheidskaart. Artsen en apothekers hebben toegang tot een website. Zij kunnen direct zien of de zorg gedekt wordt door het OCMW. Dit is een website met een individuele login. De website wordt wekelijks bijgewerkt met nieuwe registraties van begunstigden van medische hulp, nadat deze zich hebben aangeboden, zodat ze effectief gedekt zijn, en na elke RSA. Elk lid van het huishouden staat individueel op de site vermeld. De site bevat alleen de namen van personen en bevat geen andere persoonlijke gegevens. Dankzij deze website kan de begunstigde na een bezoek aan zijn huisarts meteen naar de apotheek gaan. De gezondheidskaart kan worden toegekend aan elke persoon die een inkomen heeft dat lager is dan of gelijk is aan 150% van het LL.
- Er is maar één OCMW waar de toekenning van de medische kaart het advies van de adviserend geneesheer van het medisch centrum vereist. Patiënten kunnen naar eender welke arts op de OCMW-lijst gaan (het gaat om 6 artsen), met inbegrip van de huisartsen in de gemeente. De patiënten moeten echter eerst naar de dokter in het medisch centrum gaan voor de eerste afspraak. Als zij naar een huisarts buiten de gemeente willen gaan, is de toestemming van het Comité vereist.
- In één van de OCMW's stelt de sociaal assistent een gezondheidskaart voor die door de verantwoordelijke van het filiaal wordt gevalideerd indien het dossier binnen de toekenningsvoorwaarden valt. Indien het buiten de voorwaarden valt, dan wordt dit de bevoegdheid van het BCSD. Als de gebruiker bijvoorbeeld vraagt om opgevolgd te worden door een arts buiten de gemeente, dan valt dit niet onder de voorwaarden, en moet het BCSD een beslissing nemen. De criteria houden onder meer rekening met de staat van behoeftigheid (het huishoudbudget van de rechthebbende). Als aan alle voorwaarden is voldaan<sup>49</sup>, vraagt de sociaal assistent een gezondheidskaart aan die, afhankelijk van de behoeften van de rechthebbende, de kosten van artsen, apothekers en kinesisten dekt (ook kosten van specialistische zorg worden gedekt). Indien niet aan de voorwaarden wordt voldaan, zal het OCMW de aanvraag van geval tot geval analyseren.
- In een ander OCMW wordt de medische kaart toegekend aan personen die legaal op het grondgebied verblijven, voor consultaties in het IZZ-netwerk en bij door het OCMW erkende artsen. Zoals hierboven vermeld, houdt dit OCMW rekening met het dagelijks economisch gemiddelde (inkomsten verminderd met uitgaven en huur, gedeeld door 31 en het aantal personen in het huishouden) bij het toekennen van de medische kaart. Afhankelijk van het resultaat heeft de persoon al dan niet recht op de medische kaart. Enige soepelheid is echter wel mogelijk: als de persoon een hoge coëfficiënt heeft, kan hij of zij soms een medische kaart krijgen indien de medische kosten zeer hoog zijn in verhouding tot diens inkomen, bijvoorbeeld.

---

<sup>48</sup> Zie onderdeel « Gespecialiseerde gezondheidszorg » pagina 51.

<sup>49</sup> Opgelet: personen die illegaal op het grondgebied verblijven, moeten aan meer voorwaarden voldoen (ze moeten met name beschikken over een attest van dringende medische hulp, enz).



- In een ander OCMW wordt de medische kaart, indien de persoon deze vraagt, automatisch toegekend aan de begunstigden van het LL en ELL en aan gebruikers die beschikken over 10% van het LL of ELL in hun categorie. Andere verzoeken moeten aan het Comité worden voorgelegd. De medische kaart van het OCMW is geldig bij eender welke huisarts, ongeacht of deze nu deel uitmaakt van hun medisch centrum.
- Bij een ander OCMW wordt de gezondheidskaart niet automatisch toegekend indien een persoon het LL met 10% overschrijdt. Het OCMW zal het verzoek dan geval per geval analyseren. In dit geval betaalt de persoon dan geen 0 euro aan de arts, maar een deel van de kost. Als de persoon echter wel in het bezit is van de gezondheidskaart, dan is de consultatie gratis.
- Een ander OCMW bepaalt dat de beschikbare middelen (middelen verminderd met vaste kosten) niet hoger mogen zijn dan 400 euro als voorwaarde voor het verkrijgen van medische hulp bij de huisarts, tenzij de sociaal assistent hiervoor een afwijking vraagt aan het BCSD.
- Een ander OCMW kent een medische kaart toe aan zijn begunstigden op basis van het beschikbaar inkomen. Dit is het verschil tussen de middelen van de gebruiker en zijn lasten (die verschillende uitgaven kunnen omvatten). Dan vergelijken zij dit met het bedrag van medische uitgaven die gedekt moeten worden, en wordt de medische kaart geval per geval toegekend. De beschikbare middelen worden gebruikt om de behoefte van de persoon in te schatten. De berekening van de beschikbare middelen wordt eerder gebruikt om het dossier te beoordelen dan als een echte referentie.
- In één OCMW dat beschikt over een medisch centrum zijn noch de artsen van dit medisch centrum, noch de geconventioneerde artsen bevoegd om een medische kaart toe te kennen. De beslissing ligt altijd bij het BCSD. Patiënten kunnen naar een geconventioneerde arts gaan en op die manier, als uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van een situatie van behoefte, een gezondheidskaart verkrijgen. Als ze naar een arts gaan die niet geconventioneerd is, zal het altijd een betalingsverbintenis zijn of een bon (en is het altijd verplicht om via het OCMW te gaan).
- Bij één OCMW wordt de medische kaart automatisch toegekend aan begunstigden van het LL of ELL (voor huisartsen, tandartsen en apothekers), en voor andere personen wordt dit geval per geval bekeken.

## Conventies en erkenningen met huisartsen

### *OCMW's die werken met conventies of erkenningen*

We gingen nader in op de kwestie van de conventies, erkenningen die eventueel bestaan tussen huisartsen en OCMW's. Deze werden als volgt gedefinieerd aan de respondenten van de vragenlijst:

- **Conventies** zijn contracten die door de huisarts en de OCMW's worden ondertekend met daarin de algemene regels die voor beide partijen van toepassing zijn (betalingstermijnen, gebruik van de GMD, lijst van geneesmiddelen D, enz.).
- **De erkenningen** zijn een nominatief document met de naam van de huisarts, en ondertekend door de Secretaris en de Voorzitter van het OCMW. Zij bevatten ook de richtlijnen die door de huisarts en de OCMW's moeten worden gevolgd.
- **Een informatiedocument** is slechts de uitleg aan de huisarts van hoe het OCMW werkt en wordt niet ondertekend door de partijen.

We merken op dat Dokters van de Wereld in hun groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg<sup>50</sup> aangeven dat bij sommige OCMW's enkel OCMW-geconventioneerde artsen de attesten van dringende medische hulp mogen invullen. Dat is een probleem indien de gebruiker naar een andere

---

<sup>50</sup> « Groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg in België », *op.cit.*, p55.

zorgverlener gaat dan diegene die door het OCMW wordt voorgesteld. In dat geval moet de patiënt terugkeren naar de geconventioneerde arts en is het zelfs niet zeker of hij de consultatie bij de vorige arts vergoed krijgt. Anderzijds geeft een arts in hetzelfde onderzoek aan dat conventies nuttig zijn voor het vastleggen van een aantal regels<sup>51</sup>.

In dit hoofdstuk proberen we na te gaan of het beter is om met zoveel mogelijk artsen een conventie of erkenning aan te gaan, dan wel helemaal geen conventie of erkenning te voorzien, teneinde de vrije keuze van de zorgaanbieder te garanderen. We zullen ook bekijken met welke problemen OCMW's te maken krijgen bij het sluiten van deze conventies of erkenningen.

**7 OCMW's gaan conventies aan met huisartsen. 6 OCMW's hebben erkenningen met huisartsen. In totaal zijn er dus 13 OCMW's die hun werk met huisartsen formaliseren. Het zijn vooral de OCMW's in het zuiden van Brussel, de rijkste gemeenten, die geen conventie of erkenning hebben.** Eén van deze OCMW's sluit al een paar jaar geen conventies meer met huisartsen. Vroeger deed het dit echter wel, en deze conventies blijven ook geldig. Zij sturen niettemin het OCMW-reglement naar de nieuwe artsen door om hen te informeren over de procedure. Dit reglement hoeft niet door de arts te worden ondertekend, maar wordt wel ondertekend door de Voorzitter en de Secretaris en is dus vergelijkbaar met een conventie. Eén van deze OCMW's sluit alleen conventies met de twee artsen die in het medisch centrum werken. 1 OCMW ondertekent de conventie alleen met de huisartsen van het medisch centrum van het OCMW.

**De andere 5 OCMW's werken zonder erkenningen of conventies.**

### *Het aantal geconventioneerde artsen*

**Er zouden in Brussel ongeveer 1.093 conventies of erkenningen ondertekend zijn tussen een Brussels OCMW en een huisarts (een huisarts kan een conventie getekend hebben met één of meer OCMW's).** Dit cijfer is hoog, ondanks het feit dus dat één arts misschien conventies heeft gesloten met verschillende OCMW's. Volgens het Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse (BISA) waren er in 2016 1.554 erkende huisartsen zijn in het Brussels Gewest in 2019<sup>52</sup>. We wijzen er echter op dat de OCMW's de begunstigden altijd de mogelijkheid laten om te kiezen voor artsen die niet geconventioneerd of erkend zijn.

### *Redenen om geen erkenning of conventies aan te gaan*

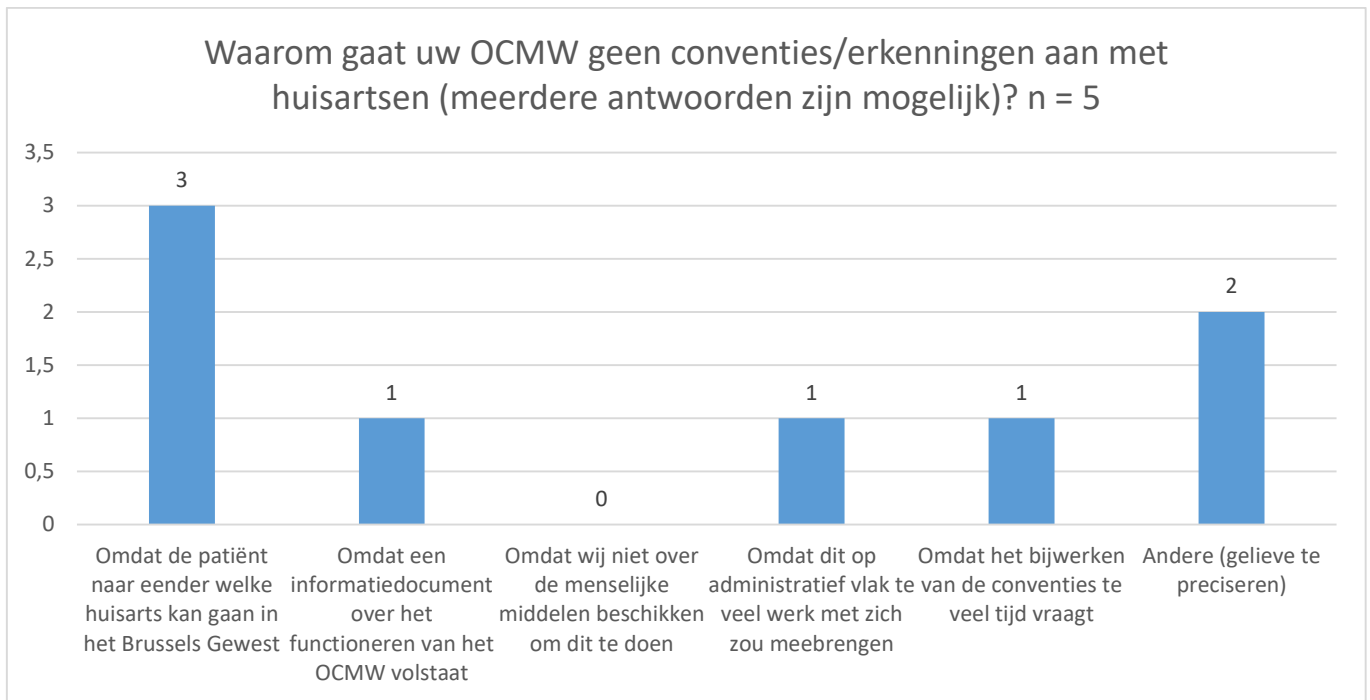
De redenen waarom er geen conventies of erkenningen zijn met huisartsen zijn divers en gevarieerd. **De eerste reden die wordt gegeven is het feit dat « de patiënt zich tot elke huisarts in het Brusselse Gewest kan wenden »** (dit is het geval voor 3 van de 5 OCMW's die geen conventies aangaan). Eén OCMW is van mening dat « een informatiedocument over de werking van de OCMW's volstaat ». Een ander verklaarde dat « dit te veel administratief werk zou zijn » en dat het « het bijwerken van de conventies/erkenningen te lang zou duren ». Een ander OCMW bepaalt dat « het de patiënt is die de arts moet kiezen, en dat het OCMW de vrije keuze wil respecteren ». Dit is ook het geval bij een ander OCMW dat zegt dat « de gebruiker naar eender welke huisarts mag gaan (ook al is soms een specifieke beslissing vereist om de afgifte van de toegangkaart tot deze arts "uit te breiden") ».

---

<sup>51</sup> « Groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg in België », *op.cit.*, p58

<sup>52</sup> Brussels Instituut voor Statistiek en Analyse (BISA), afh. van de bron, 2019. Zie :

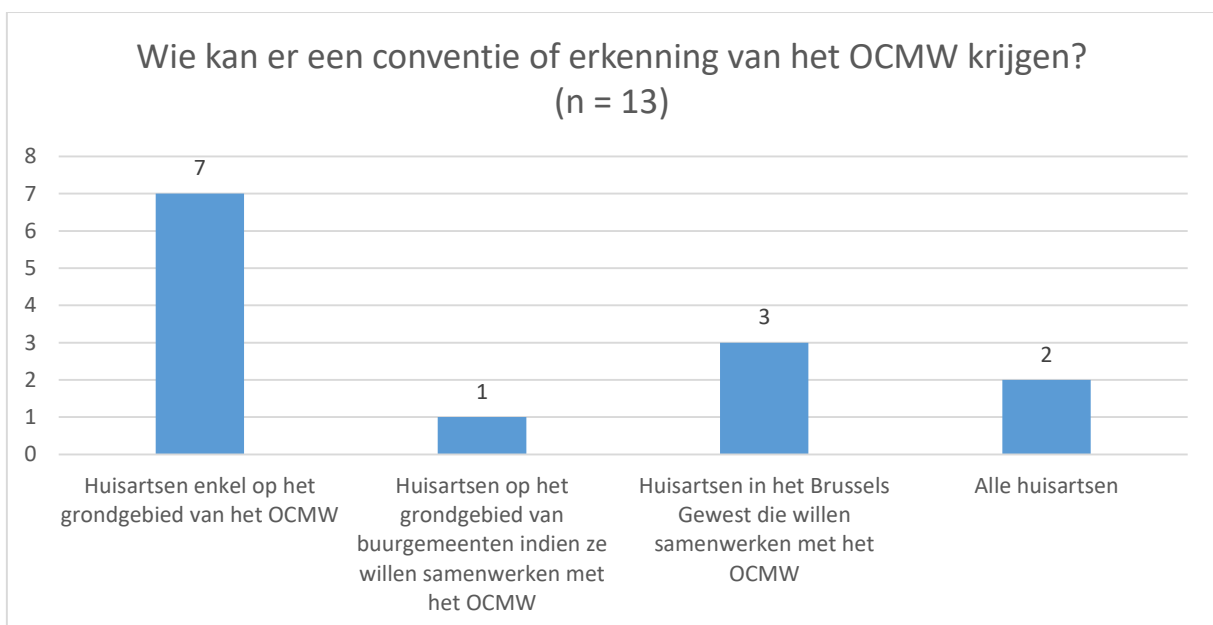
[http://bisa.brussels/cijfers/wist-je-dat/hoeveel-erkende-huisartsen-zijn-er-in-het-brussels-hoofdstedelijk-gewest?set\\_language=nl#.XhWowXdFyzk](http://bisa.brussels/cijfers/wist-je-dat/hoeveel-erkende-huisartsen-zijn-er-in-het-brussels-hoofdstedelijk-gewest?set_language=nl#.XhWowXdFyzk).



### Reikwijdte van de conventies en erkenningen

7 van de 13 OCMW's die conventies of erkenningen aangaan of ondertekenen « *doen dit enkel met huisartsen die hun praktijk op het grondgebied van de gemeente hebben* ». 3 OCMW's doen dit met « *huisartsen van het Brussels Gewest die met het OCMW willen samenwerken* »

Voor 1 OCMW gaat het om « *huisartsen in de gemeente en de aangrenzende gemeenten indien zij met het OCMW willen werken* ». 2 OCMW's hebben conventies met « *elke huisarts* » in het gewest. Er is geen verband tussen de omvang van het OCMW en het werken met conventies of erkenningen. Ook is er geen verband met de sociaaleconomische karakteristieken van de bevolking en het OCMW. Opgelet; het is niet omdat de meerderheid van de OCMW's enkel conventies aangaan met artsen op hun grondgebied dat diezelfde OCMW's geen talrijke afwijkingen toestaan aan hun begunstigden. Zo kunnen de begunstigden naar hun vertrouwde huisarts gaan indien deze buiten de gemeente werkt.



We wijzen erop dat sommige OCMW's huisartsen verenigen in het kader van de sociale coördinatie. De meeste doen dit echter niet (6 OCMW's op 18 en 2 OCMW's beschikten niet over de informatie om de vraag te beantwoorden).

11 OCMW's geven documenten met informatie aan huisartsen. 7 OCMW's doen dat niet, ongeacht of zij werken met conventies of erkenningen.

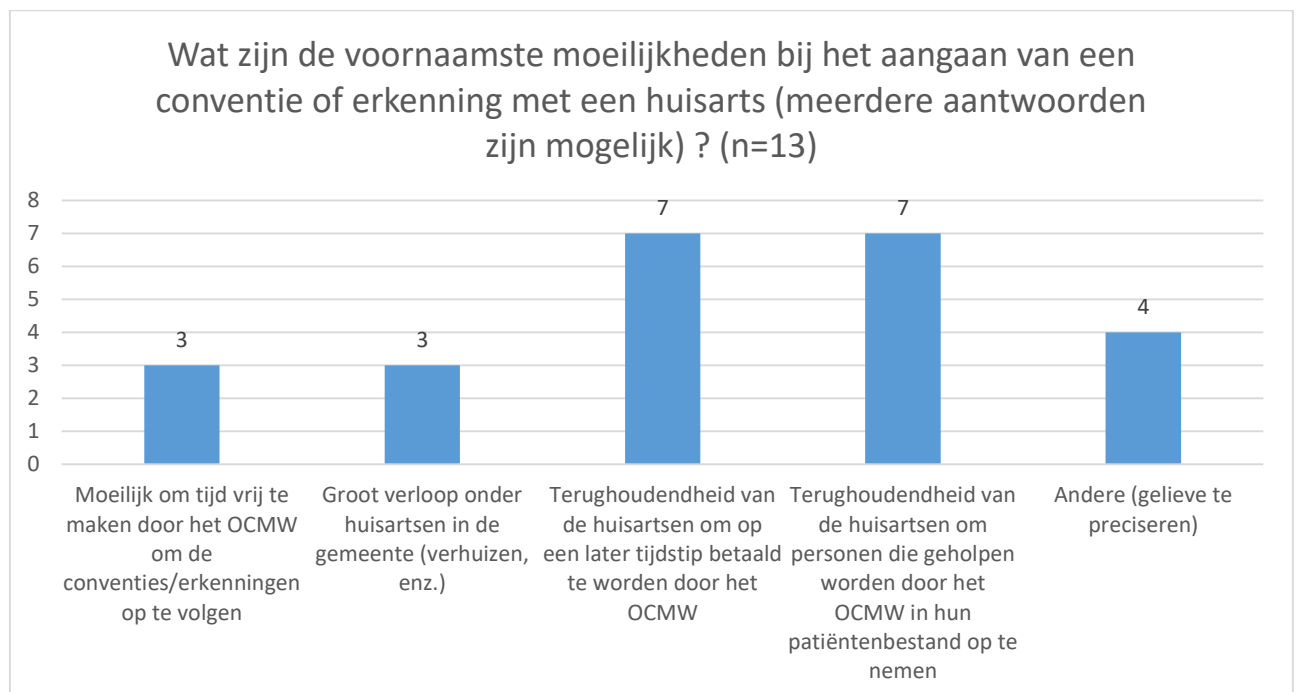
### *Moeilijkheden bij het aangaan van conventies of erkenningen*

In de vragenlijst werd ook gekeken naar mogelijke problemen bij het sluiten van conventies of erkenningen met huisartsen. Dit komt redelijk duidelijk naar voren in het onderzoek.

**7 OCMW's die werken met conventies of erkenningen, zijn van mening dat « de huisartsen terughoudend zijn omdat zij pas later door het OCMW betaald zullen worden ». 7 OCMW's wijzen op « de terughoudendheid van huisartsen om personen die geholpen worden door het OCMW in hun patiëntenbestand op te nemen ».**

3 OCMW's zijn van mening dat « het hoge verloop van huisartsen in de gemeente » een van de grootste problemen is om conventies of erkenningen aan te gaan. 3 OCMW's wijzen erop dat zij het moeilijk hebben om « tijd vrij te maken om conventies en erkenningen na verloop van tijd op te volgen »<sup>53</sup>. 1 OCMW zegt dat dit « te veel administratieve opvolging » vraagt. 1 OCMW geeft aan dat « huisartsen vinden dat ze al een groot aantal patiënten hebben. »

1 OCMW legt uit dat « het gewoonlijk de arts zelf is die om de conventie vraagt » en dat er dus geen echt probleem is. 1 ander OCMW geeft aan dat « er geen enkel probleem is, aangezien de artsen die in hun medisch centrum werken een conventie of een erkenning hebben ondertekend (om zo de patiënt de vrijheid te geven om zelf zijn huisarts te kiezen, in Brussel of elders)».



<sup>53</sup> Met opvolgen bedoelen we het nagaan of de huisarts nog steeds op hetzelfde adres werkt, het bijwerken van de conventies in functie van een eventuele wijziging in het beleid van het OCMW, enz.

## Ontmoetingsmomenten met huisartsen

Met betrekking tot de opvolging van en het contact met huisartsen, houden de verschillende OCMW's er andere gewoontes op na. **7 OCMW's organiseren regelmatig ontmoetingsmomenten met huisartsen** om de voorwaarden van de conventie of erkenning te bespreken. 8 OCMW's doen dit niet, de andere hebben de vraag niet beantwoord.

Indien deze bijeenkomsten toch georganiseerd worden, dan vinden ze maar zelden plaats. Eén keer per jaar voor drie OCMW's, twee keer per jaar voor één OCMW, drie keer per jaar voor één OCMW, en indien nodig (telefoon, e-mail, occasionele vergadering, enz.) voor nog een ander OCMW.

Alle OCMW's, ongeacht of zij een conventie of erkenning hebben ondertekend, brengen maar zelden een bezoek aan de huisartsen. 6 OCMW's bezoeken huisartsen. 2 van deze OCMW's laten geen conventie ondertekenen, maar organiseren bijeenkomsten. Slechts vier OCMW's brengen de huisartsen samen in het kader van de sociale coördinatie op hun respectieve grondgebied.

## Lijst van huisartsen

**Ongeacht of er conventies/erkenning zijn, stellen de OCMW's hun gebruikers redelijk vaak een lijst met huisartsen voor. 4 OCMW's doen dit niet, voornamelijk omdat zij de begunstigde de vrije keuze willen laten bij het kiezen van zijn huisarts.** Eén van de OCMW's heeft wel een lijst van huisartsen, maar stelt deze niet automatisch voor. De lijst wordt alleen voorgesteld als de gebruiker niet weet bij welke arts hij moet gaan: de vrije keuze van de huisarts geniet altijd de voorkeur. In de lijst van een ander OCMW staan enkel de 6 gemeentelijke huisartsen met wie het OCMW samenwerkt (plus de 2 artsen van het medisch centrum). Als de gebruiker een medische kaart heeft (toegekend na een bezoek aan de dokter van het OCMW), kan hij of zij naar een huisarts in de gemeente gaan. Als hij naar een andere arts in de gemeente wil gaan, is een beslissing van de Commissie vereist.

Van de OCMW's die een lijst met artsen aan hun begunstigten (13 OCMW's) geven, **geeft 100% van de OCMW's de volgende informatie door: de voor- en achternaam en het telefoonnummer, evenals het adres van de medische praktijk. 4 zeggen welke talen de arts spreekt, en 2 OCMW's geven ook het geslacht. 1 OCMW geeft ook de beschikbaarheden en de betaalwijze (per prestatie/forfait).** Deze elementen zijn belangrijk om rekening mee te houden, omdat cultuur een rol kan spelen bij de toegang tot de gezondheidszorg. Zo wil een vrouw alleen naar een vrouwelijke arts, en een man alleen naar een mannelijke arts. De taal die gesproken wordt is natuurlijk ook belangrijk en kan een belemmering vormen voor de toegang tot de gezondheidszorg. Misschien is er nog verbetering mogelijk bij sommige OCMW's (bij wie dit nog niet gebeurt) wat betreft het toegankelijk maken van deze gegevens voor de gebruikers van de OCMW's, in navolging van OCMW's bij wie dit wel al goed gebeurt.

Bij 6 OCMW's staan er op de lijst ook artsen van buiten de gemeente van het OCMW. 3 OCMW's leggen uit dat « *dit bij hen niet het geval is, maar dat het eventueel mogelijk is* ». Voor 4 OCMW's « *is dit niet het geval en ook niet mogelijk* ». Het onderzoek maakt niet duidelijk waarom dit niet mogelijk zou zijn. We wijzen er echter op dat sommige OCMW's enkel conventies aangaan met huisartsen in hun gemeente, en dat de begunstigten bij wijze van afwijking naar eender welke arts in het Gewest mogen gaan.

Staan er op deze lijst ook huisartsen van buiten de gemeente, of zou dit eventueel tot de mogelijkheden behoren? n = 13



### Traject van de begunstigde

Indien er een lijst bestaat (dit is het geval bij 10 OCMW's), zal de patiënt die naar een andere huisarts moet gaan dan degene die door het OCMW werd opgegeven (omwille van de afwezigheid van deze laatste) meestal moeten terugkeren naar het OCMW. Bij 6 OCMW's hoeft hij niet opnieuw via het OCMW te gaan, en kan hij meteen naar een andere arts gaan. 1 OCMW vermeldt een andere arts (ter vervanging) op de medische kaart of gezondheidskaart van het OCMW, en de patiënt moet dan naar deze andere arts gaan. 1 OCMW zegt dat er al een officiële vervanger voorzien is op het moment van de toekenning. Indien de gebruiker een andere arts wil zien, moet zijn verzoek aan het Comité worden voorgelegd.

### Waarom is er geen lijst met huisartsen?

5 OCMW's stellen geen lijst van huisartsen voor. De belangrijkste reden is dat « *de begunstigde zich naar elke dokter in het Brusselse Gewest kan begeven* ». 1 OCMW stelt echter dat « *de begunstigde, indien mogelijk, naar de dokter in het medisch centrum van het OCMW moet gaan* ». 1 OCMW maakt geen lijst omdat « *het de meerwaarde hier niet van ziet* ». 1 OCMW neemt naast de andere artsen ook de huisartsen van zijn medisch centrum op, om zo de keuze aan de patiënt te laten.

## Conclusie over algemene geneeskunde

De OCMW's hebben verschillende procedures voor de algemene geneeskunde. Toch is het mogelijk om een aantal algemene tendensen bij de OCMW's op te merken.

- **De meeste OCMW's werken altijd met een beslissing die geval per geval genomen wordt door het BCSD/de RMW. Dit is niet zo bij dringende gevallen, waar de beslissing van de Voorzitter later wordt goedgekeurd.** Bij de meeste OCMW's is de beslissing voor de toekenning van de hulp geldig voor een periode van 1 jaar. Er zijn echter wel een aantal variabelen betreffende de geldigheidsduur van de medische kaarten en gezondheidskaarten (gaande van 1 maand tot 1 jaar).
- De overgrote meerderheid van de OCMW's **betaalt het remgeld voor hun gebruikers die in regel zijn met de mutualiteit. Voor mensen die in regel zijn, betaalt het OCMW het RIZIV-tarief (remgeld plus het ZIV-gedeelte).**
- **Op één OCMW na geven alle OCMW's, afhankelijk van de voorwaarden, medische of gezondheidskaarten uit.**
- Er zijn echter veel verschillen in de toekenningsvoorwaarden. Sommige OCMW's geven de medische kaart of gezondheidskaart aan mensen met een inkomen onder de x% van het LL of het

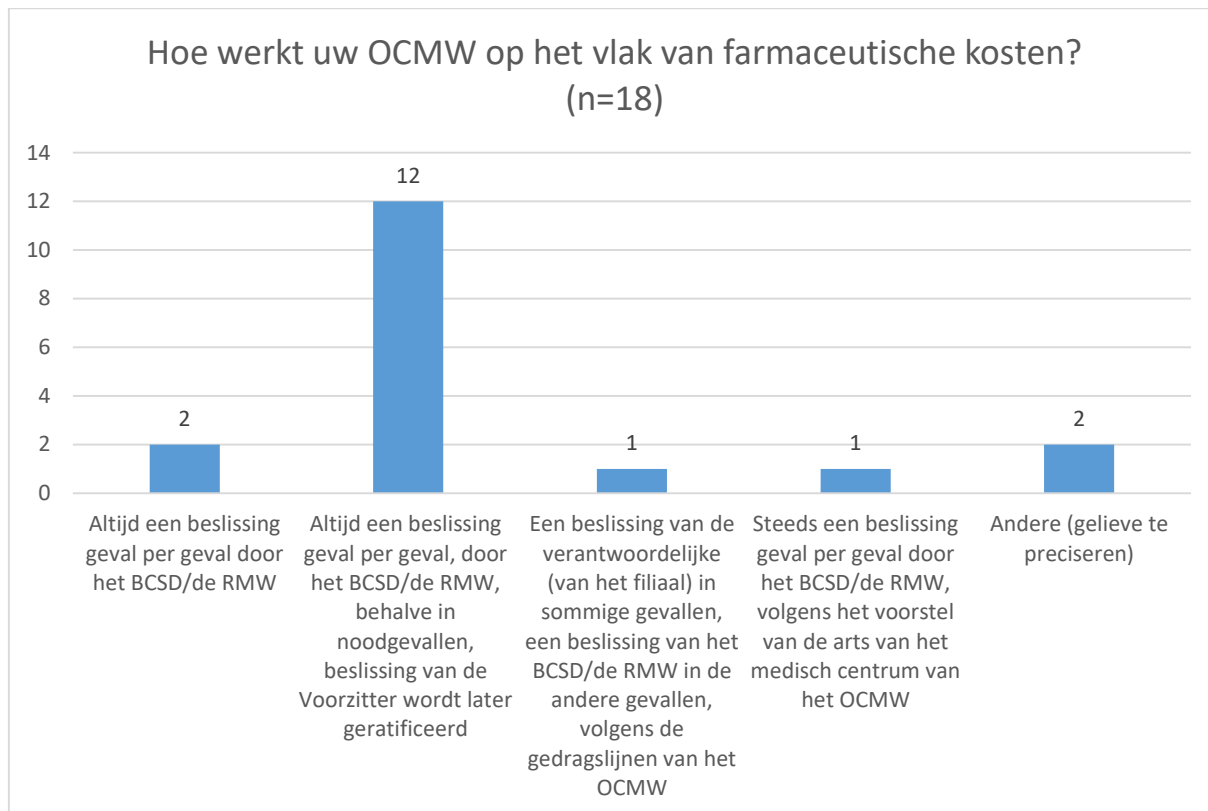
**ELL (gaande van 0% tot 150%). Andere werken echt volgens de OCMW-richtlijnen en het dossier dat bij de BCSD/de RMW is ingediend.** Ten slotte worden de kosten van het huishouden afgezet tegen de inkomsten om de rechten te bepalen. De moeilijkheid is om te weten vanaf wanneer de kosten te hoog zijn in verhouding tot de inkomsten (beoordeling van de staat van behoefte).

- **De grootste OCMW's in het Gewest geven geen betalingsverbintenissen.** Dit in tegenstelling tot de andere OCMW's die dat soms wel doen (eerste afspraak met een huisarts, huisarts op vakantie, huisarts die niet geconventioneerd is, enz.).
- **Wat de conventies en erkenningen met huisartsen betreft, kunnen we zien dat de overgrote meerderheid van de OCMW's deze wel aangaan.** De grootste OCMW's in het Gewest werken voornamelijk met conventies, en de middelgrote of kleinere OCMW's geven de voorkeur aan erkenningen. OCMW's die niet op deze manier werken, vinden de keuzevrijheid van de patiënt bij het kiezen van de huisarts belangrijk. Dit is vooral het geval voor de OCMW's in het zuiden van Brussel, in de rijkere gemeenten. De grootste OCMW's hebben voor hun gebruikers geen conventies gesloten met artsen buiten de gemeente of omliggende gemeenten. Dit betekent niet dat het voor een patiënt, mits een met redenen omklede beslissing, niet mogelijk zou zijn om zich tot een andere arts te wenden die niet geconventioneerd is. Het is echter wel de gewoonte om de patiënt door te verwijzen naar de lokale artsen, tenzij een afwijking wordt toegestaan. Veel OCMW's staan een afwijking toe zodat de gebruikers vrij hun arts kunnen kiezen, zelfs indien deze medische praktijken niet in de gemeente liggen. **Er zijn ongeveer 1.093 conventies of erkenningen ondertekend tussen een Brussels OCMW en een huisarts (een huisarts kan een conventie getekend hebben met één of meer OCMW's) in Brussel.** Dit aantal is zeer hoog, en we kunnen dus nu al het idee overwegen om deze documenten te harmoniseren.
- **14 van de 18 OCMW's stellen hun begunstigden een lijst met huisartsen voor,** maar deze lijst is niet allesbepalend bij het maken van de keuze. Patiënten kunnen vragen om naar een andere arts te gaan, en soms wordt de lijst slechts indicatief meegegeven aan mensen die geen huisarts hebben. 5 OCMW's stellen een dergelijke lijst niet voor zodat de vrije keuze niet in het gedrang komt. 1 van deze OCMW's stelt een lijst voor, maar alleen als de persoon niet weet bij welke huisarts hij moet gaan.

## Farmaceutische kosten

In dit hoofdstuk bespreken we de farmaceutische kosten en hoe deze door de OCMW's worden vergoed.

### Werking van het OCMW



**Net als voor de algemene geneeskunde werken de meeste OCMW's (12 OCMW's) nog steeds op basis van « een besluit dat geval per geval wordt genomen door het BCSD/de RMW, behalve in noodgevallen, waar de Voorzitter een besluit neemt dat dan later wordt geratificeerd ».** 2 OCMW's zeggen dat dit « *altijd een besluit van het BCSD/de RMW* » is. Voor twee OCMW's is de procedure als volgt: « *een beslissing van de verantwoordelijke (van het filiaal) in sommige gevallen, een beslissing van het BCSD/de RMW in andere gevallen, afhankelijk van de richtlijnen van het OCMW* ». Een van deze OCMW's heeft 10 filialen en de andere heeft één filiaal, naast de centrale administratie. In een van de OCMW's wordt de « *beslissing altijd geval per geval genomen door het BCSD/de RMW in functie van het voorstel van de arts van het OCMW* ».

2 van de OCMW's geven aan dat dit afhankelijk is van het soort medicatie. Sommige medicatie wordt uitgegeven door de gezondheidskaart. Over andere moet beslist worden door het Comité of de Raad. In geval van nood ratificeert de Voorzitter het besluit. Een van de OCMW's werkt zoals voor medische hulp in de algemene geneeskunde: farmaceutische hulp wordt toegekend aan personen met een LL of ELL. Alle andere besluiten worden geval per geval genomen door een speciale commissie, behalve in dringende gevallen waar het besluit van de Voorzitter later wordt geratificeerd.



## Algemeen betaalbeleid

### Voor personen die in regel zijn met de mutualiteit

Wat is het algemene beleid van de OCMW's bij de tussenkomst in de farmaceutische kosten voor personen die in regel zijn met de mutualiteit?

| Betaling van de farmaceutische kosten voor de personen die in regel zijn met de mutualiteit (RG = Remgeld) |                                     |   |
|--|-------------------------------------|---|
| OCMW   | Betaling                            | Uitleg  |
| <i>Anderlecht</i>  | RG met tussenkomst van de gebruiker | 0,50 euro per verpakking  |
| <i>Oudergem</i>  | RG met tussenkomst van de gebruiker | 0,50 euro per verpakking  |
| <i>Sint-Agatha-Berchem</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | 1 euro per verpakking   |
| <i>Stad Brussel</i>  | RG met tussenkomst van de gebruiker | 1 euro per verpakking ongeacht het medicijn (alle categorieën), behalve voor personen die illegaal op het grondgebied verblijven, geen vaste verblijfplaats hebben, en in een opvangtehuis wonen, in welk geval het 0 euro bedraagt.                  |
| <i>Etterbeek</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | Volgens het dagelijks economisch gemiddelde   |
| <i>Evere</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | De tussenkomst is beperkt tot 25 euro per maand en per persoon voor geneesmiddelen waarvoor het RIZIV tussenkomt en die op de lijst staan van geneesmiddelen D  |
| <i>Vorst</i>   | RG                                  |   |
| <i>Elsene</i>  | RG                                  |   |
| <i>Jette</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | 1 euro per verpakking   |
| <i>Koekelberg</i>  | RG                                  |   |
| <i>Sint-Jans-Molenbeek</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | 1,50 euro per verpakking  |
| <i>Sint-Joost-ten-Node</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | 0,50 euro per verpakking  |
| <i>Sint-Gillis</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | 0,50 euro per verpakking  |
| <i>Schaarbeek</i>  | RG                                  |   |
| <i>Ukkel</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | Tussenkomst van 10% per geneesmiddel dat niet door de OCMW's betaald wordt, bijvoorbeeld voor medicijnen die niet op de lijst geneesmiddel D staan van de Federatie van de Brusselse OCMW's of voor specifieke producten zoals melk voor zuigelingen. |
| <i>Watermaal-Bosvoorde</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | 0,50 euro per verpakking  |
| <i>Sint-Lambrechts-Woluwe</i>  | RG                                  |   |
| <i>Sint-Pieters-Woluwe</i>   | RG met tussenkomst van de gebruiker | Per geval, maar eist systematisch 20% van de prijs van geneesmiddelen, tenzij er een uitzondering wordt toegestaan door het Comité  |

**5 van de 18 OCMW's betalen het remgeld zonder tussenkomst van de gebruiker. 13 OCMW's betalen het remgeld of de farmaceutische kosten, maar met tussenkomst van de gebruiker.**

Deze procedure kan van bij het begin gehanteerd worden, voor elke doos met medicijnen en voor elk type gebruiker. Sommige gebruikers betalen mogelijk niets (opvangcentra, daklozen, illegalen, enz.).

2 OCMW's hebben enigszins verschillende procedures, de ene gebaseerd op een percentage dat terugbetaald wordt, de andere gebaseerd op het dagelijkse economische gemiddelde.

- Eén OCMW betaalt immers het remgeld, behalve voor bepaalde geneesmiddelen. Er is een tussenkomst van **10% per geneesmiddel dat het OCMW niet terugbetaalt**, bijvoorbeeld voor medicijnen die niet op de lijst geneesmiddel D staan van de Federatie van de Brusselse OCMW's of voor specifieke producten zoals melk voor zuigelingen. Om hiervan te kunnen genieten, dient de aanvraag behandeld te worden door het Comité.
- Voor een ander OCMW, zoals hierboven aangegeven, hangt alles af van de economische coëfficiënt die door het OCMW wordt berekend. Als het **dagelijks economisch gemiddelde** lager is dan 8,97, is er geen franchise: de gebruiker koopt de geneesmiddelen die opgenomen worden op een document van de apotheek dat dan wordt afgegeven aan de facturatedienst. Deze dienst gaat dan over tot de maandelijkse terugbetaling. Als het economisch gemiddelde hoger is dan 8,97, dan is er een franchise van 11 euro tot 165 euro per maand per persoon en moet men dezelfde procedure volgen via de apotheek en daarna het OCMW. Als de kosten zeer hoog zijn, kan er meerdere keren per maand worden terugbetaald. Als de patiënt het bedrag niet kan voorschieten, schiet het OCMW het geld cash voor of wordt er een « noodbon » (betalingsverbintenis) uitgegeven.

Andere OCMW's werken meer geval per geval. Zij dekken de farmaceutische kosten met een tussenkomst van de gebruiker die varieert naargelang diens staat van behoefte. Een OCMW stelt dat het « **systematisch 20% eist, tenzij er een gemotiveerde uitzondering wordt toegestaan door het Comité** ». Dit kan oplopen tot 50%, maar kan ook 0% zijn, afhankelijk van het sociaal onderzoek.

Eén OCMW werkt met een « **farmaceutische kaart die beperkt is tot 25 euro per maand en per persoon voor geneesmiddelen waarvoor er een RIZIV-tussenkomst is, of die op de lijst staan van geneesmiddelen D** ». Als de sociaal assistent hogere kosten verantwoordt, wordt de beslissing voorgelegd aan het BCSD, dat valideert.

### *Personen die niet in regel zijn met de mutualiteit*

4 OCMW's betalen het RIZIV-tarief voor personen die niet zijn aangesloten bij een mutualiteit. 3 OCMW's betalen alle farmaceutische kosten zonder tussenkomst van de gebruiker, indien deze laatste niet in regel is met de mutualiteit, hetgeen op hetzelfde neerkomt aangezien in de praktijk geen enkel OCMW de bijkomende honoraria dekt. **In totaal zijn er dus 7 OCMW's die de kosten dekken van patiënten die niet in regel zijn met de mutualiteit, zonder tussenkomst te vragen aan de gebruikers.**

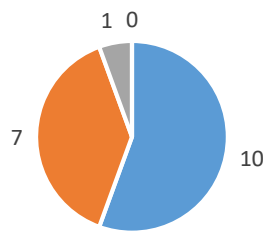
**11 OCMW's dekken alle kosten, maar vragen een tussenkomst aan de gebruiker. Deze tussenkomst is dezelfde als voor personen die in regel zijn met de mutualiteit (zie hierboven).** Het enige verschil tussen deze twee categorieën van gebruikers zien we voor dringende medische hulp en voor daklozen, die de medicijnen vaak niet betalen. In een aantal dossiers wordt er ook geval per geval gekeken. Zelfs als de berekende economische coëfficiënt bijvoorbeeld hoog is, komt het OCMW toch tussen in de factuur. Voor een ander OCMW geldt hetzelfde beleid als voor de verzekerde personen, d.w.z. dat patiënten niets betalen behalve 10% van de kosten van de geneesmiddelen D die niet op de lijst van de Federatie van Brusselse OCMW's staan.

## Lijst van geneesmiddelen D

Naast de geneesmiddelen A, B, C, vergoeden de OCMW's alle geneesmiddelen die op lijst D van de Federatie van Brusselse OCMW's staan. Deze lijst werd opgesteld door de Federatie van Brusselse OCMW's, de Federatie van Brusselse Huisartsen Vereniging (FBHAV) en de Apothekersvereniging

van Brussel (AVB)<sup>54</sup> en omvat geneesmiddelen die niet door het RIZIV worden terugbetaald en die door de OCMW's met eigen middelen worden vergoed. Dit komt neer op een harmonisering van de werking. **10 OCMW's vergoeden alleen de geneesmiddelen D op deze lijst. 7 OCMW's vergoeden meer geneesmiddelen D dan er op deze lijst staan. Verder vergoedt 1 OCMW's de geneesmiddelen D op deze lijst, behalve voor dringende medische zorg, waarvoor er een kortere lijst van kracht is<sup>55</sup>. Een ander OCMW vergoedt geneesmiddelen D voor DMH na een specifiek aanvraag bij het comité. Indien de beslissing dan positief is ontvangen zij een « farmaceutische bon ».**

Betaalt uw OCMW naast de geneesmiddelen A, B en C ook de geneesmiddelen D terug op de lijst van de Federatie van Brusselse OCMW's (n=18)



- Ja, enkel de geneesmiddelen D op deze lijst
- Ja, maar ook geneesmiddelen D die niet op deze lijst staan
- Ja, behalve voor sommige begunstigden
- Nee



<sup>54</sup> Meer informatie op: [www.geneesmiddelend.brussels](http://www.geneesmiddelend.brussels).

<sup>55</sup> De algemene beleidsnota voorziet in een uitbreiding naar alle begunstigden.

## Samenvatting van de gezondheidskaarten, betalingsverbintenissen of farmaceutische bonnen

Wat de facturering van farmaceutische kosten betreft, lopen de procedures in de OCMW's uiteen en zijn ze afhankelijk van het type begunstigde.

| Beleid voor het dekken van farmaceutische kosten |                       |                           |                         |                          |   |
|--|-----------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|---|
| OCMW   | Gezondheidskaart (GK) | Farmaceutische kaart (FK) | Farmaceutische bon (FB) | Betalingsverbintenis (B) | Uitleg  |
| <i>Anderlecht</i>                                | x                     |                           | x                       | x                        | FB voor bepaalde geneesmiddelen en specialiteiten die het voorwerp moeten uitmaken van een aanvraag bij het Comité (bv. vitamines en zuigelingenmelk).  |
| <i>Oudergem</i>                                  |                       | x                         |                         | x                        |   |
| <i>Sint-Agatha-Berchem</i>                       | x                     | x                         |                         | x                        | FK enkel voor PBM, B voor de anderen  |
| <i>Stad Brussel</i>                              | x                     | x                         |                         | x                        | B voor geneesmiddelen die niet op lijst D staan en prestaties die niet door het RIZIV worden vergoed, of voor personen met een inkomen maar met aanzienlijke medische kosten                                |
| <i>Etterbeek</i>                                 |                       |                           | x                       | x                        | FB voor dringende medische hulp en voor personen die het bedrag niet kunnen voorschieten in de apotheek.  |
| <i>Evere</i>                                     |                       | x                         |                         |                          |   |
| <i>Vorst</i>                                     | x                     |                           |                         | x                        | B geval per geval of afhankelijk van de staat van behoefte, of voor personen wiens GK niet langer geldig is   |
| <i>Elsene</i>                                    | x                     |                           | x                       | x                        | FB voor personen die illegaal op het grondgebied verblijven of niet verzekerd zijn, en personen die het bedrag niet kunnen voorschieten in de apotheek. Anderen kopen zelf aan in de apotheek en bijlage 30 |
| <i>Jette</i>                                     | x                     |                           |                         | x                        | Alle begunstigten van een LL of een ELL krijgen een gezondheidskaart.   |
| <i>Koekelberg</i>                                | x                     |                           |                         | x                        | FB voor wat niet gedekt wordt door MK (specifieke beslissing)   |
| <i>Sint-Jans-Molenbeek</i>                       | x                     |                           | x                       | x                        | FB voor wat niet gedekt wordt door MK (specifieke beslissing)   |
| <i>Sint-Joost-ten-Node</i>                       | x                     |                           |                         | x                        | Betalingsverbintenis voor afspraken bij een niet geconventioneerde arts   |
| <i>Sint-Gillis</i>                               |                       | x                         | x                       |                          | FB voor medicijnen die niet op de lijst D staan, wordt bijgevoegd bij de MK   |
| <i>Schaarbeek</i>                                | x                     |                           |                         | x                        | Betalingsverbintenis afhankelijk van het type medicijn (lijst geneesmiddelen D of niet)   |
| <i>Ukkel</i>                                     | x                     | x                         |                         |                          | Begunstigten met 110% van het LL of het ELL   |
| <i>Watermaal-Bosvoorde</i>                       | x                     |                           |                         | x                        | B voor een eerste afspraak bij een huisarts of voor dringende medische hulp   |
| <i>Sint-Lambrechts-Woluwe</i>                    | x                     |                           | x                       | x                        | Betalingsverbintenis afhankelijk van het type medicijn (lijst medicijnen D of niet)   |
| <i>Sint-Pieters-Woluwe</i>                       | x                     | x                         | x                       | x                        | FB en B voor personen die illegaal op het grondgebied verblijven en personen die niet verzekerd of niet verzekerd zijn. Voor de anderen GK of FK geval per geval.   |
| <b>TOTAAL</b>                                    | 14                    | 7                         | 6                       | 15                       |   |

Zoals reeds vermeld, kennen de meeste OCMW's gezondheidskaarten (14 OCMW's) toe, die de kosten van zowel de huisarts als de geneesmiddelen dekken.

Een OCMW geeft gezondheidskaarten, farmaceutische kaarten en betalingsverbintenissen uit. Deze laatste worden toegekend wanneer het geneesmiddel niet staat op de lijst D of indien het prestaties

betreft die niet terugbetaald worden door het RIZIV en waar er een beslissing nodig is van het Comité (bijvoorbeeld brillen en tandprothesen). Hetzelfde geldt voor twee andere OCMW's, waarbij de gezondheidskaart de farmaceutische en medische kosten dekt, met uitzondering van bepaalde geneesmiddelen en specialiteiten die het voorwerp moeten uitmaken van een aanvraag bij het Comité en waarvoor de persoon een « farmaceutische bon » ontvangt. Dit is onder andere het geval voor vitamines en zuigelingenmelk<sup>56</sup>.

1 OCMW reikt farmaceutische kaarten en ook farmaceutische bonnen uit indien het gaat om geneesmiddelen D die niet op de lijst van de Federatie van Brusselse OCMW's staan, omdat de patiënt in dat geval naar het OCMW moet terugkeren nadat hij de arts heeft gezien om een afwijking te vragen bij het Comité. 5 OCMW's reiken gezondheidskaarten uit, maar geval per geval soms ook betalingsverbintenissen, afhankelijk van de staat van behoefteigheid.

2 OCMW's reiken farmaceutische kaarten en betalingsverbintenissen uit. De eerste reikt alleen farmaceutische kaarten uit aan mensen met mobiliteitsproblemen (PBM), en betalingsverbintenissen aan andere personen. Een ander OCMW geeft ad hoc ook betalingsverbintenissen uit, bijvoorbeeld wanneer de persoon voor het eerst langskomt. Andere begunstigen beschikken over een farmaceutische kaart.

1 OCMW reikt farmaceutische bonnen of betalingsverbintenissen uit aan personen die illegaal op het grondgebied verblijven en aan personen die niet verzekerd en niet verzekeraar zijn, en aan de anderen meestal gezondheidskaarten. Omdat geval per geval wordt bekeken, geldt dat alle aanvragen eerst aan een sociaal onderzoek met gezondheidsredenen en staat van behoefteigheid moeten worden onderworpen, om dan naar het BCSD te gaan ter goedkeuring. Afhankelijk van de aanvraag en de staat van behoefteigheid kan een medische kaart worden verstrekt of een farmaceutische kaart, een gezondheidskaart of een farmaceutische bon/betalingsverbintenis, of beide. Als de persoon bijvoorbeeld RVV is, zal hij of zij een farmaceutische kaart ontvangen in plaats van een medische kaart omdat men meent dat hij of zij het remgeld kan betalen.

1 OCMW reikt « farmaceutische bonnen » uit aan mensen die illegaal op het grondgebied verblijven of die niet verzekerd of niet verzekeraar zijn bij een mutualiteit. Een begunstigde die aangesloten is bij een mutualiteit en die over middelen beschikt, koopt de geneesmiddelen in een apotheek en vraagt de apotheker om een « bijlage 30 »<sup>57</sup>. Daarna gaat de persoon terug naar het OCMW waar de geneesmiddelen worden terugbetaald. Indien de persoon niet over de middelen beschikt om het bedrag voor te schieten, gaat hij eerst naar het OCMW dat een « farmaceutische bon » uitgeeft waarop de ten laste genomen geneesmiddelen staan vermeld. In dit geval levert de apotheker de geneesmiddelen af en stuurt hij de factuur achteraf naar het OCMW.

De situatie is vrijwel dezelfde in een ander OCMW dat alleen « farmaceutische bonnen » (en medische kaarten voor de zorg bij de huisarts) uitreikt. De « farmaceutische bonnen » worden toegekend aan personen die illegaal op het grondgebied verblijven (Dringende Medische Hulp) en aan personen die het bedrag in de apotheek niet kunnen voorschieten. De OCMW's controleren of het om RIZIV-medicatie gaat en of het geneesmiddel is opgenomen in de lijst van geneesmiddelen D van de Federatie van Brusselse OCMW's. Als de persoon voldoet aan de voorwaarden en niet over de middelen beschikt om de geneesmiddelen te kopen, reikt het OCMW een « farmaceutische bon » uit

---

<sup>56</sup> Mensen die in regel zijn met de mutualiteit kunnen automatisch de terugbetaling van zuigelingenmelk krijgen als ze in het bezit zijn van een gezondheidskaart. Voor DMH moet er een akkoord zijn van het Comité, en een « farmaceutische bon ».

<sup>57</sup> Zie formulier op de website van het RIZIV:

[https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulier\\_verordening20030728\\_bijlage\\_30.pdf](https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulier_verordening20030728_bijlage_30.pdf)

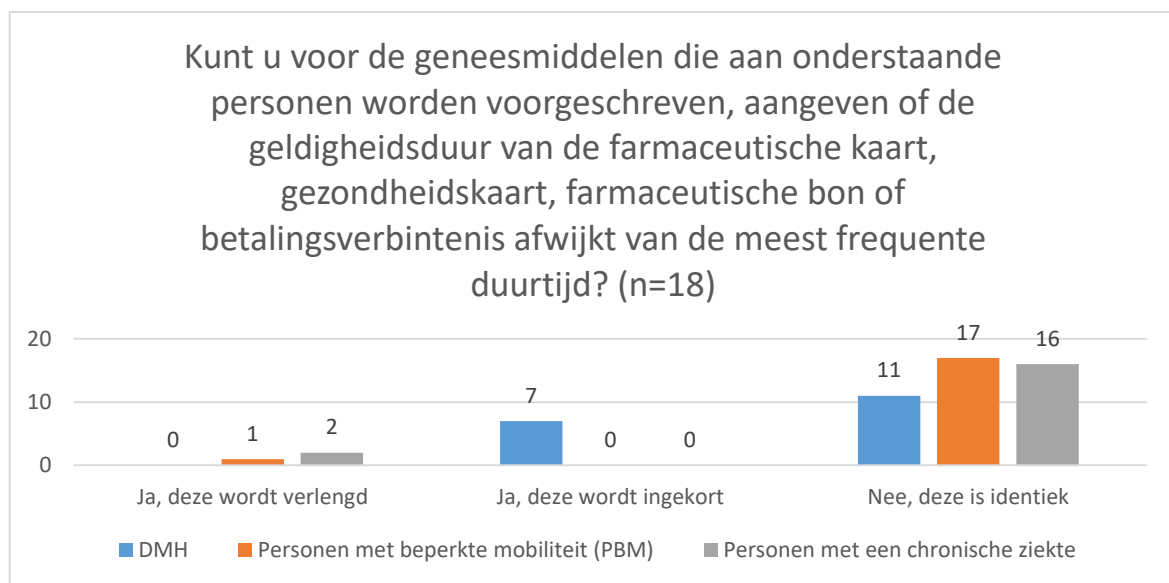
voor het bedrag dat ten laste is van het OCMW. Bij alle andere OCMW's is de regel dat de gebruiker de geneesmiddelen koopt en het OCMW achteraf terugbetaalt.

## Duurtijd

**Gezondheidskaarten worden meestal voor 1 jaar toegekend** (12 OCMW's). De overgrote meerderheid van de farmaceutische kaarten wordt toegekend voor 1 jaar (5 OCMW's) of 3 maanden (3 OCMW's), en in mindere mate voor 6 maanden (1 OCMW). De betalingsverbintenissen zijn geldig voor slechts één prestatie (7 OCMW's).

## Beleid met betrekking tot de begunstigden (DMH, PBM, chronische ziekte)

Wij vroegen of de gezondheidskaart, de farmaceutische kaart, de farmaceutische bonnen of betalingsverbintenissen voor sommige begunstigden werden verlengd of ingekort.



Voor wat betreft DMH is er geen OCMW dat aangeeft dat de geldigheidsduur van de kaart wordt verlengd. De kaarten worden daarentegen ingekort door 7 OCMW's voor dit publiek. Voor 11 OCMW's verandert er niets.

Voor personen met beperkte mobiliteit blijft de duurtijd dezelfde voor 17 OCMW's, en wordt dit verlengd voor 1 OCMW. Bij één OCMW is de gezondheidskaart immers meestal 1 jaar geldig, aangezien ze wordt uitgereikt aan mensen die zich moeilijk kunnen verplaatsen. De personen moeten echter om de 3 maanden naar het OCMW gaan voor de verlenging van de kaart. 1 OCMW heeft de vraag niet beantwoord.

Voor mensen die lijden aan een chronische ziekte wordt de kaart verlengd bij 2 OCMW's en blijft dit identiek bij 16 OCMW's (1 OCMW heeft deze vraag niet beantwoord).

Desalniettemin wezen sommige OCMW's erop dat de kaart 1 jaar geldig is voor iedereen (ongeacht de pathologie), met uitzondering van kaarten voor DMH waar de geldigheidsduur 3 maanden bedraagt.



## Traject van de patiënt

Bij 4 OCMW's moet de patiënt na de consultatie bij de huisarts of specialist terugkeren naar het OCMW met de voorgeschreven geneesmiddelen alvorens naar de apotheek te gaan. Bij 7 OCMW's hoeft de patiënt *niet* opnieuw naar het OCMW te gaan.

Voor andere OCMW's hangt dit af van het geval:

Bij het ene OCMW « *kunnen personen met een medische kaart rechtstreeks naar de apotheek gaan, anderen moeten een farmaceutische bon aanvragen* ». Er is een lijst met erkende apotheken waar personen naartoe moeten gaan als het OCMW een « farmaceutische bon » uitgeeft. Op die manier is de apotheek op de hoogte van de werking van de « farmaceutische bonnen » (de apotheek wordt betaald na verzending van de factuur naar het OCMW, enz.) De « farmaceutische bonnen » worden meestal toegekend aan personen die illegaal op het grondgebied verblijven en aan daklozen. Patiënten die het bedrag kunnen voorschieten en die vervolgens door het OCMW worden vergoed, hebben een bijlage 30 nodig. Om dit te verkrijgen kunnen ze naar elke apotheek in België gaan.

We zien ongeveer hetzelfde beleid in een ander OCMW, waar de patiënt niet hoeft terug te keren naar het OCMW omdat dit laatste hem terugbetaalt na de aankoop van geneesmiddelen. Dit is zo, behalve bij DMH waar het OCMW controleert of het gaat om RIZIV-geneesmiddelen en/of geneesmiddelen die staan op de lijst D van de Federatie van OCMW's en wanneer er een specifieke toekenningsbeslissing is. In het laatste geval geeft het OCMW een apotheekbon uit. We merken op dat indien de persoon niet over het nodige geld beschikt om de geneesmiddelen te kopen, hij altijd eerst naar het OCMW moet gaan om een voorschot te verkrijgen.

3 OCMW's baseren zich vooral op de lijst geneesmiddelen D van de Federatie van Brusselse OCMW's. Bij het éne OCMW moeten patiënten zich immers opnieuw tot het OCMW wenden « *indien het gaat om medicijnen die niet terugbetaald worden door het RIZIV en niet voorkomen op de lijst van geneesmiddelen D van de Federatie van Brusselse OCMW's* », en « *indien het gaat om niet-verzekerde en niet-verzekerbare personen, voor medicijnen die onderworpen zijn aan het oordeel van de adviserend geneesheer* ». We zien ongeveer hetzelfde in een ander OCMW waar « *indien er beantwoord wordt aan de voorwaarden van Dringende Medische Hulp of gelijkwaardige, de patiënt eerst langs het OCMW moet gaan om de farmaceutische bon te verkrijgen* ». Bij de andere OCMW's kunnen patiënten meteen naar de apotheek gaan, tenzij het gaat om niet-RIZIV geneesmiddelen of om geneesmiddelen die niet voorkomen op de lijst van geneesmiddelen D van de Federatie van Brusselse OCMW's. *Het OCMW registreert zodra er sprake is van een "afwijking"* ». In een ander OCMW moet de patiënt terugkeren naar het OCMW « *indien hij niet over een farmaceutische kaart beschikt, indien de voorgeschreven geneesmiddelen niet op deze kaart staan, indien het gaat om geneesmiddelen die niet op de lijst D van de Federatie van Brusselse OCMW's staan, of indien de geneesmiddelen onderworpen zijn aan het akkoord van de adviserend geneesheer van de mutualiteit* ».

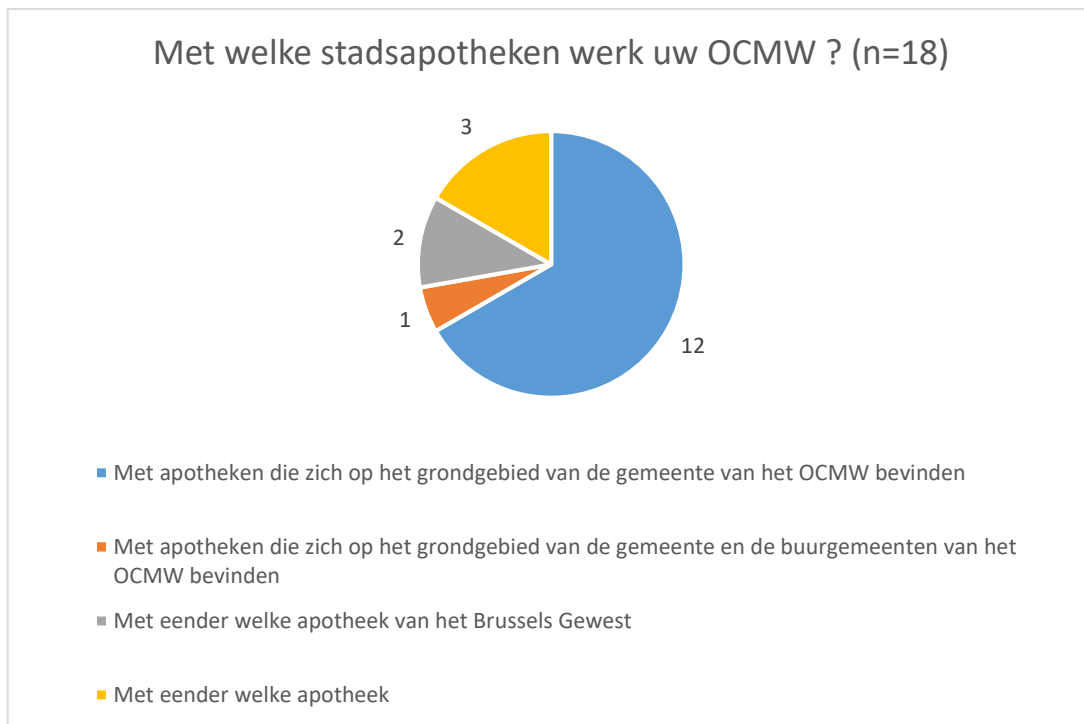
1 OCMW geeft aan dat « *indien de patiënt naar de arts gaat die vermeld staat op de gezondheidskaart of diens plaatsvervanger, de patiënt niet moet terugkeren naar het OCMW voor de geneesmiddelen die terugbetaald worden door het OCMW (A, B, D van de lijst van de Federatie)*. In het andere geval moet de patiënt terugkeren. Dit is ook het geval indien de geneesmiddelen niet op de lijst van geneesmiddelen staan » van de Federatie van Brusselse OCMW's.

1 ander OCMW legt uit dat de patiënt alleen naar het OCMW moet terugkeren « *indien het gaat om een geneesmiddel dat niet door de gezondheidskaart wordt terugbetaald* ». Hetzelfde gebeurt bij een ander OCMW waar « *indien het gaat om een geneesmiddel dat door de gezondheidskaart wordt*

gedekt, de patiënt meteen naar de apotheek kan gaan. Zo niet is het noodzakelijk om terug te keren naar het OCMW ».

## Apotheken in het Gewest of in de gemeente

**De meeste OCMW's werken met apotheken die liggen op het grondgebied van de gemeente van het OCMW (12).** 1 OCMW werkt samen met apotheken die liggen op het grondgebied van de gemeente van het OCMW en in de aangrenzende gemeenten. **2 OCMW's werken met alle apotheken in het Brusselse Gewest.** **3 OCMW's werken met eender welke apotheek.**



## Conventies en erkenningen met apotheken

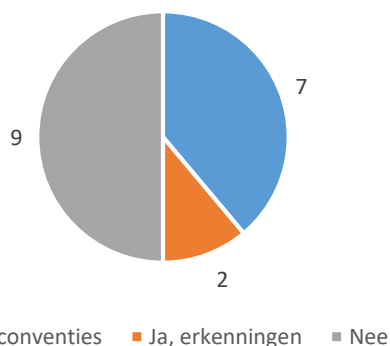
Net zoals we in het onderdeel over algemene geneeskunde gedaan hebben, zullen wij het hier hebben over de conventies of erkenningen van apotheken. Deze kunnen de administratieve lasten van de OCMW's verlichten (door de organisatie van betalingstermijnen en tarieven, door informatie te geven over gezondheidskaarten, betalingsverbintenissen, farmaceutische bonnen, enz.), of juist verzwaren (voornamelijk omdat ze up-to-date gehouden moeten worden). Ook hier speelt de vrije keuze van de zorgverlener een rol indien de gebruiker slechts naar één enkele apotheek kan gaan.

In totaal werken 7 OCMW's met conventies en 2 OCMW's werken met erkenningen. 9 OCMW's sluiten geen conventies of erkenningen af met apotheken.

Wanneer deze conventies of erkenningen wel bestaan, worden zij hoofdzakelijk gesloten met apotheken die liggen op het grondgebied van de gemeente van het OCMW (9 OCMW's).



Sluit het OCMW conventies of erkenningen af met de stadsapotheken waarmee wordt samengewerkt? (n=18)



Daarnaast stelt de helft van de OCMW's informatiedocumenten ter beschikking van de apotheken waarmee zij samenwerken. Het gaat dan om een niet-officieel document dat niet door de partijen wordt ondertekend, en dat alleen wordt gebruikt om de werkwijze van het OCMW te beschrijven.

#### *Ongeveer 322 erkende of geconventioneerde apotheken*

**In totaal zijn niet minder dan 322 apotheken in Brussel erkend of geconventioneerd bij een OCMW (apotheken kunnen erkend of geconventioneerd zijn bij meerdere verschillende OCMW's). Ter informatie: het Brussels Gewest telt ongeveer 1.060 apotheken<sup>58</sup>.**

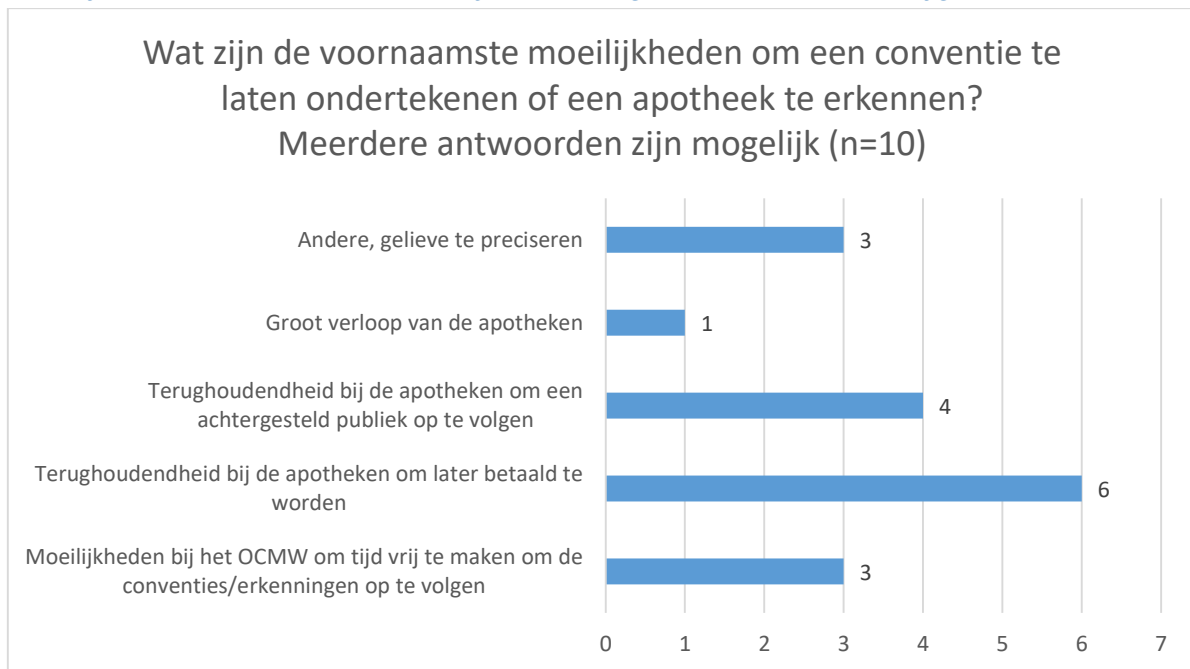
#### *Waarom geen conventie of erkenning?*

OCMW's die geen conventies of erkenningen met apotheken hebben, geven hiervoor als voornaamste reden dat « *zij hier het nut niet van inzien* » (3 OCMW's). 2 OCMW's zeggen dat er « *in het Brussels Gewest vrije keuze van de apotheek bestaat en dat er dus geen conventie of erkenning nodig is* ». De vrije keuze is hier dus belangrijk. Nog een argument is « *dat een informatiedocument over de werking van het OCMW volstaat* ». Dit is het geval voor 2 OCMW's.

1 OCMW geeft aan dat het niet tegen een conventie of erkenning zou zijn, maar dat de apotheken dit zelf niet wensen: « *Alhoewel wij dit als OCMW zeker wenselijk achtten, hebben we nooit een akkoord met de apotheken kunnen sluiten* ». Wij wijzen erop dat 1 OCMW bezig is met het opzetten van een conventie. Nog een ander OCMW overweegt om dit te doen.

<sup>58</sup> Zie. : <https://www.goudengids.be/zoeken/apothekers/Bruxelles/>

## Moeilijkheid om een conventie of erkenning ondertekend te krijgen



6 OCMW's vinden dat een van de problemen bij het sluiten van een conventie te maken heeft met « *de terughoudendheid van de apotheek om op een later moment te worden betaald* ». 4 OCMW's geven aan dat de apotheken terughoudend zijn om « *met een achtergesteld publiek te werken* ». 3 OCMW's hebben het over « *moeilijkheden die het OCMW ervaart om tijd vrij te maken om de erkenning/conventie na te leven* ». 1 OCMW wijst erop dat het « *hoge verloop van apothekers* » problematisch is.

Twee OCMW's geven aan dat er zich problemen voordoen bij een wijziging van de erkende apotheker (t.t.z. de apotheek die op de medische kaart staat) en deze niet weet hoe de OCMW's functioneren. Eén OCMW geeft aan dat « *de privacy van patiënten en het medisch beroepsgeheim* » bij apothekers een belemmering vormt bij het sluiten van conventies/erkenningen. Een ander OCMW stelt daarentegen dat er « *geen enkel probleem is, aangezien de aanvraag van de apotheek zelf komt* ».

## Lijst met apotheken

**12 van de 18 OCMW's stellen hun begunstigen een lijst met apotheken voor.** Daarvan geven 8 OCMW's aan dat de gebruiker naar een andere apotheek mag gaan dan degene die hij heeft gekozen op momenten dat deze laatste gesloten is (bijvoorbeeld in het weekend). 4 OCMW's staan dit niet toe.

## Farmaceutische bijstand - conclusie

**Slechts 5 OCMW's laten hun gebruikers de geneesmiddelen niet betalen, en betalen het remgeld van patiënten die in regel zijn met de mutualiteit. De anderen rekenen tussen de 0,5 euro en de 1,5 euro voor de geneesmiddelen, of ook een bepaald percentage per geneesmiddel in sommige gevallen. Een geplafonneerde tussenkomst van het OCMW is ook mogelijk.**

**3 OCMW's betalen alle farmaceutische kosten zonder bijdrage van de gebruiker die niet in orde is met de mutualiteit.** De andere OCMW's dekken het grootste deel van de kosten, maar vragen aan de gebruiker een bijdrage die identiek is aan de bijdrage van personen die in regel zijn met de mutualiteit. Afhankelijk van het budget van de persoon, wordt er echter een zeker soepelheid gehanteerd.

**Alle OCMW's vergoeden de kosten van geneesmiddelen die op de lijst van geneesmiddelen D van de Federatie van Brusselse OCMW's staan, en soms nog meer. Er zijn hier 2 uitzonderingen: één OCMW heeft een kortere lijst voor DMH<sup>59</sup> en één OCMW vergoedt de DMH pas na een bijzondere beslissing van het Comité.**

**Afgezien van 2 OCMW's die farmaceutische kaarten uitgeven, 1 OCMW dat farmaceutische bonnen uitgeeft en 1 OCMW dat gezondheidskaarten uitgeeft, combineren alle andere OCMW's verschillende systemen:** farmaceutische kaarten, farmaceutische bonnen, betalingsverbintenissen en gezondheidskaarten. De uitgifte van deze zaken is afhankelijk van het type begunstigde, de staat van behoefte, de betalingstermijn, enz.

Net als bij de algemene geneeskunde worden gezondheidskaarten meestal voor 1 jaar uitgegeven (de beslissing).

**In de meeste gevallen moet de patiënt na zijn bezoek aan de arts naar het OCMW terugkeren om daarna naar de apotheek te kunnen gaan,** want het OCMW moet controleren of het gaat om geneesmiddelen die door het RIZIV worden vergoed, of op de lijst staan van geneesmiddelen D van de Federatie van Brusselse OCMW's. Bij sommige OCMW's die de gezondheidskaart gebruiken, kan de patiënt rechtstreeks naar de apotheek gaan.

Bij de meeste OCMW's mogen de patiënten naar een apotheek in de gemeente of een naburige gemeente gaan. **Slechts 5 OCMW's stellen apotheken voor in het volledige Brussels Hoofdstedelijk Gewest of over heel België.**

**9 OCMW's hebben erkenningen of conventies afgesloten met apotheken, meestal met apotheken op het grondgebied van de gemeente.** In totaal hebben niet minder dan 322 apotheken in Brussel een conventie of erkenning bij *minstens* één OCMW. De twee belangrijkste hindernissen waarmee de OCMW's worden geconfronteerd bij het sluiten van de conventies zijn de terughoudendheid van de apotheek om op een later moment te worden betaald en/of om te werken met een publiek dat zijn toevlucht moet zoeken tot het OCMW.

---

<sup>59</sup> De algemene beleidsnota voorziet in een uitbreiding tot alle begunstigden.

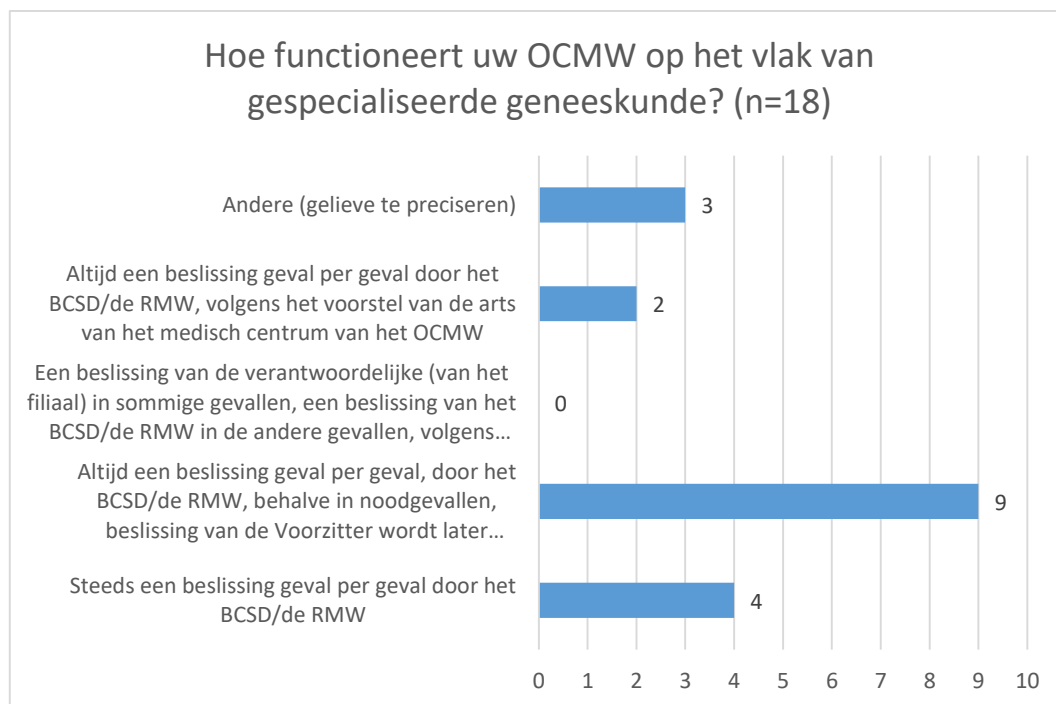
## Gespecialiseerde gezondheidszorg

In dit gedeelte bekijken we de gespecialiseerde gezondheidszorg meer in detail. We wilden nagaan of er verschillende procedures bestaan tussen de OCMW's onderling en of prestaties van specialisten op dezelfde manier worden terugbetaald. In het Brussels Gewest ligt het aanbod en het gebruik van specialisten of noodhulp hoger dan in andere gewesten<sup>60</sup>.

### Procedures

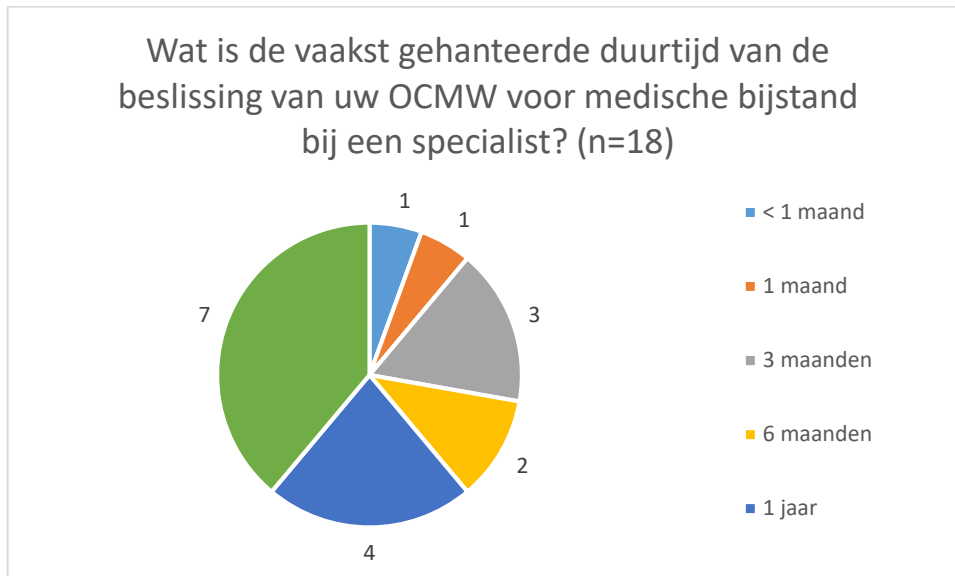
**Wat de OCMW-procedure voor gespecialiseerde geneeskunde betreft, werkt de helft van de OCMW's « altijd geval per geval na besluit door het BCSD/de RMW, behalve in noodgevallen, waar een beslissing van de Voorzitter later geratificeerd wordt » (9 OCMW's).** Voor 4 OCMW's is dit « altijd een beslissing van het BCSD/de RMW » ongeacht de situatie. Bij 2 OCMW's « wordt altijd geval per geval beslist door het BCSD/de RMW, afhankelijk van het voorstel gedaan door de arts van het OCMW ».

3 OCMW's werken volgens een andere procedure: het eerste OCMW geeft aan dat het « ofwel gaat om een betalingsverbintenis toegekend door een geconventioneerde arts (enkel voor een consultatie bij een arts van het IRIS-netwerk). Ofwel gaat het om een betalingsverbintenis van het OCMW voor een consultatie in het IRIS-netwerk en voor een lijst van prestaties buiten het IRIS-netwerk ». Het tweede OCMW zegt dat « de gezondheidskaart de terugbetaling door het OCMW van prestaties bij specialisten in Brusselse ziekenhuizen garandeert, in zoverre deze werken aan het RIZIV-tarief. Uitzonderingen: psychiaters en gespecialiseerde tandheelkundige zorg; beslissing wordt geval per geval genomen door het Comité (met de mogelijkheid tot terugvorderen) ». Het derde OCMW zegt dat « de huisarts die vermeld staat op de medische kaart een aanvraag tot gespecialiseerde zorg doet in het geconventioneerde netwerk, met uitzondering van tandprothesen en orthodontie, esthetische ingrepen en andere verzorging die niet is opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur van de geneeskundige verstrekking ».



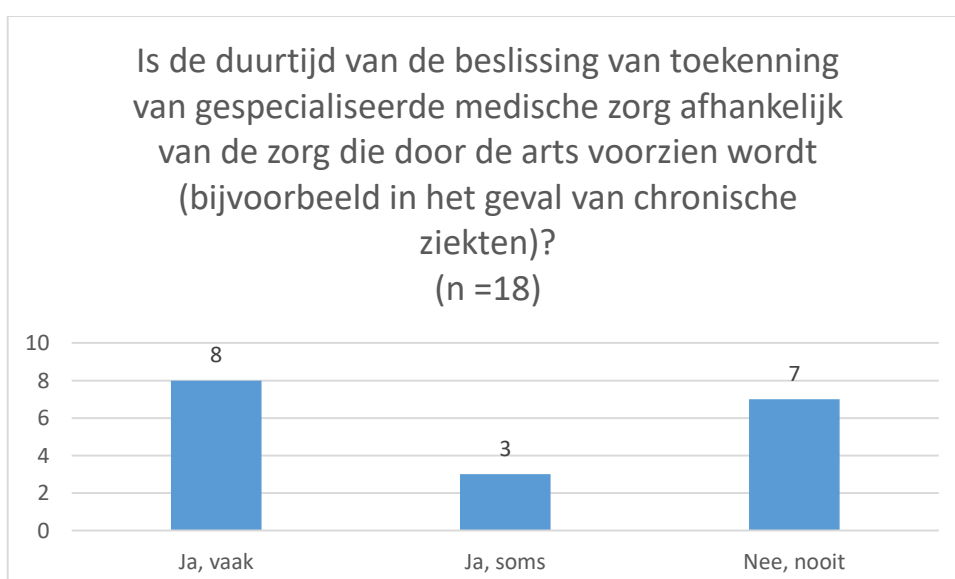
<sup>60</sup> S. MISSINE, S. LUYTEN, *op.cit.*, p 35

## Duurtijd van de toekenning van gespecialiseerde medische bijstand



Op de vraag wat de meest voorkomende duurtijd is van de toekenning van medische bijstand bij een gespecialiseerde arts, **antwoordden de meeste OCMW's (7) dat dit afhankelijk is van het geval en van de toegediende zorg**. 2 OCMW's zeggen dat « *het afhangt van de zorgbehoefte* ». Een ander OCMW zegt dat « *de duurtijd van de toekenning bepaald wordt per prestatie en drie maanden bedraagt voor chronische ziekten* ». 1 OCMW geeft aan dat « *dit afhankelijk is van het type begunstigde. Als de begunstigde een LL of ELL ontvangt, bedraagt de duurtijd meestal één jaar. In andere situaties is de duurtijd beperkt tot de duur van de pathologie* ». Een ander OCMW geeft aan dat dit « *meestal één jaar is, maar dat dit beperkt kan worden tot de duur van de behandeling* ». 1 OCMW werkt per prestatie (betalingsverbintenis). Voor de andere OCMW's gaat het meestal om 1 jaar (4 OCMW's), 6 maanden (2 OCMW's) of 3 maanden (3 OCMW's). Bij 1 OCMW is dit minder dan 1 maand.

Voor 7 OCMW's is de duurtijd van de beslissing voor gespecialiseerde geneeskundige zorg niet afhankelijk van de zorg die door de arts voorzien wordt (bijvoorbeeld bij chronische ziekten). Dit is « vaak » wel het geval bij 8 andere OCMW's en « soms » het geval bij nog 3 andere.



## Dekking van de kosten voor verzekerden

**Alle OCMW's (18) betalen het remgeld van gespecialiseerde medische zorg van mensen die zijn aangesloten bij een mutualiteit.**

## Dekking van de kosten voor niet-verzekerden

**Voor niet-verzekerden betalen de meeste OCMW's (14 OCMW's) het RIZIV-tarief (remgeld en ZIV-gedeelte) en 4 OCMW's betalen alle medische kosten. Dit is echter afhankelijk van de specialismen (bijvoorbeeld tandheelkunde en orthodontie). De 18 OCMW's in de studie betalen dus ten minste het RIZIV-tarief van onverzekerden.**

## Verduidelijking over de betaling van de gespecialiseerde geneeskunde

1 OCMW zegt dat « *bijkomende honoraria voor rekening van de patiënt zijn, tenzij het BCSD een speciaal beslissing heeft genomen* ». 2 OCMW's geven aan dat ze naast het remgeld (voor verzekerden) of het RIZIV-tarief (voor niet-verzekerden) voor gespecialiseerde medische zorg, ook betalen voor « *geneesmiddelen D op de lijst van de Federatie van Brusselse OCMW's* ». De vraag is niet in die zin gespecificeerd, maar het lijkt erop alleen op het Comité voor één OCMW en een kortere lijst voor een ander.

Een OCMW legt uit dat de betaling, voor zowel verzekerden als niet-verzekerden, afhankelijk is van het specialisme waarvan sprake is. Het gaat dus om « *een beslissing die geval per geval genomen wordt. Is er een tussenkomst van de mutualiteit? Hebben we verschillende prijsoffertes ontvangen (bijvoorbeeld voor een bril)? Kan de persoon een stuk zelf betalen (bijvoorbeeld orthodontie of tandprothesen)?* » Dit zijn allemaal vragen die beantwoord moeten worden en die aanleiding kunnen geven tot een weigering van de tussenkomst van het OCMW.

Een ander OCMW laat zijn tussenkomst afhangen van de berekening van het dagelijks economisch gemiddelde, zoals ook het geval is voor de algemene geneeskunde (zie hierboven). Een andere verleent ook medische bijstand als de beschikbare middelen niet hoger zijn dan 400 euro (middelen verminderd met de lasten/vaste kosten), tenzij afwijking toegestaan door de sociaal assistent en aanvraag bij het BCSD (hetgeen hetzelfde beleid is als bij algemene geneeskunde).

1 OCMW geeft aan dat de zorg « *alleen wordt terugbetaald aan het RIZIV-tarief* ».

## Betalingsverbintenissen voor specialisten

**17 OCMW's op 18 geven betalingsverbintenissen uit voor medische bijstand door een gespecialiseerde arts. Slechts 1 OCMW doet dit niet en maakt een gezondheidskaart die ook gespecialiseerde artsen omvat, op voorwaarde dat deze de tarieven van het RIZIV toepassen.<sup>61</sup>**

Bij 14 van deze OCMW's levert het OCMW zelf de betalingsverbintenis af. **In 1 OCMW wordt de betalingsverbintenis uitgereikt door « *de arts die werkt in het medisch centrum van het OCMW* ».** Bij een ander OCMW zijn het de huisartsen die met het OCMW werken die de betalingsverbintenissen aan de patiënten toekennen, maar « *in geval van afwijking van de keuze van de (op de kaart vermelde) huisarts, moet het OCMW de nodige betalingsverbintenissen aan de patiënt bezorgen* ». De op de medische kaart vermelde huisarts levert een betalingsverbintenis af voor gespecialiseerde hulp in het geconventioneerde netwerk (bijvoorbeeld: alleen in het IRIS-netwerk), met uitzondering

---

<sup>61</sup> Opgelet, dit is niet het enige OCMW dat een gezondheidskaart maakt waarop specialisten worden opgenomen.

van tandprothesen en orthodontie, schoonheidsbehandelingen en andere zorg die niet is opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur van de geneeskundige verstrekking, die het OCMW voor zijn rekening neemt.

**Een OCMW kent soms betalingsverbintenissen toe, soms is het de geconventioneerde huisarts die dit het vaakst doet.** Een rechthebbende heeft immers een betalingsverbintenis nodig om naar een gespecialiseerde arts te gaan. Deze betalingsverbintenis kan ofwel worden afgeleverd door een bij het Centrum geconventioneerde huisarts (die dus toegang heeft tot Sinchro om de betalingsverbintenis op te maken), ofwel door de cel medische bijstand van het Centrum. Voor het niet-IRIS-netwerk is het de cel die de betalingsverbintenis aflevert (en niet een arts, ook al heeft deze een conventie met het OCMW). In alle gevallen moet de patiënt in het bezit zijn van een geldige gezondheidskaart om een betalingsverbintenis te kunnen krijgen.

**Bij 2 OCMW's worden de betalingsverbintenissen toegekend op basis van het voorschrift van de arts** (waarop het type specialist, de duur van de noodzakelijke zorg, enz. wordt gespecificeerd). Het OCMW dekt alle specialisten die het RIZIV-tarief toepassen, en alle consultaties of ziekenhuisopnames in het IRIS-netwerk en het niet-IRIS-netwerk.

**Bij 1 OCMW worden betalingsverbintenissen door het OCMW afgeleverd** « voor consultaties bij specialisten die al dan niet in een ziekenhuis plaatsvinden, en voor ziekenhuisopnames ».

In een ander OCMW wordt de betalingsverbintenis toegekend « **voor zorg die niet wordt gedekt door de gezondheidskaart, met name voor andere prestaties van specialisten in IRIS-ziekenhuizen dan tandheelkunde, pediatrie en algemene geneeskunde.** In de volgende gevallen is het dan weer het OCMW dat een betalingsverbintenis aflevert: consultatie bij een gespecialiseerde arts buiten het IRIS-netwerk, kinesitherapie na 18 sessies, bijzondere zorg, prothesen, brillen... of niet dringende ziekenhuisopname. ».

**Ten slotte geeft 1 OCMW aan dat artsen betalingsverbintenissen mogen toekennen, maar dat zij de gebruiker alleen mogen doorverwijzen naar bij het OCMW geconventioneerde artsen of naar specialisten uit het IRIS-netwerk** (er kan wel naar een ander ziekenhuis worden doorverwezen als de zorg niet in het IRIS-netwerk wordt verleend). Soms maakt het OCMW de betalingsverbintenissen, maar dit gebeurt veel minder vaak.

## Medische kaarten of gezondheidskaarten in de gespecialiseerde geneeskunde

**11 OCMW's kennen gezondheidskaarten toe voor gespecialiseerde zorg.** Deze gezondheidskaarten dekken dus de algemene en gespecialiseerde gezondheidszorg en de farmaceutische kosten. Er komt duidelijk naar voren dat de OCMW's in de arme halve maan van Brussel geen gezondheidskaart voor gespecialiseerde artsen toekennen. Ter herinnering, 14 OCMW's kennen een gezondheidskaart voor algemene geneeskunde en geneesmiddelen toe. 11 OCMW's staan dus toe dat deze kaart ook gebruikt wordt voor gespecialiseerde gezondheidszorg.

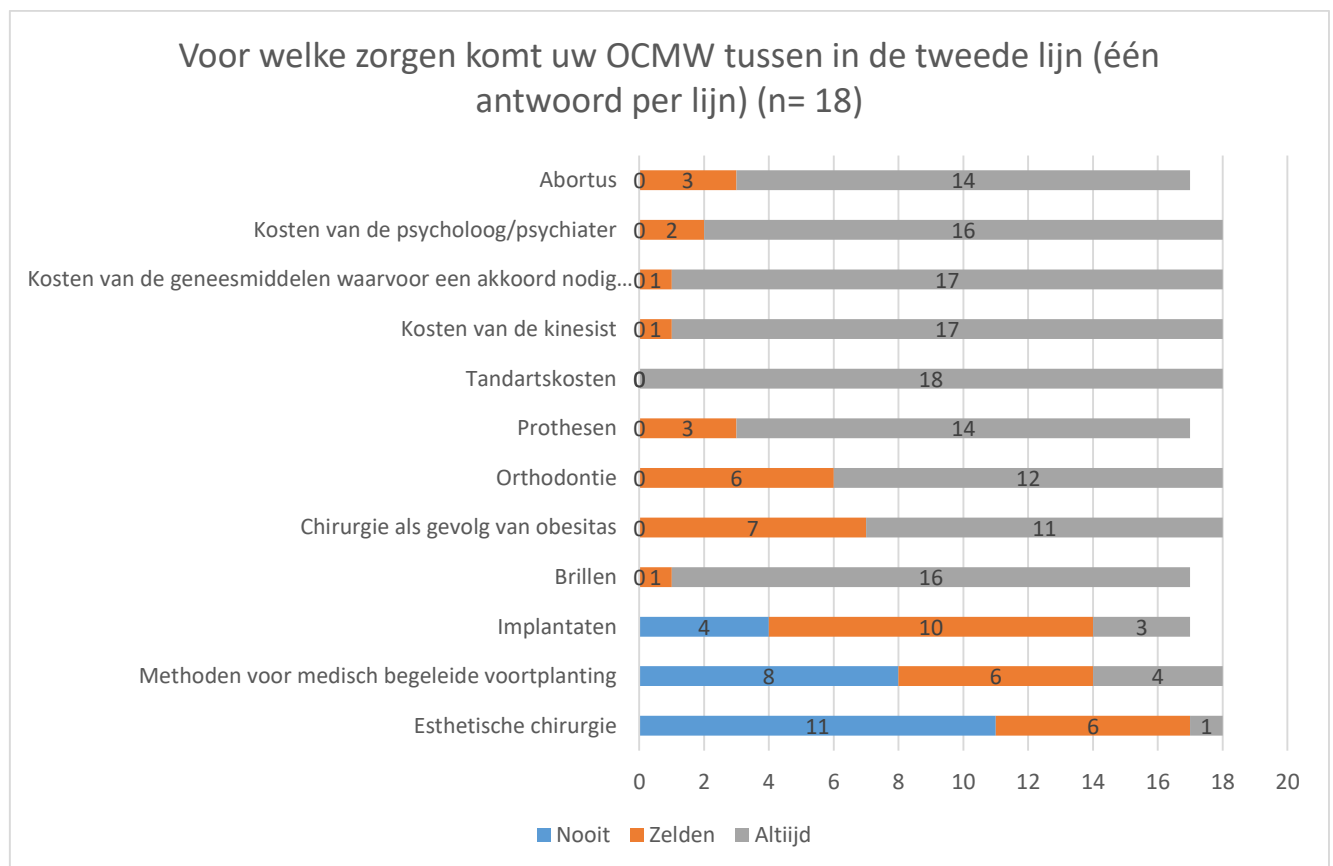
## Samenvatting van gezondheidskaarten of betalingsverbintenissen voor gespecialiseerde geneeskunde

| Beleid van de OCMW's op het vlak van gespecialiseerde gezondheidszorg |                       |                          |  |
|---|-----------------------|--------------------------|--|
| OCMW  | Gezondheidskaart (GK) | Betalingsverbintenis (B) | Opmerkingen  |
| <i>Anderlecht</i>   |                       | x                        |  |
| <i>Oudergem</i>   |                       | x                        |  |
| <i>Sint-Agatha-Berchem</i>  | x                     | x                        |  |
| <i>Stad Brussel</i>   |                       | x                        | De geconventioneerde huisartsen of het OCMW kunnen B's toekennen voor bepaalde zorgen  |
| <i>Etterbeek</i>  |                       | x                        |  |
| <i>Evere</i>  |                       | x                        | De geconventioneerde huisarts kan een B maken voor consultaties in het IRIS-netwerk. Het OCMW kent B's toe voor het IRIS-netwerk, het niet-IRIS-netwerk of voor bepaalde prestaties. |
| <i>Vorst</i>  |                       | x                        |  |
| <i>Elsene</i>   |                       | x                        |  |
| <i>Jette</i>  | x                     | x                        | Voor ziekenhuisopnames en « technische » procedures is een B nodig. Voor de rest zit alles in de GK.   |
| <i>Koekelberg</i>   | x                     | x                        | B of GK toegekend door artsen die werken in de medische praktijk van het OCMW  |
| <i>Sint-Jans-Molenbeek</i>  |                       | x                        | De geconventioneerde huisartsen of het OCMW kunnen B's toekennen voor bepaalde zorgen.   |
| <i>Sint-Joost-ten-Node</i>  | x                     | x                        | GK voor personen die via het medisch kabinet gaan  |
| <i>Sint-Gillis</i>  |                       | x                        |  |
| <i>Schaarbeek</i>   | x                     | x                        | De huisarts kan een B toekennen in bepaalde gevallen   |
| <i>Ukkel</i>  | x                     |                          |  |
| <i>Watermaal-Bosvoorde</i>  |                       | x                        |  |
| <i>Sint-Lambrechts-Woluwe</i>   | x                     | x                        |  |
| <i>Sint-Pieters-Woluwe</i>  | x                     | x                        |  |
| <b>TOTAAL</b>   | <b>11</b>             | <b>17</b>                |  |



## Soorten zorg die worden terugbetaald

Wat betreft de zorg die door het OCMW terugbetaald wordt, is er maar weinig verschil voor wat betreft de pathologie.



Zo dekt 100% van de OCMW's (18) « altijd » de tandartskosten, 17 OCMW's dekken de kosten van geneesmiddelen waarvoor de toestemming van de adviserend geneesheer nodig is, 16 OCMW's dekken de kosten voor een bril, 17 OCMW's dekken de kosten van kinesithherapie, 16 OCMW's dekken de kosten van de psycholoog/psychiater en 14 OCMW's dekken de kosten van prothesen.

Er is echter minder overeenstemming wanneer het gaat om andere verzorging en pathologieën. We merken op dat 14 OCMW's « altijd » de kosten dekken van een abortus. 3 doen dit « zelden » en geen enkel doet dit « nooit ». Bovendien dekken 12 van de 18 OCMW's « altijd » de kosten van orthodontie, 6 OCMW's doen dit « zelden » en geen enkel « nooit ». 11 OCMW's dekken « altijd » de kosten van chirurgie die te maken heeft met obesitas. 7 andere doen dit « zelden » en geen enkel doet dit « nooit ».

Implantaten worden echter « soms » terugbetaald door tien OCMW's, alwaar drie OCMW's deze « altijd » en vier deze « nooit » terugbetalen. Ook zijn er maar weinig OCMW's die cosmetische chirurgie terugbetalen (1 doet dit « altijd », 6 « zelden » en 11 « nooit »). Een OCMW geeft aan dat het deze kosten dekt wanneer ze het gevolg zijn van een ziekte (bijvoorbeeld: kanker). Tot slot dekken 4 OCMW's « altijd » methoden voor medisch begeleide voortplanting, 6 OCMW's « soms » en 8 « nooit ».

Eén OCMW geeft nog aan dat deze tussenkomsten uiteindelijk alleen gebeuren voor medisch noodzakelijke behandelingen. Voor prothesen en een bril kan een terugbetaling aangevraagd worden.

Een ander OCMW bevestigt dit: « *Voor orthodontie en prothesen is de interventie onderworpen aan leeftijdsgebonden terugbetalingsvoorwaarden* ».

Als het gaat om gespecialiseerde kosten neemt één OCMW ofwel het RIZIV-tarief op zich (kinesisten, logopedisten, enz.) ofwel wordt er een maximumbedrag terugbetaald door het OCMW (bijvoorbeeld: psychologen).

De OCMW's vonden het moeilijk om een antwoord te geven op deze vraag, zoals zij zelf aangaven in het commentaarveld. De termen « vaak » of « soms » konden soms moeilijk aangekruist worden. Eén OCMW duidt bijvoorbeeld "vaak" aan voor brillen en prothesen en zegt: « *Het OCMW komt altijd tussenbeide voor prestaties die gedeeltelijk worden terugbetaald door het RIZIV (met uitzondering van orthodontie). Voor het overige is een individuele beslissing van het Comité vereist.* » Een ander OCMW geeft aan: « *De "zelden" is eerder "soms" indien er een echte nood wordt vastgesteld.* »

We merken op dat er in één OCMW reeds een drietal jaar een psycholoog werkzaam is. De belangrijkste opdracht van deze psycholoog is het verminderen van de spanningen tussen gebruikers en sociaal assistenten, alsook het verlichten van de soms erg zware werkdruk van sociaal assistenten die soms te maken krijgen met gebruikers met geestelijke gezondheidsproblemen. Het OCMW verduidelijkt dat de confidentialiteit en het beroepsgeheim steeds gerespecteerd worden.

## Conclusie omtrent gespecialiseerde gezondheidszorg

De grootste verschillen tussen de OCMW's op dit vlak is het feit dat de huisarts de mogelijkheid krijgt om betalingsverbintenissen toe te kennen voor bepaalde specialistische of niet-specialistische zorg. **Sommige OCMW's leveren de betalingsverbintenissen zelf af op doktersadvies, andere staan het de huisarts toe om de persoon rechtstreeks naar de specialist door te verwijzen, maar onder voorwaarden** (geconventioneerde specialist, RIZIV-tarief, arts vermeld op de gezondheidskaart, alleen IRIS-ziekenhuizen, enz.).

**Ook moet worden opgemerkt dat op één na alle OCMW's werken met betalingsverbintenissen.** Bij 11 OCMW's staat de gezondheidskaart het gebruik van specialistische zorg toe wanneer de specialisten erop vermeld staan of er een conventie met de arts is ondertekend. Sommige zorg blijft echter onderhevig aan het advies van het OCMW en bijhorende betalingsverbintenis.

**We stellen vast dat de opening van het recht het vaakst wordt toegestaan voor het IRIS-netwerk. Dit in tegenstelling tot privéziekenhuizen waarvoor een afwijking van het OCMW nodig is, tenzij zij aan het RIZIV-tarief werken.**

Bovendien worden de meeste pathologieën vergoed door alle OCMW's, maar zij verduidelijken wel dat de staat van behoefte toch wordt geanalyseerd (bijvoorbeeld: plastische chirurgie wordt alleen gedekt als deze noodzakelijk is door een ziekte).

## IRIS- en niet-IRIS-ziekenhuizen

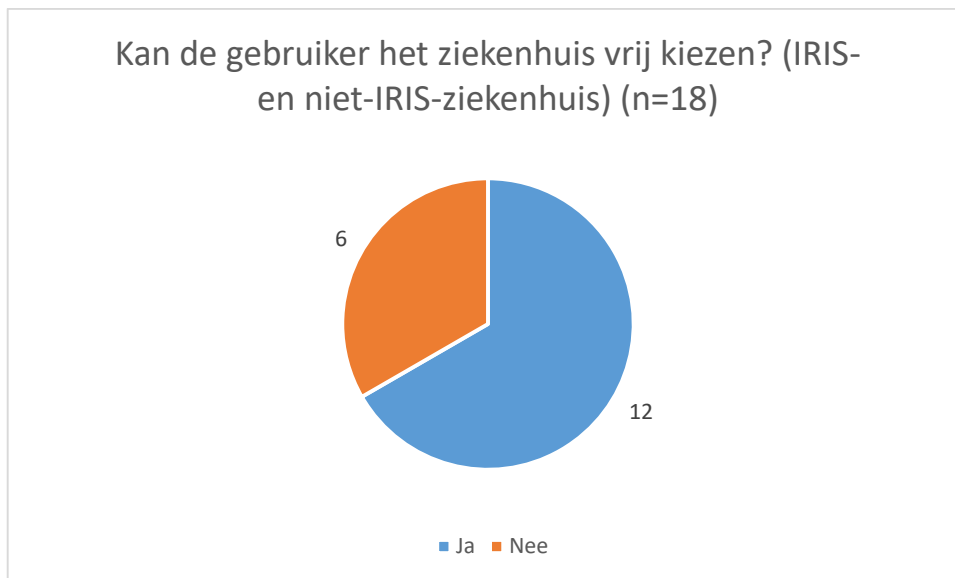
Historisch gezien was het IRIS-ziekenhuizennetwerk tot in 1996 afhankelijk van de OCMW's, dat het netwerk in de loop der jaren had opgebouwd (de gemeenten Anderlecht, Etterbeek, Elsene, Sint-Gillis, Schaarbeek en de stad Brussel). Het is namelijk de ordonnantie van 22 december 1995 van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest tot regeling van de wet betreffende de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW's) die ten grondslag ligt aan de oprichting van de koepelorganisatie "iris" en de zelfbeschikking van de openbare ziekenhuizen. Concreet gaat het om het UMC Sint-Pieter, het UVC

Brugmann, de IRIS Ziekenhuizen Zuid, het Jules Bordet Instituut en het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola<sup>62</sup>.

Tussen de OCMW's en het IRIS-netwerk werden twee conventies gesloten, een in 1996 en een andere in 1998. Het doel van deze conventies was de regeling van de opvang van patiënten die gebruik maken van het OCMW, de openstelling van hun rechten en de toegang tot de zorg, de financiële dekking en de territoriale spreiding. Tot op heden zijn deze conventies nog steeds van kracht, met uitzondering van de afwijking van de bepalingen inzake territoriale bevoegdheid. Omwille van deze onmiskenbare historische en juridische band zullen we het in dit hoofdstuk hebben over dit netwerk. We willen met name nagaan of patiënten het vaakst worden doorverwezen naar IRIS-ziekenhuizen of dat er ook partnerschappen bestaan met andere ziekenhuizen.

## Keuze van het ziekenhuis

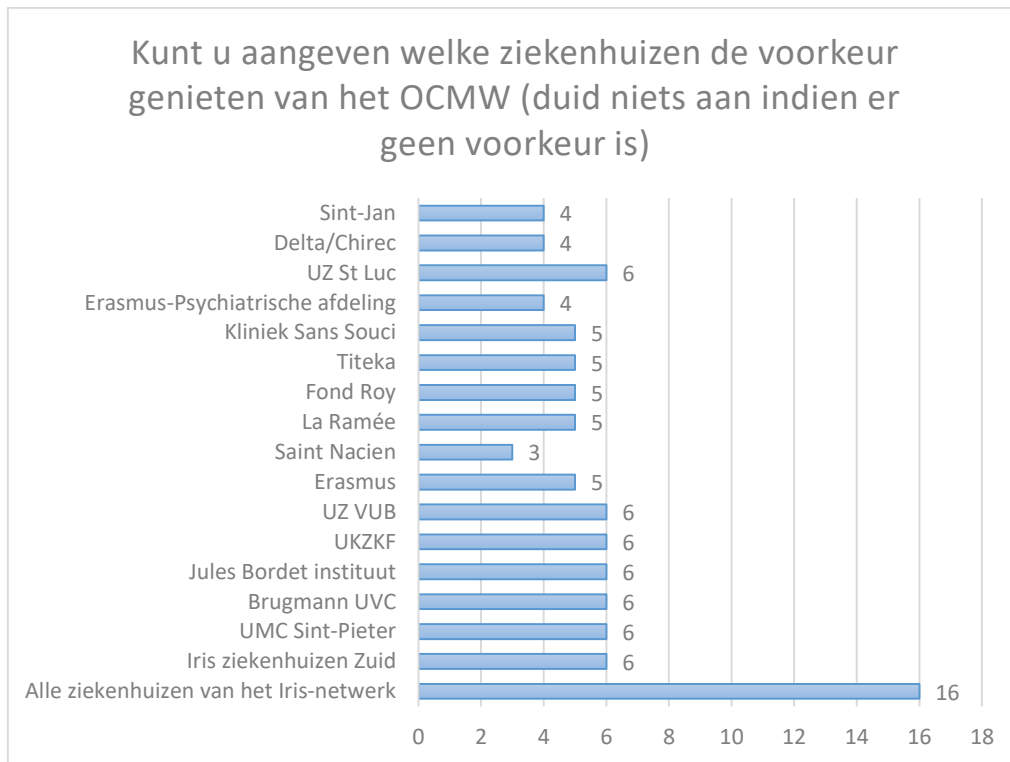
We stelden de vraag of de patiënt een vrije ziekenhuiskeuze heeft wanneer hij zich bij het OCMW meldt. **12 OCMW's laten hun begunstigden het ziekenhuis vrij kiezen. 6 OCMW's van de 18 beperken deze keuze.**



Wij stelden de vraag welke ziekenhuizen « de voorkeur » genieten aan de hand van een lange lijst met alle ziekenhuizen in het Gewest. Het feit dat een ziekenhuis « de voorkeur » geniet, betekent niet dat de OCMW's het hun patiënten niet toestaan om naar een ander ziekenhuis (dat de voorkeur niet geniet) te gaan, maar dat ze de patiënten prioritair doorverwijzen naar ziekenhuizen die de voorkeur wel genieten. De patiënt kan dus vrij kiezen.

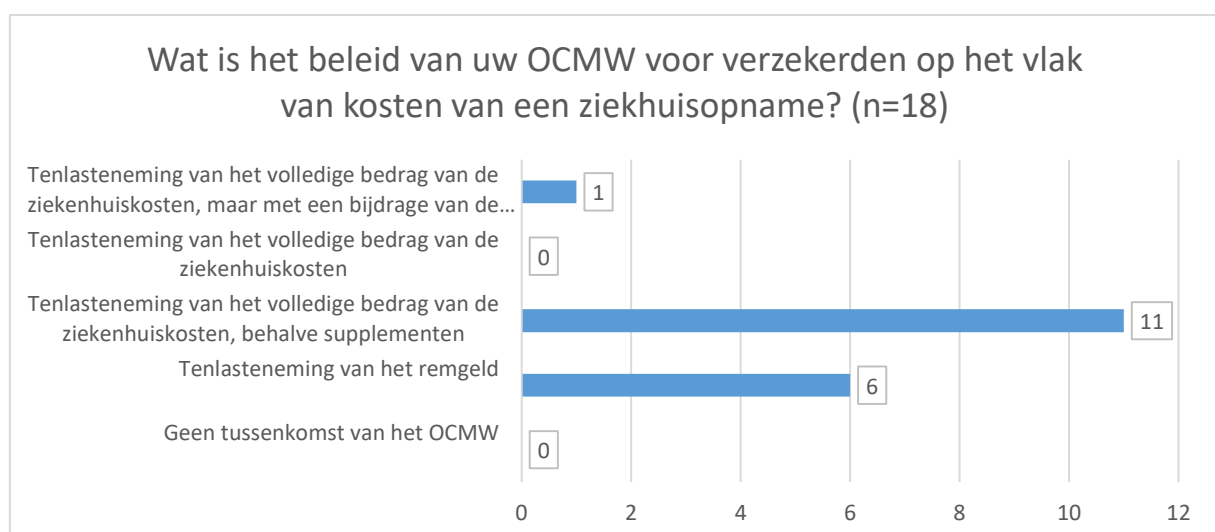
**16 OCMW's geven de « voorkeur » aan alle IRIS-ziekenhuizen. 2 OCMW's doen dit niet omdat zij de patiënt de vrije keuze willen laten.** 9 van deze 16 OCMW's geven uitsluitend de voorkeur aan IRIS-ziekenhuizen, de andere OCMW's doen dit ook voor andere ziekenhuizen. Deze resultaten moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, voornamelijk met betrekking tot het grondgebied waarop het ziekenhuis zich bevindt. Een welbepaald ziekenhuis kan liggen op het grondgebied van de gemeente van het OCMW, hetgeen een verklaring is voor de bijzondere band tussen het OCMW en dat ziekenhuis.

<sup>62</sup> Zie de website van het IRIS-net : <https://www.iris-hopitaux.be/nl/Het-irisnet>



## Verzekerden en ziekenhuisopnames

**11 OCMW's dekken alle ziekenhuiskosten van verzekerden, met uitzondering van de supplementen, en 6 OCMW's betalen het remgeld, hetgeen op hetzelfde neerkomt. Eén OCMW dekt alle ziekenhuiskosten, maar met een bijdrage vanwege de gebruiker (en met uitzondering van supplementen).** Dit OCMW houdt in feite rekening met het dagelijks economisch gemiddelde. Als de persoon een LL of ELL ontvangt en voldoet aan de voorwaarden van het dagelijks economisch gemiddelde (zie hierboven), wordt alles terugbetaald, behalve supplementen. Als het dagelijks economisch gemiddelde te hoog ligt, betalen zij een aandeel dat overeenkomt met de helft van het dagelijks economisch gemiddelde (saldo van de middelen na aftrek van de huur en de maandelijkse gas- en elektriciteitsrekening, berekend per dag).



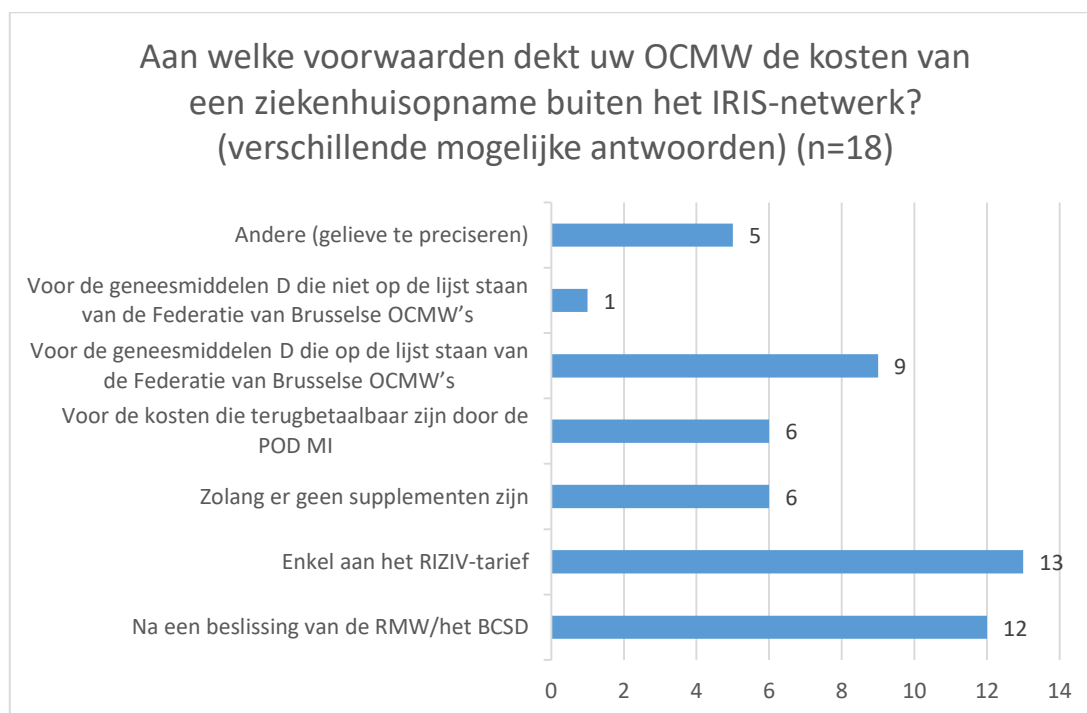
## Voorwaarden voor de terugbetaling

De toepassing van het « **het RIZIV-tarief** » wordt door 13 OCMW's gegeven als enige voorwaarde voor de betaling van de kosten van ziekenhuisopname in of buiten het IRIS-netwerk. 12 OCMW's leggen « *een beslissing door de RMW/het BCSD* » als één van de voorwaarden op. 9 OCMW's geven als bijkomende voorwaarde dat het moet gaan om « *medicijnen D die voorkomen op de lijst van de Federatie van Brusselse OCMW's* ». 6 OCMW's merken op dat « *er geen supplementen op de factuur mogen staan* » en 6 OCMW's specificeren dat het moet gaan om « *kosten die terugbetaalbaar zijn door de POD Maatschappelijke Integratie* ».

Daarnaast neemt de helft van de OCMW's (9 op 18) « nooit » de supplementen ten laste die voor een ziekenhuisopname worden gevraagd. De andere helft (9 OCMW's) doet dit « soms » (geen enkel OCMW doet dit « altijd »).

## Niet-verzekerden en ziekenhuisopnames

**12 OCMW's dekken de kosten van een ziekenhuisopname buiten het IRIS-netwerk « na een besluit van de RMW/het BCSD ».** 13 OCMW's geven aan dat dit « **alleen kan als het RIZIV-tarief** » wordt toegepast. 9 OCMW's verduidelijken dat dit « *enkel kan voor geneesmiddelen D op de lijst van de Federatie van Brusselse OCMW's* ». 6 OCMW's doen dit voor uitgaven die terugbetaalbaar zijn door de POD MI, en 6 andere voor zolang er geen supplementen aangerekend worden. De OCMW's die het vakje « andere » hebben ingevuld, hebben het over « *alle kosten, met uitzondering van diverse kosten* » of « *alle zorg die de arts gerechtvaardigd acht* », of nog « *de vrije keuze van de gebruiker om zijn ziekenhuis te kiezen* » en ten slotte « *dezelfde voorwaarden als voor alle anderen* ».



## Ereloonsupplementen

**9 OCMW's dekken « soms » de supplementen van ziekenhuiskosten, de andere doen dit « nooit ».**

## Dringende medische hulp en MediPrima

MediPrima is het geautomatiseerde systeem voor de verwerking van zorgaanvragen van OCMW-gebruikers. Voorlopig kan het systeem alleen gebruikt worden voor onverzekerden en onverzekerbaren (voornamelijk illegalen) die in ziekenhuizen worden behandeld. Het is de HZIV die de zorgverlener automatisch terugbetaalt, zonder dat het OCMW hier een rol speelt. Het systeem zou op lange termijn ook moeten openstaan voor andere zorgverleners (huisartsen, apotheken, kinesisten, enz.) en vervolgens voor de hele bevolking, verzekerden of verzekerbaren. De OCMW's zijn redelijk positief over het systeem, omdat er makkelijk kan worden nagegaan of er reeds een geldige dekking tot tenlasteneming bestaat bij een ander OCMW. Administratief gezien is het systeem op dit moment nogal kafkaïens, omdat de OCMW's twee verschillende systemen moeten combineren, afhankelijk van het feit of de persoon al dan niet onder de MediPrima-voorwaarden valt (indien niet moeten ze formulieren invullen en opsturen naar de POD MI om een terugbetaling te krijgen van de Federale Overheid). De ziekenhuizen kunnen dan weer gemakkelijker nagaan of de patiënt gedekt is, en door welk OCMW. Men is ook positief over dit systeem in associatieve kringen, waar men van mening is dat « *dit project veel administratieve tijdswinst voor de OCMW's oplevert.* »<sup>63</sup>

**Volgens deze studie worden de principiële beslissingen in MediPrima binnen de OCMW's het vaakst genomen voor een periode van 3 maanden (8 OCMW's). Bij een ander groot deel van de OCMW's worden de principebeslissingen het vaakst genomen voor een jaar (acht OCMW's). Bij 1 OCMW is dit meestal 1 maand. Voor een andere OCMW werden de principebeslissingen het vaakst genomen voor minder dan een maand. Eén OCMW heeft de vraag niet beantwoord.**

De waarborgen voor de tenlasteneming in MediPrima van de meest voorkomende Dringende Medische Hulp bedragen **3 maanden voor de overgrote meerderheid (17 OCMW's)**. Eén OCMW geeft meestal waarborgen voor de tenlasteneming voor een periode van 1 maand.

Bij 5 OCMW's hebben mensen met een chronische ziekte een langere waarborg voor tenlasteneming.

## Kosten van de ziekenfondsen

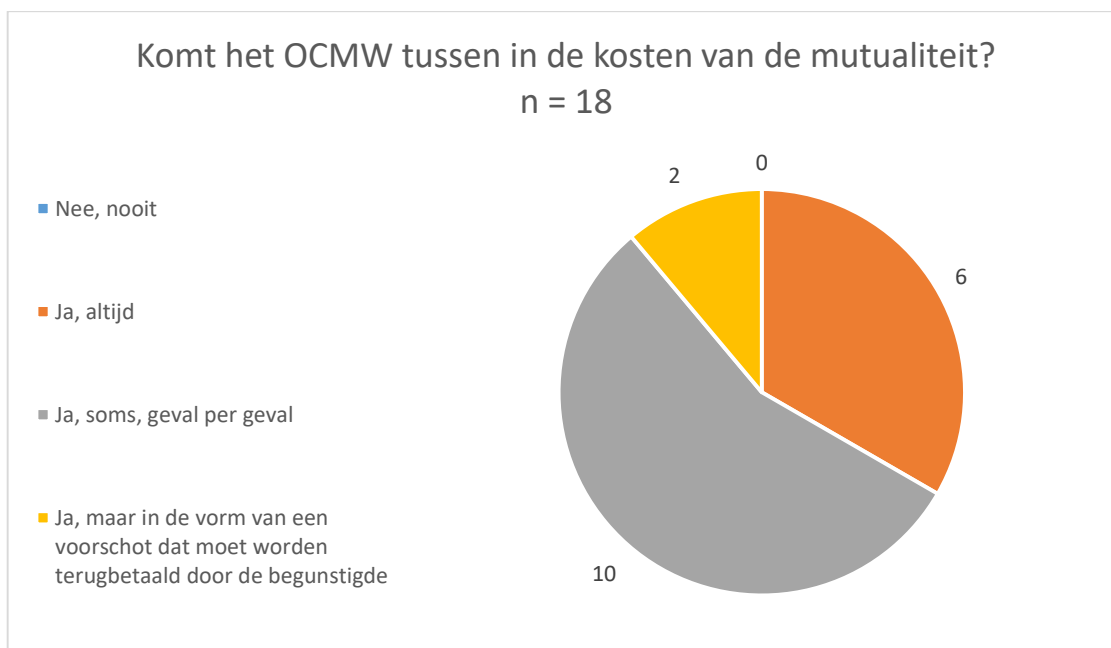
**Zoals vermeld in de nota van de Federatie van Brusselse OCMW's van 2019<sup>64</sup> :** « *Voor onvermogenen die niet de Belgische nationaliteit hebben en niet in het bevolkingsregister zijn ingeschreven, komt de federale overheid tussen in de aansluitings- en bijdragekosten betaald aan een verzekeringsinstelling in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, alsook in het kader van de aanvullende verzekering* » en « *Voor de andere begunstigen, waaronder leefloners, betaalt de federale overheid niet de kosten terug van de betaling van de bijdragen, noch voor de verplichte noch voor de aanvullende verzekering, net zoals voor de regularisatiekosten of aanvullende bijdragen, vooral voor (gewezen) zelfstandigen met een betalingsachterstand van meer dan twee jaar* ». De OCMW's krijgen dus te maken met een administratieve en financiële last om deze personen in regel te brengen met de mutualiteiten, en dit is iets waarin de federale overheid niet tussenkomt. Dit is de reden waarom wij vroegen naar de effectieve terugbetaling door de OCMW's aan deze doelgroepen.

---

<sup>63</sup> « Groenboek over de toegang tot gezondheidszorg in België », *op.cit.*, p68.

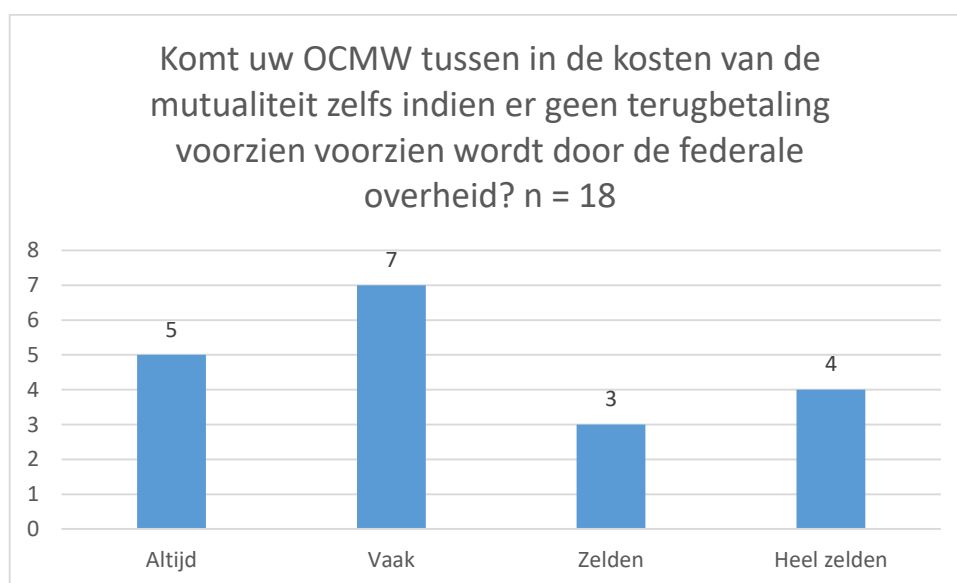
<sup>64</sup> « Federaal Memorandum 2019 », Federatie van Brusselse OCMW's, p 18.

**11 van de 18 OCMW's komen « soms, afhankelijk van het geval » tussen in de kosten van de mutualiteiten. 2 OCMW's doen dit ook « maar dan in de vorm van een voorschot dat door de begunstigde moet worden terugbetaald ». 5 OCMW's doen dit « altijd ».**



Indien zij tussenbeide komen, doen 10 op 18 OCMW's dit « voor gewone bijdragen »; 16 op 18 OCMW's doen dit « voor achterstallige gewone bijdragen »; 10 op 18 OCMW's « voor aanvullende verzekeringen ». « Achterstallige aanvullende bijdragen » worden gedekt door alle OCMW's, behalve 4. Er zijn 16 OCMW's die tussenkomen voor « sociale bijdragen van zelfstandigen ». Slechts 1 OCMW komt tussen met betrekking tot de « zorgverzekering ». 2 OCMW's komen tussen « voor bijdragen aan het reservefonds » en 2 OCMW's « voor bijdragen van de hospitalisatieverzekering ».

**Indien er geen terugbetaling is van de federale overheid voor de kosten van de mutualiteit, komen 11 OCMW's nog steeds « vaak » of « altijd » tussenbeide. 3 doen dit « zelden » en 4 « heel zelden ».**

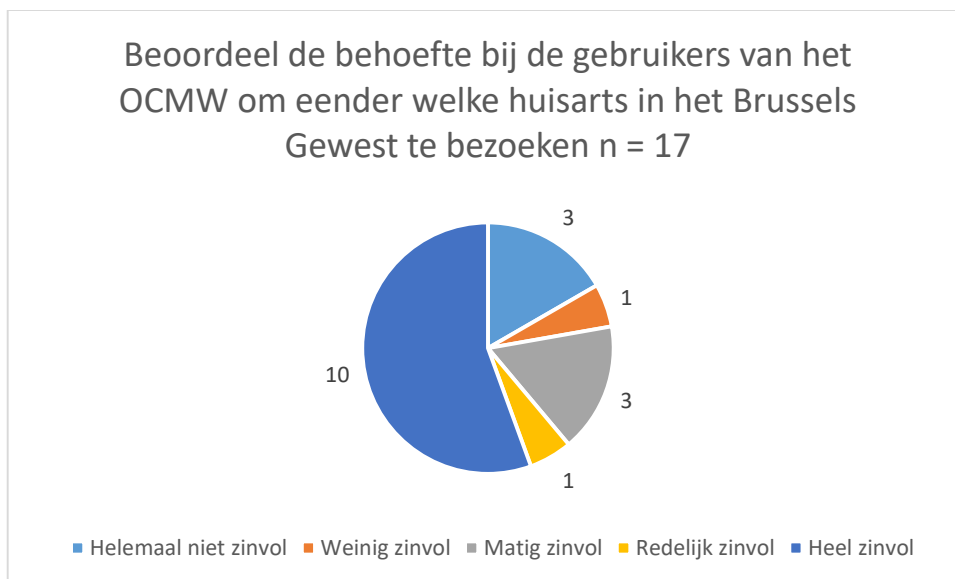


## Vragen over de harmonisatie van de werkwijzen

Dit onderdeel werd volledig anoniem geanalyseerd, en de lezer kan dus niet zien om welke OCMW's het gaat. Er werd immers gevraagd naar de persoonlijke mening van degene die de enquête invulde, zonder dat deze gepubliceerd zou worden. Eén persoon wilde deze vragen niet beantwoorden omdat ze politiek getint waren.

## Toegang bieden tot alle artsen in het Gewest

Met de eerste vraag wilden we nagaan of het zinvol is om de gebruikers van de OCMW's de mogelijkheid te bieden om zich te wenden tot eender welke huisarts in het Brussels Gewest.



10 OCMW's vinden het « heel zinvol », 1 persoon « redelijk zinvol » en 2 personen « matig zinvol ». Een meerderheid van de bevroagden is dus te vinden voor deze optie in de toekomst. 3 mensen vonden het « helemaal niet zinvol » en 1 persoon « weinig zinvol. ».

Op de vraag waarom ze op deze manier geantwoord hebben, verduidelijken de personen die dit « heel zinvol » vinden dat het gaat om « het belang van de vrije keuze van de patiënt » (3 personen), « respect voor de individuele vrijheid en autonomie » (1 persoon), « de vrijheid om een arts te kiezen: geslacht, gesproken taal, arts die de patiënt al jaren kent, huisarts, dicht bij huis, school of werk » (1 persoon). Een andere persoon bevestigt dit en benadrukt « de vrije keuze van de patiënt – het feit dat de patiënt niet elke keer van arts dient te veranderen als hij verhuist – het feit dat de patiënt naar een arts kan gaan die zijn taal spreekt ». Een ander bevestigt: « De vertrouwensrelatie tussen een patiënt en zijn arts(en) moet worden behouden. Met welk recht zou het OCMW deze bevoorrechte relatie verbreken die zo belangrijk is voor de therapeutische opvolging? Hetzelfde geldt voor apotheken en ziekenfondsen. De vrije keuze (van de zorgverlener) staat ook nog in de organieke wet ». Een andere persoon geeft aan dat dit interessant is « voor mensen die verhuizen en die al een band hebben met een huisarts » en dat « het goed is om hun dokter te kunnen blijven zien, en dat het belangrijk is dat iedereen een huisarts heeft (voor het Globaal Medisch Dossier) ». Een persoon die het idee « heel zinvol » vindt, legt uit: « zolang de dokter het RIZIV-tarief toepast, zie ik niet in waarom de gebruiker niet naar een dokter van zijn keuze in het Brussels Gewest zou kunnen gaan ».

Iemand die het idee « matig zinvol » vindt, zegt dat « verplaatsingen vermeden worden. Het is nuttig om een lokale huisarts te hebben. » Een andere persoon zegt dat het « heel zinvol is voor wat betreft toegankelijkheid tot de zorg, maar niet erg zinvol voor wat betreft de administratieve afhandeling.



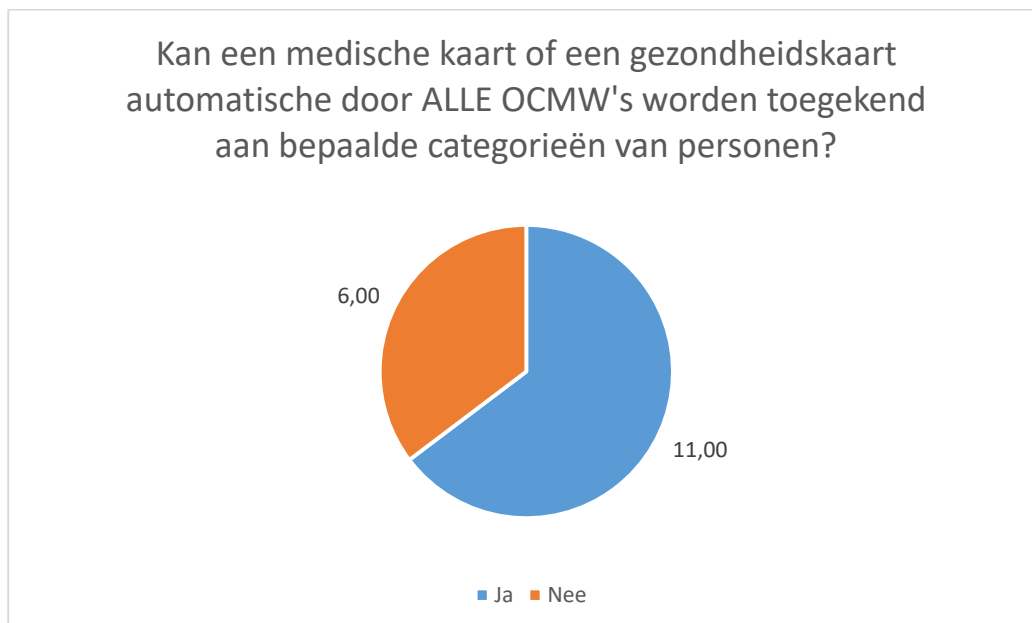
*Indien huisartsen echter buiten de gemeente werkzaam zijn, dan kan dit het werk bemoeilijken van de sociaal assistenten die in sommige gevallen proberen samen te werken met deze huisartsen ».*

Personen die dit niet of weinig zinvol vinden, geven aan dat ze « *een gezondheidsbeleid hebben waarin nabijheid belangrijk is* » of dat ze beschikken over « *een medisch centrum met een huisarts dat het hele jaar door geopend is van maandag tot vrijdag* ». Nog andere personen die het idee niet genegen zijn, zijn van mening dat « *het OCMW beschikt over een groot aantal geconventioneerde artsen, en dat het op eenvoudig verzoek van de arts mogelijk is om deze arts aan de lijst toe te voegen (beslissing van het BCSD)* ».

Het is interessant om deze antwoorden te vergelijken met het al dan niet sluiten van conventies of erkenningen met huisartsen. 4 OCMW's die geen conventies of erkenningen aangaan, vinden het idee « *heel zinvol* », net zoals 1 OCMW dat conventies of erkenningen sluit met alle huisartsen in het Brusselse Gewest. Dit zijn dus OCMW's die de patiënt al een vrije keuze laten. 1 OCMW dat het idee « *heel zinvol* » vindt, gaat echter alleen conventies of erkenningen aan met artsen in de eigen gemeente of naburige gemeenten. Dit suggereert de bereidheid om te evolueren naar bredere samenwerkingsverbanden met huisartsen. 2 OCMW's gaan akkoord met het voorstel en sluiten enkel conventies met de huisartsen in de eigen gemeente en 2 OCMW's met de artsen van de aangrenzende gemeenten of in het Brusselse Gewest die met het OCMW willen samenwerken.

## Een automatische medische kaart of gezondheidskaart voor sommige begunstigden

**Elf personen die deelnamen aan het onderzoek zijn van mening dat « een medische kaart of een gezondheidskaart automatisch door alle OCMW's zou kunnen worden toegekend aan bepaalde categorieën van personen in het bijzonder ». Zes anderen waren het hier niet mee eens. Eén persoon wenste deze vraag niet te beantwoorden.**



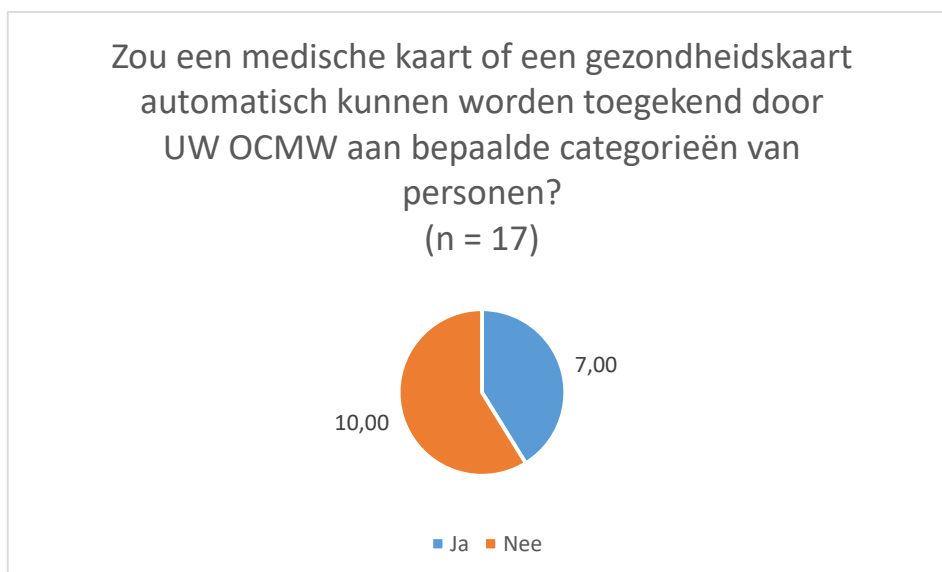
Personen (3 personen) die deze vraag bevestigend beantwoordden, vinden vooral dat « **de begunstigden van het LL en het ELL** » tot de categorie van personen behoren die recht hebben op een medische kaart. Eén persoon geeft aan dat het moet gaan om « *begunstigden van het LL of ELL of met een plafond van 10% boven het LL of ELL* ». Dit plafond wordt ook vernoemd door iemand anders die

vindt dat « *het systeem automatisch moet zijn voor alle begunstigden van het (E)LL, en voor ontvangers van sociale uitkeringen (werkloosheidsuitkering, ziekenfonds, pensioen), maar wel geplafonneerd (bijvoorbeeld 110% van het LL)* ». Een ander ziet het plafond hoger: de medische kaart moet automatisch zijn « *voor personen die het LL of ELL krijgen, voor personen met een inkomen dat lager ligt dan of gelijk is aan 150% van het LL* ». Eén persoon zei dat het moet gaan om « *begunstigden van het LL/ELL die in regel zijn met het ziekenfonds omwille van administratieve vereenvoudiging met betrekking tot de toegang tot een elementaire zorg voor mensen met een laag inkomen* ».

Bij de personen die deze vraag bevestigend – maar iets minder gedetailleerd – beantwoordden, zou één persoon automatisch de kaart geven aan « *personen met onvoldoende middelen voor curatieve en preventieve zorg (inkomensplafond)* », maar zonder te vermelden wat dit plafond zou zijn. Een andere persoon vermeldt ook geen barema, maar is van mening dat de kaart moet worden gegeven « *aan personen bij wie een staat van behoefte is vastgesteld* ». Eén persoon vond ook dat dit het geval zou moeten zijn « *afhankelijk van de nood, preventief* ». Tot slot is nog een andere persoon van mening dat de kaart automatisch moet worden toegekend « *aan personen die zich moeilijk kunnen verplaatsen*».

Voor personen die nee hebben geantwoord op deze vraag (6 personen), merkt er één het volgende op: « *Systematische sociale bijstand voedt organisatorische belangen van de OCMW's, en niet de belangen van de gebruikers. Het is de verantwoordelijkheid van de OCMW's om de middelen in te zetten om snel en doeltreffend te reageren op elke situatie die zich voordoet; door middel van sociale hulp* ». Een andere persoon wijst op de noodzaak om « *beslissingen geval per geval te nemen* » en nog iemand anders op de toegevoegde waarde van een « *sociaal onderzoek geval per geval* ». Twee andere mensen bevestigen dit: « *individualisering van de sociale bijstand en analyse per geval - geen automatische toekenning* » en « *Belang om beslissingen op individuele basis te nemen, om automatiseren te vermijden.* » Het is dus vooral de vrees om mensen in categorieën op te delen die deze OCMW's bezighoudt. Het is zo dat automatische toekenning ingaat tegen de autonomie van de OCMW's om mensen te helpen volgens de staat van behoefte, behalve indien automatische toekenning aan sommigen een beslissing geval per geval voor anderen niet uitsluit.

Wanneer de mensen daarentegen wordt gevraagd of een medische kaart of een gezondheidskaart automatisch door hun OCMW's kan worden toegekend aan bepaalde categorieën van personen in het bijzonder (andere categorieën dan degene die reeds door hun OCMW's zijn voorzien), zijn de antwoorden enigszins gemengd. 7 mensen antwoordden hier "ja", en 10 mensen "nee".



4 personen hadden « ja » geantwoord op de vraag of de toekenning van een medische kaart of gezondheidskaart voor alle OCMW's automatisch moest gebeuren, en zij bevestigden hun keuze met betrekking tot de automatische toekenning van een medische kaart of gezondheidskaart voor hun OCMW. Een andere persoon gaf aan dat dit zou moeten zijn « *voor mensen die zich moeilijk kunnen verplaatsen* ». Een andere persoon is van mening dat dit « *automatisch zou moeten zijn voor alle begunstigden van een (E)LL en ontvangers van sociale uitkeringen (werkloosheidsuitkeringen, ziekenfonds, pensioen), maar wel geplafonneerd (bijvoorbeeld 110% van het LL), en dit door het dagelijks economisch gemiddelde af te schaffen* ». Een ander stelt voor om dit te doen « *als de medische kosten aanzienlijk en bewezen zijn, of als het huishouden aanzienlijke schulden heeft* ».

3 mensen die van mening waren dat dit niet voor alle OCMW's mogelijk was, antwoordden bevestigend met betrekking tot hun eigen OCMW. Eén persoon vindt dat een medische kaart of een gezondheidskaart automatisch kan worden toegekend aan « *niet-MediPrima illegalen, hetgeen we momenteel niet doen. Voor deze personen werken we uitsluitend met betalingsverbintenissen.* » Een andere persoon zei dat dit mogelijk zou kunnen zijn « *voor mensen die een LL ontvangen, en op preventieve basis* ». Een andere persoon zei dat dit mogelijk zou kunnen zijn « *voor chronisch zieken* ».

De 3 personen die zowel op gewestelijk niveau als op het niveau van hun eigen OCMW "nee" hebben geantwoord, geven aan dat er « *nood is aan een sociaal onderzoek dat elk geval meer in detail bekijkt* » of dat « *er sprake kan zijn van misbruik* ».

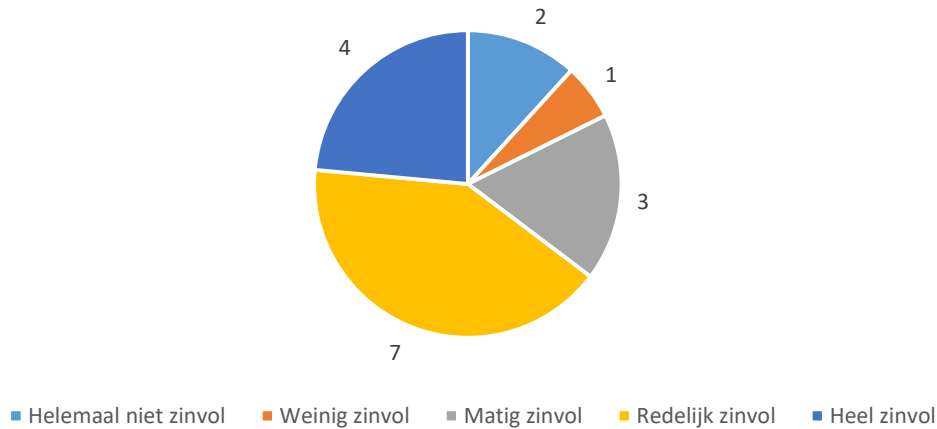
De mensen die op Gewestelijk niveau "ja" hebben geantwoord, en "nee" met betrekking tot hun eigen OCMW, geven aan dat « *een sociaal onderzoek nodig is om de staat van behoefte te bepalen* » en dat « *dit geval per geval moet worden bekeken* ». Eén persoon is van mening dat dit voor alle OCMW's het geval moet zijn, anders bestaat er een zeker risico: « *Zonder harmonisatie van de toegang tussen OCMW's, risico om te shoppen onder de OCMW's, onbegrip bij het publiek ... afhankelijk van de systemen die elk OCMW toepassen* ». Eén persoon geeft aan dat « *dit automatisch zo is voor ontvangers van het LL of het ELL, maar dat dit voor de rest geval per geval bekeken moet worden* ».

## Een gemeenschappelijke conventie met alle huisartsen

Een andere manier om de praktijken van de OCMW's te harmoniseren zou erin bestaan een gemeenschappelijke conventie te sluiten met alle huisartsen van het Gewest.



Lijkt het nuttig om een gemeenschappelijke conventie te sluiten met alle huisartsen en alle OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest? (n = 17)



**4 personen vinden het idee « heel nuttig » en 7 mensen vinden het « redelijk nuttig » (11 heel of redelijk nuttig). 3 mensen vinden het « gemiddeld nuttig ». Slechts 3 mensen vinden dit « helemaal niet nuttig » of « weinig nuttig ».**

De respondenten die dit « heel nuttig » vinden, zeggen dat « dit het werk van iedereen zou vergemakkelijken en harmoniseren », dat er een « vereenvoudiging van procedures en taken » zou zijn, of dat dit zou leiden tot een « administratieve vereenvoudiging voor de OCMW's, de gebruikers en de artsen ». Een persoon wijst erop dat « alle dokters de eed van Hippocrates hebben afgelegd ».

Personen die dit een « redelijk nuttige » maatregel vonden, zijn van mening dat de procedure voordelig zou zijn: « indien alle OCMW's op dezelfde manier zouden werken, zou dat veel verwarring voorkomen bij gebruikers die vaak naar andere gemeenten verhuizen ». Een andere persoon verklaarde: « Dit zou de vrije keuze van de arts voor de begunstigen vergemakkelijken. Het zou de continuïteit van de opvolging bij een verhuis ten goede komen ». Toch zijn er een aantal kanttekeningen: « toegang tot SINCRHO<sup>65</sup> moet mogelijk zijn » en « een verwijzende arts moet hiervan op de hoogte zijn ». Een andere opmerking van een deelnemer was dat dit moet gebeuren « op voorwaarde dat deze conventie geen nivellering naar beneden inhoudt (om toch maar het akkoord van iedereen te krijgen). Het zou immers zinloos zijn indien de sociaal assistent zijn tijd moet besteden aan het maken van rapporten over afwijkingen van wat niet door de conventie wordt gedekt ». Een andere persoon wees er ook op dat de maatregel zeer nuttig zou zijn « in geval van verhuis van de aanvrager - geen nieuwe conventie te ondertekenen, enz. ». Een andere persoon bevestigt dat dit moet gebeuren rekening houdend met « de mobiliteit van mensen en in naburige gemeenten ». Tot slot wijst een vrij overtuigd persoon erop dat « dit momenteel onmogelijk is vanwege de grote verschillen tussen de verschillende OCMW's. Nadat de regelgeving vereenvoudigd is, zou dit meer duidelijkheid kunnen geven aan artsen, wat zeer positief is ».

Twee mensen die « gemiddeld nuttig » hebben geantwoord op deze vragen, zeggen: « Wij pleiten voor plaatselijke gezondheidszorg en samenwerking met artsen. We zien de artsen en de medische huizen vaak. Deze aanpak kan deze banden verbreken » of « omdat ons dispensarium al een lijst van artsen

<sup>65</sup> Informaticasysteem van de vorderingen van ziekenhuizen

*op het grondgebied heeft. Onze begunstigden blijven meestal in onze gemeente en verkiezen deze nabijheid ».*

Bij de personen die het idee « *weinig nuttig* » vinden, zijn de meningen verdeeld. Eén persoon merkt op dat het positief zou zijn « *omdat artsen een beter zicht zouden hebben op de werking van het OCMW, en dit zou leiden tot een homogene aanpak die in het voordeel is van de patiënt* ». Een negatief punt zou de moeilijkheid zijn « *om de financiering van de zorgverlening af te stemmen (een punt dat veel wordt besproken in het BCSD) op individuele sociale situaties en op de erg uiteenlopende en gevarieerde visie van de beleidmakers* ». De twee respondenten die antwoordden dat dit helemaal niet nuttig was, verklaren dat zij voorstander zijn van « *vrije keuze van de huisarts* », of dat « *het publiek van gemeente tot gemeente verschilt* ».

Van de OCMW's die het idee « *heel nuttig* » of « *redelijk nuttig* » vonden, hebben 2 OCMW's geen conventie of erkenningen met huisartsen. 2 OCMW's sluiten deze af met « *alle huisartsen in België* ». 4 OCMW's sluiten deze af met « *huisartsen in het Brussels Gewest die met het OCMW willen samenwerken* ». Ze beschikken al over redelijk uitgebreide conventies en erkenningen. Anderzijds sluiten 3 OCMW's momenteel enkel conventies of erkenningen af met de « *huisartsen van de gemeente van het OCMW* ». 3 OCMW's die het idee « *gemiddeld nuttig* » vinden, sluiten alleen conventies of erkenningen met « *de huisartsen van de gemeente van het OCMW* ». We zien dus zeker de wil om samen te werken met meer huisartsen. De overige twee OCMW's vinden het voorstel « *weinig nuttig* » of ook « *gemiddeld nuttig* » en sluiten geen conventies of erkenning met huisartsen af. Dit is een duidelijk voorbeeld van de tweespalt tussen twee verschillende beleidslijnen en principes. Sommigen willen conventies sluiten met alle huisartsen in het Gewest, anderen zijn hier niet voor te vinden. Deze twee principes hebben met elkaar gemeen dat ze de vrije huisartskeuze van de begunstigde voor ogen houden.

## Wat moet er staan in een gemeenschappelijke conventie voor elk OCMW?

We hebben aan de respondenten van de enquête gevraagd wat er in een dergelijke conventie, indien deze zou bestaan, zou moeten staan.

**De zaken die hier vooral moeten instaan, zijn de volgende (aangegeven door meer dan 70% van de personen die geantwoord hebben):**

- Nagaan of de patiënten beschikken over een betalingsverbintenis of medische kaart
- Voorschrijven van medicijnen die terugbetaald worden door het RIZIV
- Aanleggen van GMD<sup>66</sup>
- Enkel voorschrijven van geneesmiddelen D die vermeld staan op de lijst van de Federatie van Brusselse OCMW's
- Derdebetalersregeling toepassen
- Artsen aanmoedigen om generieke geneesmiddelen en in de vorm van INN (International Nonproprietary Name) voor te schrijven
- De goedkoopste medicijnen voorschrijven
- De huisarts moet de patiënt doorverwijzen naar het OCMW als deze niet beschikt over een medische kaart of een betalingsverbintenis als de zorg niet dringend is
- Bestaan van de mogelijkheid om de conventie op te zeggen door de huisarts of het OCMW.

---

<sup>66</sup> Globaal Medisch Dossier

Aan de volgende zaken hechten de OCMW's iets minder belang in een dergelijke conventie (tussen 50 en 65% van de antwoorden):

- Mogelijkheid om de patiënt door te verwijzen naar een ziekenhuis, maar dan enkel een ziekenhuis van het IRIS-netwerk
- De huisarts moet (op de betalingsverbintenis, medische kaart, enz.) de mogelijkheid aangeven om in bepaalde gevallen (voor bepaalde aandoeningen) af te wijken van het goedkoopste geneesmiddel
- De huisarts moet het attest van dringende medische hulp bewaren
- De huisarts moet gedragingen aanmoedigen bij de gebruiker die diens welzijn en gezondheid bevorderen
- De huisarts moet het OCMW op de hoogte brengen bij een vermoeden van misbruik van geneesmiddelen

De volgende punten werden door weinig OCMW's aangeduid (20 à 45% van de antwoorden)

- Mogelijkheid om betalingsverbintenissen te maken, maar alleen bij gespecialiseerde artsen die een conventie hebben met het OCMW.
- De huisarts moet verwijzen naar de activiteiten die door de OCMW's georganiseerd worden rond gezondheid (discussiegroepen, activiteiten, opleidingen voor kinderen, enz.)

Sommige elementen werden vermeld door sommige OCMW's zelf (niet opgenomen in de voorstellen van de vragenlijst):

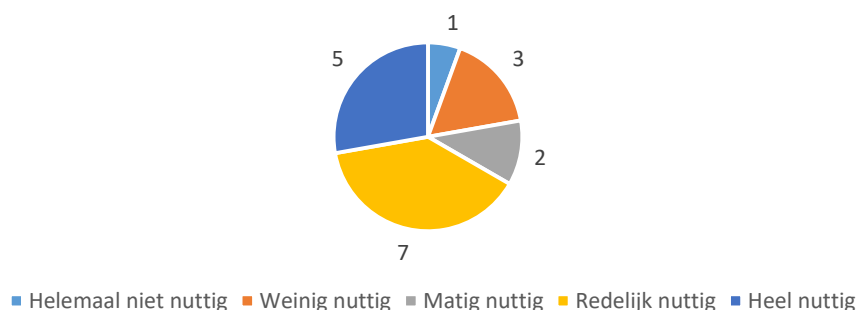
- Terugbetalen van de eerste prestatie in het kader van de Dringende Medische Hulp (op voorwaarde dat de aanvraag hiervoor binnen de 5 dagen na deze eerste consultatie wordt ingediend).
- Bepalen van een procedure voor conventies waarin aan artsen gevraagd wordt om het volgende voor te leggen: hun diploma, bewijs van goed gedrag en zeden, het RIZIV-erkenningsnummer, de gesproken taal of talen, en de plaats waar de consultaties plaatsvinden.
- Opnemen van een clausule ter omkadering van de vakbekwaamheden en opleidingen.
- Misbruik van medicijnen: het OCMW verwittigen, en dit niet om een financiële « sanctie » op te leggen door het niet langer terugbetalen van de medicatie, maar door de sociaal assistent te wijzen op het gevaar dat bestaat voor de gebruiker, en te zien wat hieraan gedaan kan worden.
- Communicatieprocedure in geval van een vroegtijdig vervallen van de geldigheid van de kaart of betalingsverbintenis.

## Gemeenschappelijke conventie met alle apotheken in Brussel

**5 personen zijn van mening dat het « heel nuttig » zou zijn om « een gemeenschappelijke conventie met alle Brusselse apotheken en alle OCMW's van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest » af te sluiten. 7 andere mensen vinden dit « redelijk nuttig ». 4 mensen vinden het idee « helemaal niet » (1 respondent) of « weinig nuttig » (3 respondenten).**



Evalueer het nut van het sluiten van een gemeenschappelijke conventie met alle apotheken in Brussel en alle OCMW's in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (n=17)



Eén persoon die dit idee heel nuttig vond, verklaarde dat dit zou leiden tot « *administratieve vereenvoudiging voor OCMW's, gebruikers en apothekers* ». Een andere persoon zei dat dit « *het werk van iedereen zou vergemakkelijken en harmoniseren* ». Nog iemand anders heeft het ook over « *vereenvoudiging* ».

Een persoon die dit « *redelijk nuttig* » vond, legt uit dat « *gebruikers op die manier meteen naar de apotheek kunnen gaan, zonder dat ze naar het OCMW hoeven te gaan (behalve illegalen)* ». Een andere persoon vond dat een conventie met de apotheken « *realistischer zou zijn dan een conventie met artsen* ». Twee van de mensen die de maatregel als « *redelijk nuttig* » beschouwden, hadden een aantal voorwaarden. Eén persoon zegt dat dit zou kunnen « *op voorwaarde dat er, net als voor artsen, een referentie-apotheek is* ». Nog iemand anders zegt dat « *deze conventie geen nivellering naar beneden mag inhouden (om toch maar het akkoord van iedereen te krijgen). Het zou immers zinloos zijn indien de sociaal assistent zijn tijd moet besteden aan het maken van rapporten over afwijkingen van wat niet door de conventie wordt gedekt* ». Deze persoon had dit ook al aangegeven op de vraag over een gemeenschappelijke conventie met de huisartsen. Een andere persoon wees erop dat « *een geharmoniseerde regelgeving zou leiden tot meer duidelijkheid, hetgeen zeer positief zou zijn* ».

De persoon die gematigd voorstander is van dit voorstel is van mening dat er een « *risico op farmaceutisch toerisme* » bestaat.

Twee van de drie respondenten die dit « *weinig nuttig* » vinden, zeggen dat het « *voor de aanvrager geen zin heeft om zich te verplaatsen naar de andere kant van de stad om zijn medicijnen te kopen* », of dat het « *weinig nuttig is omdat de begunstigden het gewoon zijn om naar de apotheek in hun buurt te gaan (vertrouwenrelatie)* ». De derde vindt het een probleem « *dat elk OCMW momenteel een ander gezondheidsbeleid heeft en dat dit het werk van de apotheken zeer moeilijk maakt* ». Het OCMW dat het idee « *helemaal niet nuttig* » vindt, geeft aan dat het OCMW onlangs een overheidsopdracht heeft uitgeschreven voor samenwerking met een farmaceutische groep.

4 OCMW's die het idee « *heel nuttig* » vinden, hebben op dit moment geen conventies of erkenningen met apotheken, en dus kunnen er op dit vlak nog een aantal zaken evolueren. 2 zijn al bezig met het sluiten van conventies. 2 OCMW's die het idee « *redelijk nuttig* » vinden, sluiten geen conventies of erkenningen af met apotheken, terwijl dat wel al het geval is voor 4 andere. Ook hier lijkt het voorstel vooral interessant te zijn voor de OCMW's die dit niet doen, en versterkt het voorstel de overtuiging om op deze manier verder te werken bij de OCMW's die dit beleid al hebben ingevoerd. Het OCMW

dat het idee « *gemiddeld nuttig* » vindt, heeft al conventies met apotheken. 3 OCMW's die geen enkele conventie of erkenning hebben, vinden het idee « *helemaal niet nuttig* », waarschijnlijk omdat ze hun patiënten toelaten om te gaan waar ze willen. 1 OCMW dat het idee « *weinig nuttig* » vindt, maakt erkenningen met apotheken. Dit OCMW geeft aan dat de OCMW's een te verschillend beleid voeren om tot een gemeenschappelijke conventie te komen.

## Wat moet er staan in de conventies met apotheken?

**Op de vraag wat er in een dergelijke conventie zou moeten staan indien deze bestond, geeft meer dan 70% van de deelnemers de volgende punten aan:**

- De apotheken eraan herinneren om de patiënt generieke geneesmiddelen te geven
- De apotheken eraan herinneren om gebruik te maken van de lijst van geneesmiddelen D van de Federatie van Brusselse OCMW's
- Een termijn voor het verzenden van de factuur naar de OCMW's
- Een termijn voor de betaling van de factuur door de OCMW's
- De noodzaak om te controleren of de persoon een betalingsverbintenis of een gezondheidskaart heeft
- De apotheken eraan herinneren dat zij het OCMW op de hoogte moeten brengen bij een vermoeden van misbruik van medicijnen

55% à 65% van de mensen hebben de volgende punten aangegeven:

- de noodzaak om na te gaan of de persoon wel degelijk naar de referentie-apotheek is gegaan (bv. zoals vermeld op de gezondheidskaart)
- De prijs die per verpakking betaald moet worden
- Een korting toegekend voor bepaalde geneesmiddelen

Eén persoon verklaarde dat er een « *communicatieprocedure moet komen bij een vroegtijdig vervallen van de kaart of de betalingsverbintenis* ». Een andere persoon stelde ook het volgende voor: "*Voor wat betreft het attest van DMH dat aanleiding geeft tot de verstrekking van geneesmiddelen, moet de apotheker een kopie van het attest bewaren en het origineel bij zijn factuur voegen* ».



## Conclusie kwantitatief onderzoek

Een van de eerste lessen van dit kwantitatieve onderzoek, en zeker niet de minste, is dat er een soort van harmonisering van de werkwijzen van de OCMW's bestaat op het vlak van gezondheidszorg. Zij betalen immers het remgeld voor hun gebruikers die in regel zijn met het ziekenfonds en het RIZIV-tarief voor de anderen. Bovendien dekken de meeste OCMW's zelfs een groter bedrag, met name de geneesmiddelen D op de lijst van de Federatie van Brusselse OCMW's, en soms, met akkoord van het Comité, de supplementen (bv: zuigelingenmelk). Bovendien stellen de meeste OCMW's het recht automatisch open voor mensen met een LL of ELL, aangezien zij een inkomen hebben dat onder de armoedegrens ligt.

Het grote verschil tussen de OCMW's is de manier waarop het recht op terugbetaling van de gezondheidszorg wordt geopend na het sociaal onderzoek. Sommige baseren zich hiervoor op een budgetplan, andere op een berekening van een economische coëfficiënt, nog andere op een drempelwaarde van beschikbare middelen voor zowel de algemene gezondheidszorg als voor geneesmiddelen. Dit gebeurt uiteraard zonder dat dit ingaat tegen het sociale onderzoek, hetgeen betekent dat mensen met een inkomen uit arbeid toch toegang kunnen krijgen tot hulp indien het onderzoek een reële behoefte van de persoon aantoonst.

Een tweede les van het kwantitatieve onderzoek is dat de meeste OCMW's een medische kaart of gezondheidskaart (die de medische en farmaceutische kosten dekt) toekennen aan hun begunstigden. Deze dekken de zorg van een huisarts, soms een apotheker, en bij sommige OCMW's ook bepaalde specialisten op voorwaarde dat zij het RIZIV-tarief hanteren, en/of geconventioneerd zijn. In plaats van een gezondheidskaart gebruiken sommige OCMW's liever een farmaceutische kaart, en nog andere gebruiken farmaceutische bonnen. Af en toe wordt een betalingsverbintenis ook voor algemene gezondheidszorg toegekend, maar vaak is dit het geval voor een eerste afspraak bij een arts of voor een specifieke handeling. Wij wijzen erop dat twee OCMW's uitsluitend werken met betalingsverbintenissen, behalve voor personen met beperkte mobiliteit en chronisch zieken. De duur van de toekenning in algemene gezondheidszorg bedraagt meestal 1 jaar bij de OCMW's, met maandelijks of driemaandelijks vernieuwing van de gezondheidskaart of medische kaart.

Slechts drie OCMW's laten in sommige gevallen de consultatie bij de huisarts betalen (1 euro voor iedereen, of een bepaald bedrag afhankelijk van de beschikbare middelen of het dagelijkse economische gemiddelde). Bij alle andere OCMW's is dit gratis (remgeld of RIZIV-deel zonder bijdrage van de gebruiker). Voor geneesmiddelen die door apotheken worden verstrekt, rekenen de meeste OCMW's hun gebruikers daarentegen een bepaald bedrag aan dat kan variëren (van 0,5 tot 1,5 euro per verpakking, of een maximumbedrag dat maandelijks wordt terugbetaald, een percentage van de factuur, enz.) Met deze praktijk willen ze gebruikers duidelijk maken dat zorg niet gratis is. Er kunnen echter wel nog een aantal zaken verbeterd worden op het vlak van harmonisatie van de praktijken, waarbij we er zeker voor moeten zorgen dat het alternatief een nivellering naar boven betekent voor de gebruikers (voorkeur voor gratis). Gebruikers die van de ene gemeente naar de andere verhuizen, begrijpen de verschillende manier van werken tussen de OCMW's maar moeilijk.

We wijzen erop dat de verschillen tussen de OCMW's in de praktijk veel groter zijn voor de farmaceutische kosten dan voor de huisartskosten. Sommige rekenen de prijs van de medicatie aan, andere niet. Sommige vragen hun begunstigden in sommige gevallen om het bedrag voor te schieten, andere niet. Sommige sluiten conventies af met apotheken, andere niet. Bij sommige kunnen de begunstigden naar eender welke apotheek gaan, en bij andere zijn zij verplicht om naar de apotheek te gaan die op de gezondheids- of farmaceutische kaart vermeld staat. Sommigen gebruiken zowel een

gezondheidskaart als een farmaceutische kaart of farmaceutische bonnen, afhankelijk van het type begunstigde en de ingediende aanvraag.

Een andere les van het kwantitatieve onderzoek is dat OCMW's vaak gebruik maken van ofwel conventies, ofwel erkenningen, ofwel informatiedocumenten die aan huisartsen worden verstrekt. Wij wijzen erop dat deze praktijken het mogelijk maken de administratieve lasten voor het OCMW (op het document staat de procedure die de arts moet volgen) te stroomlijnen, en gelijktijdig de taak van de artsen te vergemakkelijken. Alle OCMW's staan echter afwijkingen toe voor wat betreft de keuze van de huisarts door de begunstigde: de begunstigde kan zich tot een niet-geconventioneerde arts wenden indien het Comité daarmee instemt. Er is dus een vrije keuze van de huisarts. Conventies en erkenningen worden ook naar de apotheken gestuurd, zodat ook zij op de hoogte zijn van de OCMW-procedure (gebruiken van de gezondheidskaart, stofnaam, prijs per verpakking, uiterste datum voor de verzending van de factuur, enz.). De respondenten van het onderzoek waren voorstander van het sluiten van gemeenschappelijke conventies voor alle OCMW's met de huisartsen en, in mindere mate, met de apotheken. Er zouden ongeveer 1090 conventies zijn tussen een *Brussels* OCMW en een huisarts in België (een arts kan conventies hebben afgesloten met verschillende OCMW's in het Gewest). Het grootste probleem bij het afsluiten van conventies, zowel met huisartsen als met apothekers, is de terughoudendheid van deze laatsten om pas op een later moment door het OCMW te worden betaald.

Nog een les die we uit dit onderzoek kunnen trekken, is dat alle OCMW's werken met zowel IRIS-ziekenhuizen als privéziekenhuizen, maar niettemin de voorkeur geven aan openbare ziekenhuizen. De vrije keuze van de patiënt wordt echter door alle OCMW's gerespecteerd, op voorwaarde het ziekenhuis het RIZIV-tarief hanteert en er geen honorariumsupplementen worden gefactureerd.

Een van de verschillen tussen de OCMW's is het feit dat de huisarts de mogelijkheid heeft om betalingsverbintenissen voor zijn patiënten op te maken, zodat zij zich meteen tot de specialist kunnen wenden (zolang het RIZIV-tarief gehanteerd wordt, of het een geconventioneerde specialist is, bijvoorbeeld). Het zijn de grotere OCMW's die dit toestaan, en het lijkt erop dat het voor de kleinere OCMW's ingewikkelder is om op te zetten. Deze maatregel is het waard om meer in detail te bestuderen, aangezien het traject van de patiënt wordt vereenvoudigd, evenals de administratieve last van het OCMW (het toekennen van een betalingsverbintenis bij een nieuwe afspraak na de toekenning van de medische kaart of gezondheidskaart).

We merken ten slotte op dat de antwoorden op het vlak van harmonisatie van de werkwijzen vaak op hetzelfde neerkwamen. Het beste voorbeeld hiervan is de invoering van een gezondheids-/medische kaart voor een bepaalde categorie begunstigten. Dit moet vooral automatisch zijn voor de ontvangers van een LL of een ELL, en soms een verruiming daarvan (150% van het LL). De respondenten geven tegelijkertijd aan dat dit automatisme geen belemmering mag betekenen voor de andere begunstigten, die net niet aan deze voorwaarden zouden voldoen of, vooral, voor wie het sociaal onderzoek heeft aangetoond dat er een reële nood aan bijstand bestaat.

Hoewel uit het onderzoek blijkt dat er verschillende werkwijzen bestaan bij de OCMW's, kan er toch worden geconcludeerd dat er een gemeenschappelijke gedragslijn bestaat en dat er een mogelijkheid bestaat om tot een harmonisatie van de praktijken te komen. Ten eerste zou men kunnen trachten om medische en farmaceutische kaarten te voorzien die voor iedereen dezelfde zijn (van zodra de OCMW's het eens zijn over de voorwaarden voor de toekenning ervan). Daarnaast behoren gemeenschappelijke conventies met zowel de huisartsen als de apothekers tot de mogelijkheden, afhankelijk van essentiële voorwaarden waaraan moet worden voldaan (nagaan of de patiënt over een medische kaart beschikt, de factuur binnen een bepaalde termijn toesturen, RIZIV-tarief, derdebetalder, ...). Ten slotte bestaan

er conventies met de openbare ziekenhuizen van het IRIS-net (die van 1996 en 1998), maar deze kunnen worden uitgebreid naar de privéziekenhuizen indien zij alleen het RIZIV-tarief aanrekenen en geen honorariumsupplementen in rekening brengen (deze worden door geen enkel OCMW gedekt). Volgens onze informatie staan privéziekenhuizen niet weigerachtig tegenover het sluiten van een conventie met de OCMW's in het Gewest (vooral GIBBIS). De OCMW's zeggen ons dat zij in die richting willen evolueren. Een cruciaal punt in dit verband is de bepaling van de territoriale bevoegdheid van de OCMW's, die is vastgelegd in de wet van 2 april 1965<sup>67</sup>, maar die een afwijking toelaat in de conventies met het IRIS-netwerk (die niet meer wordt toegepast door alle OCMW's en de ondertekenende ziekenhuizen).



---

<sup>67</sup> Zie site POD MI: <https://www.mi-is.be/nl/wetgeving/wet-van-2-april-1965-betreffende-het-ten-laste-nemen-van-de-steun-verleend-door-de-ocmws>

## Participatief onderzoek: methode

Het participatieve onderzoek werd uitgevoerd met twee verschillende groepen, telkens gedurende anderhalve dag. De deelnemers werden geselecteerd zodat zowel kleine als grote OCMW's vertegenwoordigd waren. In totaal werkten 6 OCMW's in één groep en 8 andere in de tweede groep. 14 van de 19 OCMW's waren dus vertegenwoordigd. De methode was hoofdzakelijk gebaseerd op het boek « La méthode d'analyse en groupe » van Van Campenhoudt, Chaumont en Franssen<sup>68</sup>. Hoewel de methode aanraadt om gemiddeld drie dagen aan het onderzoek te besteden, zijn we er niet in geslaagd om OCMW-medewerkers voor een zo lange periode samen te brengen, vooral omwille van de werkdruk die hun functie met zich meebrengt.

Hetzelfde begeleidingscomité als dat voor het kwantitatieve onderzoek (Mevrouw C. Mahieu en mevrouw Ezakharova van de ULB, mevrouw Casman van de ULg en de heer Lahaye van de UMons) heeft het werk van begin tot eind opgevolgd, tot aan het opmaken van het verslag en de conclusies ervan. Het participatieve onderzoek zelf werd begeleid door Fanny Dubois, secretaris-generaal van de Federatie van Medische Huizen. De onderzoekers waren mevrouw Cécile Daron (Federatie van Brusselse OCMW's) en Elena Zakharova (stagiair aan de ULB – École de santé publique), en de heer Maxime Mori (stagiair bij Solidaris).

Aan het begin van de eerste dag met elke groep stelde iedereen rond de tafel zich eerst voor. De onderzoekers en de begeleider legden vervolgens hun rol uit. Het thema van de dag was « *toegangsdrempels tot de gezondheidszorg voor OCMW-gebruikers als gevolg van een gebrekkige harmonisatie van de werkwijzen en het beleid van de 19 Brusselse OCMW's* ». Gedurende de twee dagen keek de begeleider erop toe dat de groep de deontologische regels respecteerde, zorgde zij ervoor dat iedereen zich volledig anoniem kon uiten (noch de namen van de deelnemers, noch de OCMW's waaraan ze verbonden zijn, zullen in het rapport worden opgenomen of kunnen worden afgeleid op basis van de tussenkomsten), en zorgde zij ervoor dat « er een gevoel van rechtvaardigheid heerste bij de deelnemers »<sup>69</sup>. De basisregels waren: bij de feiten blijven en alleen bij de feiten (analyse van de feiten), een « deelnemer niet aanvallen », « deelnemen aan de gehele dag » en « niet blijven hameren op de visie of de tendens vanuit zijn/haar instelling »<sup>70</sup> (OCMW). De onderzoekers waren « het geheugen van de dag », verantwoordelijk voor de inhoud. Tijdens de eerste dag hebben zij nota genomen van de opmerkingen van de deelnemers, maar hebben zij niet gereageerd op hun opmerkingen, tenzij hetgeen gezegd werd niet duidelijk genoeg was voor het maken van de nota's. Op deze manier was er sprake van een zogenaamde "bottom-up" analyse, d.w.z. dat onderzoekers niet proberen om één of meer hypothesen op te leggen, maar de groep « zelf te brengen tot inzichten over hun eigen ervaringen »<sup>71</sup>, en tot hun eigen (veronder)stellingen en voorstellen met betrekking tot het onderzoeksthema te brengen.

De deelnemers ondertekenden allemaal een vertrouwelijkheidsverklaring. Alles wat er werd gezegd, mocht niet naar buiten gebracht worden. Daarnaast werd hen gevraagd of de gesprekken mochten worden opgenomen, om het schematische werk van de onderzoekers op de tweede dag te

---

<sup>68</sup> L. VAN CAMPENHOUDT, J-M. CHAUMONT, A. FRANSSSEN, « La méthode d'analyse en groupe. Application aux phénomènes sociaux », editie DUNOD, Parijs, 2005.

<sup>69</sup> *Ibidem*

<sup>70</sup> *Ibidem*

<sup>71</sup> *Ibidem*

vergemakkelijken. Enkel de geselecteerde conversaties werden letterlijk getranscribeerd. De overige gesprekken werden samengevat in dit document.

De begeleider herinnerde ook aan een paar regels zoals het « consensusbeginsel »<sup>72</sup> (er wordt gestreefd naar overeenstemming op basis van argumenten, maar het is niet de bedoeling om een akkoord te vinden over één enkele interpretatie, maar veeleer over een formulering van de meningsverschillen binnen de groep) en « het beginsel van vrijheid en gelijkheid van deelnemers »<sup>73</sup> (de hiërarchische positie van de deelnemers heeft geen enkele invloed, aangezien iedereen op gelijke voet wordt geplaatst).

Vervolgens hebben de onderzoekers uitgelegd dat het werk gebaseerd zal zijn op verhalen om de analyse vooruit te helpen. De verhalen die de deelnemers moesten vertellen dienden te gaan over het onderzoeksthema, over een zaak die de deelnemer echt heeft meegemaakt, en die zich gedurende een bepaalde periode afspeelde, met gebeurtenissen en verschillende partijen.

Nadat iedereen zijn verhaal had gebracht, werd er in elke groep een stemming gehouden. Vervolgens werden de twee verhalen met de meeste stemmen nog eens uitgebreider verteld door hun respectieve vertellers, en konden de deelnemers vragen stellen en reageren op de situatie en de problemen die uit het verhaal naar voren kwamen. De gesprekken over overeenkomsten, meningsverschillen of suggesties waren in beide groepen erg levendig. De onderzoekers legden uit dat zij de reacties van de deelnemers gaandeweg zouden verzamelen om er een overzicht met de tegenstellingen en convergenties van te maken. Dat overzicht zal hen dan worden voorgelegd.

Gedurende de tweede ochtend werd het overzicht gepresenteerd. De deelnemers konden dit dan goedkeuren (of afkeuren), aanpassen, items toevoegen, items verwijderen of wijzigen, enz. Om dit te doen, werden ze opgedeeld in kleine werkgroepen. De deelnemers dienden voorstellen te doen om de problemen op te lossen die door dit bijgewerkte overzicht aan het licht kwamen. De groepen moesten telkens alle kaders in het overzicht bespreken en voorstellen doen tot wijziging. Deze voorstellen werden vervolgens besproken met de onderzoekers en de hele groep. Deze keer konden de onderzoekers commentaar geven op de elementen die door de deelnemers werden gegeven, en hun uitlatingen versterken met theoretische bijdragen. Dit werd echter altijd voorgelegd aan de gehele groep om geen vooropgezette standpunten of veronderstellingen op te leggen.

Tot slot kregen de leden een maand de tijd om de twee afzonderlijke rapporten per e-mail te valideren. De door hen gevraagde correcties werden door de rapporteurs/onderzoekers aangebracht.

In onderstaande tekst trachten wij de gesprekken van deze twee dagen te illustreren en alle kaders in de grafieken te verklaren. Eerst vindt u de letterlijke transcriptie van de verhalen die door de groepen werden geanalyseerd.

---

<sup>72</sup> *Ibidem*

<sup>73</sup> *Ibidem*

# De aanwezige leden van de verschillende OCMW's in groep 1

De eerste groep van het participatief onderzoek was samengesteld uit 8 personen van verschillende OCMW's met verschillende functies:

- Een coördinatrice en gezondheidsdeskundige
- Een verantwoordelijke van de sociale afdeling
- Een assistente van de cel « medische kosten »
- Een sociaal assistente verantwoordelijk voor DMH
- Een verantwoordelijke van de dienst betalingsverbintenissen en MediPrima
- Een verantwoordelijke van de medische cel
- Een eerstelijns sociaal assistente
- Een persoon die verantwoordelijk is voor « gezondheidsprojecten »

De groep werd bijgestaan door een begeleidster; Fanny Dubois, en twee rapporteurs/onderzoekers; Cécile Daron en Maxime Mori.

## De verhalen van groep 1

Twee verhalen werden door de deelnemers geselecteerd. Deze verhalen werden opgenomen en hieronder getranscribeerd.

### Verhaal 1: « Continuïteit van de zorg »

*« In een oud rusthuis in onze gemeente bevonden er zich 60 zonder-papieren. Daarvan vroegen er 40 om dringende medische hulp. Hoewel dit niet mijn rol is, heb ik dit dan maar op mij genomen, aangezien we midden in de vakantieperiode zaten. We waren maar met z'n tweeën, maar het moest wel gedaan worden. We hebben een permanentie opgezet, zodat ze hun aanvragen konden indienen.*

*Er komt dus een van de dames een aanvraag indienen voor dringende medische hulp. Het is heel gemakkelijk om de persoon in de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) terug te vinden, omdat ze medische kaarten hebben bijgehouden die ooit door andere OCMW's zijn opgemaakt, en die nu weliswaar niet meer geldig zijn, maar die het wel gemakkelijker maken om mensen in de KSZ terug te vinden. Soms komen er mensen die geen kaart hebben, en dan is het een hele uitdaging om de persoon te vinden. Ze komt dus een aanvraag indienen, ik kijk in de Kruispuntbank en ik zie dat ze nog steeds een actieve kaart heeft in een ander OCMW. Ik weet nog dat er geen twee kaarten tegelijk mogen zijn (in het begin verliep dit wat stroef voor mij, maar vanaf de vijfde aanvraag ging het vlotter). Probleem dus: ik moet contact opnemen met de andere OCMW's en moet dus telefoonnummers opzoeken op hun respectieve websites. Het is niet evident om op hun site te vinden of er een specifieke dienst is die zich bezighoudt met medische kosten, of dat de sociaal assistent dit misschien doet, of misschien moet ik het algemene nummer draaien... Het neemt dus al een beetje tijd om dit allemaal uit te zoeken op hun website. Uiteindelijk bel ik alle nummers op, maar er is niemand die me een antwoord kan geven.*

*Bij gebrek aan beter bel ik dus de afdeling medische kosten en leg uit dat ik een actieve kaart en een nieuwe aanvraag heb. Ik vraag hen: « Heb jij het telefoonnummer van OCMW X niet zodat ik hen kan vragen om de medische kaart te annuleren? » Antwoord: « Nee, de sociaal assistent moet dit doen ». Ik bel de eerstelijns sociale dienst. « Ik heb een nieuwe aanvraag, ik moet de kaart stopzetten: wie moet ik in zo'n geval opbellen bij een aanvraag voor dringende medische hulp? » Antwoord: « Ik weet het*

niet, ik stuur de persoon naar het OCMW om te vragen de kaart stop te zetten ». Ik reageer: « Bel je niet? Maar er is een lijst! »<sup>74</sup> Antwoord: « Over welke lijst heb je het? » Ik kijk dus in mijn oude documenten, en ik vind een lijst terug met contactpersonen voor dringende medische hulp opgemaakt door de Federatie van OCMW's. Gelukkig bestaat het nummer nog, en ook de persoon die op de lijst staat werkt er nog, dus ik krijg een antwoord. Een geluk ook dat dit OCMW het rapport niet naar het Comité hoeft te sturen om de kaart stop te zetten. Ze zegt me dus dat er geen probleem is, en ze haakt meteen in. Probleem opgelost. MediPrima is geregeld, en ik kan opnieuw aan de slag.

Ik vraag de persoon in kwestie dus om Attest van Dringende Medische Hulp mee te brengen. Ze zijn net aangekomen in deze gemeente: « Waar moeten we het attest van dringende medische hulp gaan halen? » Ziekenhuis X stelt het niet echt op prijs wanneer al onze gebruikers zomaar zonder enige garantie komen opdagen. Ik zeg dus tegen mezelf, spijtig, maar ik stuur iedereen naar medisch huis X. Ik weet dat ze de mensen daar aanvaarden, ook al is dit een medisch huis dat op basis van een forfait werkt. Zij nemen de attesten mee, dus ik heb toch al mijn attesten van dringende medische hulp om de dossiers in te dienen. Het probleem is dat deze mensen in een gemeente aankomen, en dat ze een certificaat nodig hebben en dat ze daarvoor een dokter moeten zien. Wanneer ze hun certificaat hebben, doen we redelijk snel een sociaal onderzoek, want zo'n bezoek gaat vrij snel.

En dan gaat het dossier naar het Comité: staat van behoefte, Attest van DMH. Ditmaal doe ik dat niet voor drie maanden, maar ik beperk me tot de duur van de bezetting van het rusthuis, vanaf de dag van de aanvraag tot het einde van de geplande bezetting. Ik doe al een "schiegbedje" dat ik na deze datum alles niet opnieuw zal moeten verlengen. Dus, we kennen dit toe voor IRIS, en dan gaan ze naar de afdeling medische kosten en plaatsingen. De dame komt terug, « ja, maar eigenlijk word ik al opgevolgd » - want het gaat toch om een vrij ernstige pathologie – « bij een arts in een centrum in een andere gemeente ». Het is dan al een hele uitdaging om de naam van dat centrum te vinden, want de uitleg is niet duidelijk en de afdeling « medische kosten » kan dit niet zomaar doen. Dus ik moet een nieuw rapport opmaken om een uitbreiding te vragen voor dat medische huis. Normaal gesproken zou de persoon teruggestuurd moeten worden naar dit medische huis om een attest van dringende medische hulp te krijgen, waarin staat dat de patiënt deze dokter wil houden en niet wil veranderen. Maar ik heb al de informatie over de staat van behoefte, dus ik sla dit over. Er was al een eerste akkoord voor IRIS, maar dat was dan weer niet echt nodig, want ze werd al opgevolgd door de dokter in deze andere gemeente. Nogal een geluk dat ik het binnen een week doe. En ook een geluk dat het om een bezetting ging, en dat het Comité net iets "lakser" is dan normaal. In andere gevallen hadden ze dit misschien meer in detail bekeken en gevraagd « waarom ze naar deze andere gemeente moet gaan als ze het al zo moeilijk heeft om zich te verplaatsen? » Normaal gezien had ik een uitbreidingsrapport moeten maken. En voor deze mensen betekent dit dat ze opnieuw moeten wachten.

Voor de geneesmiddelen moeten ze het geld voorschieten, maar in geval van dringende medische hulp is dit niet doenbaar. Dus, ze gaan naar de dokter die de medicijnen voorschrijft, dan gaan ze naar de apotheek om te zien hoeveel de medicijnen kosten, dan komen ze terug naar ons en wij kijken op de site van het RIZIV of de medicijnen terugbetaald worden of niet. Toen was nog niet besloten dat we de geneesmiddelen D op de lijst van de Federatie van OCMW's zouden terugbetalen, en dus namen we alleen het RIZIV-tarief ten laste. Als het geneesmiddel niet wordt vergoed door het RIZIV, moet de sociaal assistent een rapport maken voor het Comité om te vragen om deze geneesmiddelen uit eigen middelen terug te betalen. Tegenwoordig zegt het comité hoe langer hoe meer ja, maar vroeger lag dit moeilijker en was dit eerder uitzonderlijk. En er moest dan opnieuw een rapport worden gemaakt! Maar

---

<sup>74</sup> De lijst staat op de website van Brulocalis, en bevat de contactpersonen bij de KSZ en Mediprima: [https://www.brulocalis.brussels/nl/Publications/documents.html?doc\\_id=214&vID=238](https://www.brulocalis.brussels/nl/Publications/documents.html?doc_id=214&vID=238)



*voordien kon je van de zes voorgeschreven geneesmiddelen er bijvoorbeeld vier kopen. Ik gaf dan ofwel het geld, ofwel een noodbon voor de apotheek in de buurt, maar voor de andere geneesmiddelen moet ik eerst het akkoord vragen van het Comité. Hiervoor is er weer een rapport nodig, of, wanneer de Secretaris op dat moment afwezig was, soms gaf ik zelf een noodbon voor de dossiers. Voor een eerstelijns AS is dit een enorme werklast voor een persoon die sowieso naar de dokter moet gaan en medicijnen moet krijgen. Moet ik dan echt al die moeite doen en een rapport maken voor zo'n dokter, de prijzen opzoeken van al die medicatie, kijken of de medicijnen worden vergoed of niet, en een nieuw rapport maken als het niet gaat om RIZIV-geneesmiddelen?*

*Voor de mensen, eindigde de bezetting zoals gepland. Ze vertrokken op de geplande datum. We moesten gewoon het recht stopzetten. Dit waren er toch 40, maar al bij al viel dit nog wel mee. Als we de verlengingen hadden moeten maken, zou het moeilijker zijn geweest. Maar deze dame moest weer helemaal herbeginnen bij een ander OCMW omdat ze verhuisd was. Dit alles om dringende medische hulp te krijgen, om in dat specifieke medische huis te kunnen blijven, en om terugbetaling van haar medicijnen te verkrijgen. Wij betalen de medicijnen terug, maar is dit ook het geval in dat andere OCMW? Aangezien de zonder-papieren om de maand of om de twee maand een andere verblijfplaats hebben, moet er altijd maar opnieuw herbegonnen worden. »*

## Verhaal 2: « Moeilijke controle en medisch geheim »

*« Dit is het verhaal van een dame met mentale problemen. In feite ben ik verantwoordelijk voor de medische cel en de facturering, controles, enz. Gewoonlijk, wanneer ik een factuur krijg van een apotheek, kijk ik ruwweg of er geen onregelmatigheden zijn bij het voorschrijven van de medicijnen. Maar voor mensen die legaal in de EU verblijven, krijgen wij niet het voorschrift, maar alleen de factuur, aangezien het voorschrift naar het ziekenfonds gaat. Ik zie dus dat er 8 pagina's zijn voor één persoon (deze dame), op de factuur zie ik pagina na pagina voorgeschreven antidepressiva. Ik dacht bij mezelf dat de apotheek zich waarschijnlijk vergist had, omdat deze voor elk voorschrift op de factuur steeds dezelfde datum opgeeft. Steeds dezelfde datum; dat is niet normaal. Ik bel de apotheker en hij zegt me dat hij zich niet vergist heeft, hij heeft alle medicijnen op dezelfde dag meegegeven. Ik vraag een kopie van de voorschriften. Ik ga naar de Voorzitter en vraag zijn toestemming om een onderzoek te openen. Hij zegt me dat we meer informatie nodig hebben. Ik neem contact op met de sociaal assistente om te vragen of zij op de hoogte is, of het misschien gaat om een ernstige ziekte, enz. Deze dame wordt bijgestaan door haar zus en haar moeder. Een van hen is ook beheerder van haar bezittingen.*

*Ik zie dus dat er een probleem is. Ik merk ook op dat haar bijstand acht dagen later zou worden ingetrokken. En sommige voorschriften werden afgeleverd op dezelfde dag als de intrekking van de OCMW-hulp. Dat is verdacht. Met deze elementen ga ik dus terug naar de Voorzitter, die mij vertelt dat de dame zal worden opgeroepen voor een hoorzitting gedurende het volgende Comité. Ik ben ook uitgenodigd om te spreken over mijn argwaan omtrent deze factuur. De dame daagt niet op. Haar zus vertelt ons dat ze niet kan komen (ze stuurt een e-mail), ze is ziek en heeft een doktersbriefje. De Voorzitter kan dit maar matig op prijs stellen: hij vraagt een kopie van het doktersbriefje, omdat zij opgeroepen was met een officiële brief. Geen doktersbriefje. De Voorzitter vraagt me dus om de dokters te bellen. Ik vraag hen of ze deze medicijnen wel hebben voorgeschreven en of de handtekeningen wel degelijk rechtmatig zijn, enz. Ze zeggen dat zij sommige voorschriften zeker gemaakt hebben, maar dat sommige andere kopieën lijken te zijn. De drie artsen waarop beroep werd gedaan, zijn drie artsen die ook op de medische kaart staan, dus daar kunnen we niets op zeggen: ze heeft het recht om deze dokters te bezoeken.*

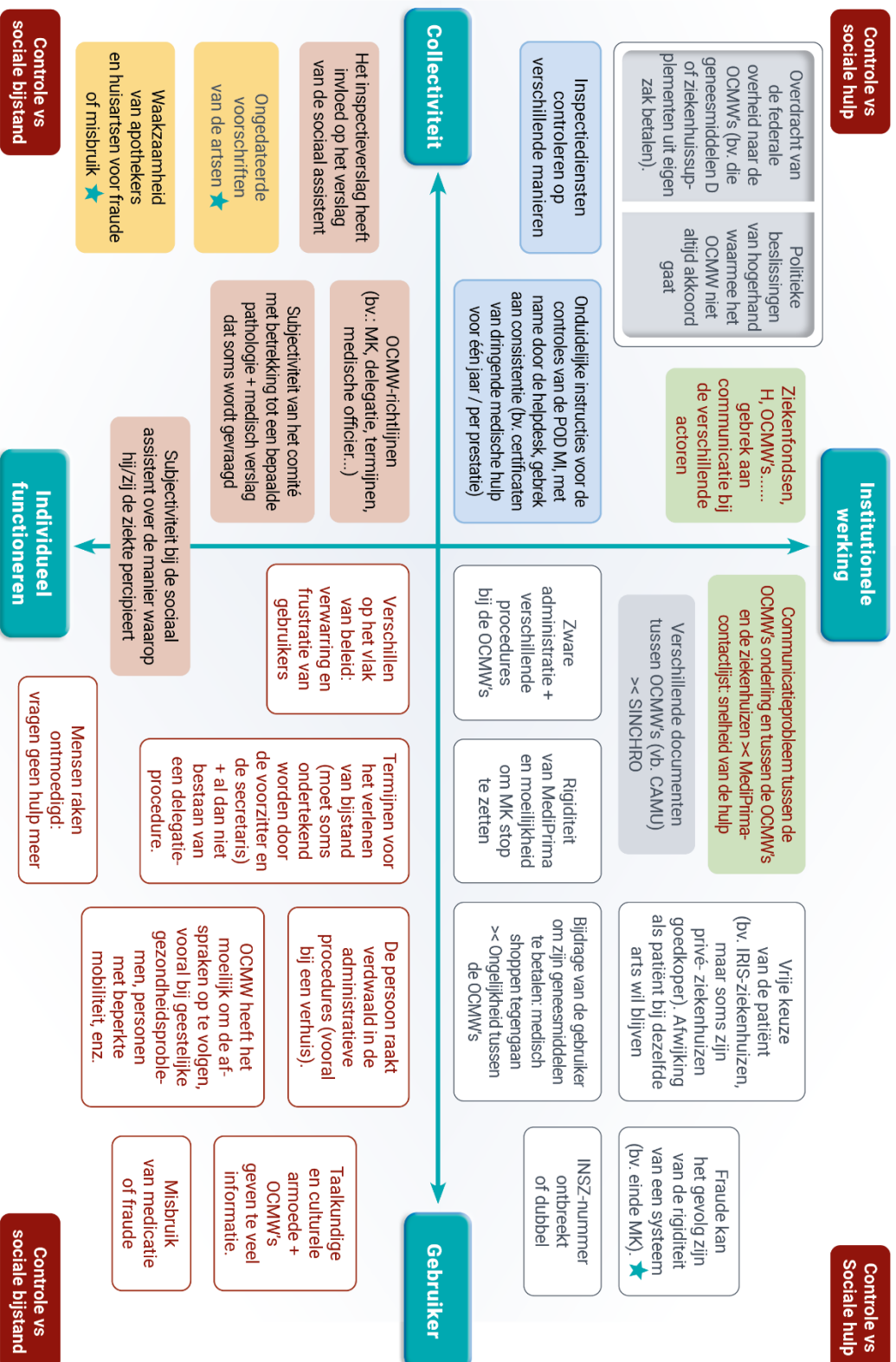
*Bij de volgende afspraak komt de zus opdagen, maar deze geeft een erg nerveuze indruk. Ze legt uit dat we het hier hebben over een persoon met mentale problemen, enz. Ze vraagt om het incident te*



*laten voor wat het is, en ze stelt voor om de apotheker zelf te betalen. Maar we waren hier niet blij mee. Daarom hebben we een klacht ingediend tegen de apotheek. We hebben geen klacht ingediend tegen de artsen, maar wel een brief gestuurd naar het ziekenhuis om te zeggen dat het niet normaal is dat deze persoon niet maandelijks opgevolgd wordt. Ik ben drie maanden teruggegaan in de tijd voor de controle van de facturen, en heb gezien dat er sprake was van een groot misbruik van geneesmiddelen. We hebben de apotheek beschuldigd van het niet verlenen van hulp aan personen in nood, omdat al deze geneesmiddelen ofwel werden voorgeschreven ofwel dat de apotheek en de patiënt het op een akkoordje hadden gegooid. De zus verklaarde dat, omdat de vrouw in kwestie wist dat de medische kaart van haar OCMW een paar dagen later ingetrokken zou worden, ze besloten had om een voorraad geneesmiddelen in te slaan. Dit bevestigt ons vermoeden dat er sprake is van misbruik door de begunstigde en medische nalatigheid.*

*Voor dergelijke verdachte gevallen hebben we besloten om de beslissing te wijzigen. Voortaan wordt het apotheekgedeelte verwijderd van de medische kaart bij mensen over wie er twijfel bestaat. De kaart dekt de farmaceutische kosten niet, maar zij moeten een betalingsverbintenis komen halen. Er waren gevallen waar mensen zoveel geneesmiddelen hadden gebruikt dat ze moesten worden opgenomen in het ziekenhuis om af te kicken. Maar sommige mensen sturen de medicijnen ook naar hun land van herkomst. Er is ook een probleem met voorschriften waarop geen vervaldatum staat. Het RIZIV heeft ons bevestigd dat ze wel degelijk geldig waren, maar hoe kunnen wij dit controleren? »*

# OVERZICHT GROEP 1: Belemmeringen van de toegang tot de gezondheidszorg: is harmonisatie mogelijk/gewenst?



# Verklaring overzicht 1

Het overzicht, zoals hiervoor afgebeeld, werd gevalideerd door participatieve onderzoeksgroep 1.

Er zijn twee zijden in het overzicht: de gebruiker staat rechts, het collectief links; het institutioneel functioneren staat bovenaan, het individueel functioneren onderaan.

## Definities

- Gebruiker: de persoon die naar het OCMW gaat om bijstand te vragen.
- De collectiviteit: een groep mensen die een gemeenschappelijk belang hebben, een gemeenschappelijke organisatie zijn, of die op eenzelfde plaats of in eenzelfde land wonen.
- Institutionele werking: een geheel van regels dat geldt voor een privépersoon of rechtspersoon of een gemeenschap. Een regelgevend of politiek kader. Dit heeft betrekking op het reglementaire, wettelijke kader, evenals op alle normen die van toepassing zijn op een individu of een collectiviteit, die onrechtstreeks word(en) opgelegd of gerechtvaardigd.
- Individueel functioneren: de aard van hoe een persoon of een kleine groep mensen zich gedraagt met betrekking tot een welomschreven of tamelijk brede of persoonlijke regel.

## Kleuren

- Donkergrijs: parameters die voortvloeien uit regelgevende of wetgevende beslissingen van de federale overheid of de Gewesten, en waarover de OCMW's geen controle hebben.
- Groen: parameters die ook andere betrokkenen dan de OCMW's omvatten en aan wie deze laatsten een betere samenwerking en communicatie vragen.
- Blauw: wat te maken heeft met de POD MI en met controleprocedures van de OCMW's.
- Oranje: alles wat te maken heeft met het functioneren van de OCMW's zelf.
- Geel: alles wat te maken heeft met de zorgverleners.
- Rood op een witte achtergrond: de elementen die rechtstreeks van invloed zijn op het vermogen van de gebruiker om te reageren op het in voege zijnde systeem.

## Controle vs. sociale hulp: in de vier vlakken van het overzicht

**In de vier verschillende vlakken van het diagram vinden we de dubbele pet van het OCMW terug: controle en sociale hulp.** Het OCMW is een politieke speler die tegelijk instaat voor controle en sociale bijstand. Dit wordt gezien als een belemmering voor de toegang tot de gezondheidszorg. Dit vinden we ook terug in beide verhalen.

**Het gevolg van het tweede verhaal was dat het OCMW zijn gezondheidsbeleid op een meer dwingende manier is gaan toepassen.** De mensen van wie vermoed werd dat er misbruik was, moeten een betalingsverbintenis aanvragen, daar waar andere mensen ook een gezondheidskaart krijgen die tevens de farmaceutische kosten dekt. Dit maakt dat er bij het OCMW een dubbel standaard is (ofwel betalingsverbintenis, ofwel gezondheidskaart), en sommige deelnemers vroegen zich af hoe wordt bepaald wie er recht heeft op de farmaceutische kaart en wie er alleen recht heeft op een betalingsverbintenis (op welke basis, afhankelijk van welke beleidslijnen, enz.). Het is voor de OCMW's moeilijk om met deze dubbele standaard om te gaan in de praktijk, zeggen de deelnemers. De verteller van het tweede verhaal legt uit dat de beperking (betalingsverbintenis) wordt toegepast in samenspraak met artsen en apotheken, wanneer de arts aangeeft dat er een risico op misbruik is bij een welbepaalde persoon. Sommigen gaven echter aan dat er **te veel subjectiviteit** was ten opzichte

van deze vermoedelijke misbruikers. Eén deelnemer opperde zelfs dat dit gewoon een manier is voor het OCMW om zijn financiële uitgaven te beperken. Iedereen is het er in elk geval over eens dat het niet aan het OCMW is om te bepalen of er misbruik van geneesmiddelen is, maar aan de artsen en apothekers. Ook al heeft de verteller van het tweede verhaal alleen maar goede bedoelingen om misbruik van geneesmiddelen tegen te gaan, er zijn specialisten in de medische sector die zich professioneel bezighouden met verslavingsproblematiek, en die beter geplaatst zijn om misbruik onder controle te krijgen.

Wanneer we het hebben over het verband tussen controle en sociale hulp, zien we ook in het eerste verhaal dat dossiers **gemakkelijker door het Comité worden goedgekeurd wanneer het gaat om een tijdelijke bezetting door “zonder-papieren”**. De OCMW's geven aan dat het gaat om "welbekende", "terugkerende" situaties, waarvoor de Comités redelijk meegaand (« lakser ») zijn. Daarom is de controle van dit soort begunstigden eerder zwak.

Nog op het vlak van controle en sociale hulp zien we dat **geen van de 8 OCMW's in de participatieve onderzoeksgroep de voorschriften van de artsen voorleggen aan de adviserend geneesheer voor advies, en dit tot hun grote spijt**. Dat is een van de regels die zij willen invoeren. Het feit dat zij zelf oordelen om de zorg te aanvaarden of niet, suggereert immers **een tamelijk arbitraire manier van werken van de SA (individueel functioneren) ten aanzien van het collectief (in diens verslag aan het Comité), ten aanzien van de gebruiker (relatie die de SA heeft met de gebruiker en de feedback die gegeven wordt omtrent de aanvaarding van de zorg), en ten aanzien van de gemeenschap (die de kosten van de gezondheidszorg betaalt – gemeente of de federale overheid)**.

## Institutioneel functioneren en collectiviteit

### Overdracht van opdrachten van de federale overheid naar de OCMW's

**Voor wat betreft het institutioneel functioneren en de collectiviteit**, wordt door de deelnemers in heel hoge mate verwezen naar **de overdracht van bepaalde opdrachten van de federale regering naar de OCMW's, die door deze laatsten met eigen middelen moeten uitgevoerd worden** (bijvoorbeeld: geneesmiddelen D en ziekenhuissupplementen). Alles wat niet betaald wordt door het RIZIV, komt terecht bij de OCMW's, en dus bij de gemeenten. Dit is een echte belemmering voor de toegang tot gezondheidszorg, vooral voor geneesmiddelen D die niet op de lijst staan van de Federatie van Brusselse OCMW's voor geneesmiddelen die in ziekenhuizen worden verstrekt. Sommige OCMW's betalen deze niet terug en « *de gebruikers komen aanzetten met facturen van 300 euro. Toch gaat het om medicijnen en kleine apparaten die essentieel zijn* ». Een andere invloed van de federale overheid op de OCMW's heeft te maken met de taken die hen worden toevertrouwd. Deze worden van hogerhand opgelegd en de OCMW's stemmen hier niet altijd mee in (bijvoorbeeld de oprichting van MediPrima, zie Verhaal 1).

### Gebrekkige communicatie tussen de betrokkenen

De betrokkenen willen **een betere samenwerking met zorgverleners (huisartsen, specialisten, enz.) en met ziekenfondsen en apotheken**. Dit is van essentieel belang voor het functioneren van de instellingen en moet daarom op de een of andere manier **wettelijk geregeld, gestandaardiseerd en gepland worden**. Volgens de deelnemers moet er ruimte zijn voor deze uitwisseling, en moet de toegang tot de gezondheidszorg omkaderd worden. Deze betere samenwerking komt ook terug in het tweede verhaal, waar we zien dat de dossierbeheerder de facturen van de geneesmiddelen en eventueel misbruik probeert te begrijpen, en daarvoor belangrijke gesprekken heeft met artsen en

apothekers. De dossierbeheerder onderzoekt echter een vorm van medicamenteus misbruik, maar kent in feite de zorgbehoefte niet, hetgeen dan weer leidt tot een bepaalde subjectiviteit. Dit kan dus beter omkaderd worden.

In het eerste verhaal aanvaardt het medisch huis de komst van personen zonder verblijfsrecht om hen attesten van DMH te geven, en kan de verdere verzorging van de dame gebeuren in een ander medisch huis dat niet op het grondgebied van de gemeente ligt, zonder dat men zich opnieuw tot het Comité moet wenden voor een beslissing. Dit is een vlottere samenwerking tussen zorgverleners en het OCMW.

## Verschillende manier van controleren van de inspectiediensten

De deelnemers benadrukken ook de **verschillende manieren van controleren van de OCMW's door de inspectiediensten** (Verhaal 1). Het mooiste voorbeeld komt van MediPrima, waar sommige OCMW's slechts voor één prestatie attesten van DMH kunnen afleveren, terwijl andere meerdere prestaties kunnen dekken (en het besluit kan geldig zijn voor een duur van 1 jaar, bijvoorbeeld).

## Weinige duidelijke richtlijnen van de POD MI

Een deelnemer gaf ook op het voorbeeld van *« een e-mail met een vraag die maandag naar de helpdesk van de POD MI werd gestuurd, en diezelfde dag nog beantwoord werd. Maar toen dezelfde vraag twee dagen later opnieuw werd verzonden, kwam er een antwoord dat het eerste antwoord tegensprak »*. Dit wordt bevestigd door de andere deelnemers. **Er wordt gevraagd om meer coherentie bij de helpdesk van de POD MI.**

## Individueel functioneren en collectiviteit

### Subjectiviteit van de betrokkenen: Comité en sociaal assistent

In het deel van het meer individueel functioneren zien we de **twee essentiële posities en rollen van de OCMW's, namelijk het Comité, als entiteit, en de sociaal assistent, als individu. In dit verband wordt gewezen op de subjectiviteit van beide ten aanzien van bepaalde pathologieën** (bv. AIDS, logopedie, prothesen, enz.). *« De ene SA kan een dossier aanvaarden dat een andere SA onmiddellijk zou blokkeren. Eén Comité kan de zorg voor een bepaalde aandoening weigeren zonder hiervoor een goede reden te geven. Eén raadslid kijkt soms naar zijn eigen ervaringen bij het nemen van een beslissing over het al dan niet aanvaarden van de zorg »*. Deze notie van subjectiviteit zien we terug in zowel het individueel en collectief functioneren, als in het functioneren tussen individu en gebruiker. Dit is zo omdat de terughoudendheid van de SA met betrekking tot bepaalde ziekten ervoor kan zorgen dat zij deze niet voorlegt aan het Comité. Tegelijkertijd kan deze terughoudendheid een bepaalde veroordeling inhouden van de gebruikers, hetgeen dan weer een invloed heeft op de relatie tussen de SA en de gebruiker. Dit idee vinden we terug in het eerste verhaal. De verteller geeft immers aan dat het Comité « lakser » was dan normaal omdat het ging om een tijdelijke bezetting door zonder-papieren, en dat er dan sneller kan worden gewerkt om de continuïteit van de zorg door een medisch kabinet van buiten de gemeente niet in het gedrang te brengen.

## Gedraglijnen van het OCMW

De subjectiviteit van het Comité vloeit ook voort uit de gedragslijnen, die bij datzelfde collectieve kader en individueel functioneren horen. **De gedragslijnen zijn bedoeld als leidraad bij de besluitvorming van het Comité, aangezien het Comité deze gedragslijnen opstelt en er ook naar verwijst. De**

**gedragslijnen hebben een institutioneel karakter, maar het Comité heeft nog steeds het laatste woord** (individueel karakter van het functioneren). Hier zien we dat er graag « geval per geval » gewerkt wordt bij de OCMW's.

Bovendien vragen sommige OCMW's **een medisch rapport van de arts om uit te leggen waarom de pathologie bijzondere zorg en geneesmiddelen vereist. Deze rapporten zijn tamelijk volledig, maar ook hier speelt opnieuw de vraag welke rol de OCMW's moeten spelen op het vlak van medische voorschriften**, aangezien het uiteindelijk het Comité is dat de beslissing neemt. Als het medisch rapport niet volledig genoeg is, kan de persoon een bepaalde zorg worden ontzegd. Dit brengt ons ook terug bij de ongelijkheid die bestaat bij de OCMW's, aangezien sommige van hen sowieso de voorschriften van de arts volgen en nooit om een rapport vragen, in de veronderstelling dat ze niet over de middelen beschikken om dit te evalueren (er is bijvoorbeeld geen adviserend geneesheer). Eén persoon geeft aan: *« Wie kan er binnen het Comité bemiddelen, met inachtneming van de gedragslijnen? Waar ligt de grens? Want er bestaat ook nog zoiets als het medisch beroepsgeheim. Vandaar dus de kwestie van de adviserend geneesheer, dewelke een beslissing zou kunnen nemen. Het contact tussen dokters onder elkaar loopt altijd vlotter »*.

In de gedragslijnen van de OCMW's, **wezen sommige deelnemers op het feit, in het eerste verhaal, dat patiënten eerst naar de apotheek moesten gaan om de prijs van de geneesmiddelen te vragen en dan terug naar het OCMW te gaan, of om de som voor te schieten. Sommige deelnemers vinden dat dit een belemmering is van de toegang tot gezondheidszorg.**

## Voorschriften van artsen zonder vervaldatum

Nog op vlak van het individueel en collectief functioneren, hebben de belanghebbenden gewezen op de **geneesmiddelenvoorschriften zonder vervaldatum**. Dit vormt een probleem voor de controle van geneesmiddelen die door de apotheek worden afgeleverd (tweede verhaal), hoewel dit wordt toegestaan door het RIZIV. Voor sommige farmaceutische producten vonden de deelnemers dit legitiem (bijvoorbeeld: de anticonceptiepil), maar voor andere was meer controle nodig (bijvoorbeeld: Dafalgan, anxiolytica), om de gezondheid van de patiënt niet te schaden. Afhankelijk van de behandeling moeten artsen weten dat ze een datum op het certificaat moeten vermelden.

## Waakzaamheid van artsen en apothekers

Er is ook een vraag vanuit de praktijk om **de waakzaamheid van apothekers en artsen tegen misbruik van geneesmiddelen te verhogen** (tweede verhaal). Hier werd echt op aangedrongen door de deelnemers: het is niet aan hen om te oordelen of een bepaald medicijn essentieel is of niet. Daarom moeten artsen de globale medische dossiers vaker lezen en met elkaar bespreken om zo mogelijk misbruik te voorkomen, in het belang van het welzijn van de patiënt. Er werd duidelijk gezegd dat sommige gevallen van misbruik aan het licht kwamen op de facturatieafdeling, maar dat zoiets niet tot de bevoegdheid van de OCMW's zou mogen behoren. Het OCMW zou vertrouwen moeten hebben in het voorschrift van de arts en in de apotheek die het medicijn aflevert.

Sommige deelnemers gaven aan dat apotheken soms de dokter opbelden om te vragen of geneesmiddelen wel degelijk moest worden verstrekt, of dat slechts een deel van de geneesmiddelen kon worden verstrekt. Deze praktijken zijn zinvoller en respecteren het medisch beroepsgeheim. Sommigen zijn van mening dat het uitpluizen van facturen (verhaal 2) niet de bevoegdheid van het OCMW zou mogen zijn, omdat de factuur tot de privésfeer behoort, vooral wanneer het gaat om het soort geneesmiddelen dat wordt voorgeschreven. Soms belt de apotheker de dokter als hij vermoedt dat er sprake is van misbruik. Bij andere OCMW's neemt de apotheker contact op met de sociaal assistent van het OCMW. Er werd niettemin ook gewezen op het vele werk dat artsen hebben met de

begunstigden van het OCMW: de artsen kunnen alle patiënten niet elke week zien en dus schrijven zij medicatie voor meerdere maanden voor.

## Gebruiker en institutionele werking

### MediPrima en ziekenhuizen

**Wanneer we het hebben over de gebruiker en het institutionele functioneren, zien we problemen tussen OCMW's onderling en tussen OCMW's en ziekenhuizen, en dan vooral op het vlak van MediPrima** (verhaal 1). Sommige ziekenhuizen hebben verschillende afdelingen die de facturen verwerken en deze kennen MediPrima niet altijd. En bij sommige OCMW's weet zelfs de sociaal assistent niet altijd hoe de software werkt. De moeilijkheden zijn vooral het gevolg van medische kaarten die door een OCMW moeten worden geannuleerd wanneer een ander OCMW bevoegd wordt (verhaal 1).

Dit element werd enigszins getemperd door twee van de deelnemers die aangaven dat de door de Federatie van Brusselse OCMW's opgestelde lijst van contactpersonen van MediPrima<sup>75</sup> erg nuttig is om iemand onmiddellijk te kunnen bereiken. Dit maakt het mogelijk om de medische kaarten te deactiveren als er veranderd wordt van OCMW (en dus van bevoegdheid). Sommige OCMW's leggen hun gebruikers echter uit dat zij moeten terugkeren naar het OCMW dat eerder bevoegd was, om daar te vragen om de kaart te deactiveren omdat het voor hen soms erg moeilijk is om de juiste afdeling te bereiken. Dit leidt tot tijdverlies en onbegrip bij de begunstigende. Iemand zei: « *Het is niet aan hen om MediPrima te kennen, maar aan ons* ».

Door de gebrekkige communicatie weet men onvoldoende « *wie wat doet* », zowel bij de ziekenhuizen als bij de OCMW's. Er is geen overzicht van contactpersonen; sommige ziekenhuizen hebben cellen opgericht die MediPrima beheren, maar deze communiceren niet altijd met de andere cellen. Er moet een lijst met contactpersonen komen op de website van het OCMW. « *Ziekenhuizen zijn grote machines, maar ze zijn van ons afhankelijk* » zei een deelnemer.

## Administratieve rompslomp en verschillen op het vlak van procedures tussen de OCMW's

**Een ander punt dat te maken heeft met de gebruiker en het institutionele functioneren betreft de administratieve rompslomp.** Er werd hen verweten, zoals aangetoond in het kwantitatieve onderzoek, dat de OCMW's soms een medische kaart gaven, soms een betalingsverbintenis, en soms een farmaceutische kaart. Dit is moeilijk uit te leggen aan de begunstigde, en is te wijten was aan historische politieke beslissingen en de autonomie van de OCMW's.

Deze administratieve rompslomp is vergelijkbaar met die van « gebruiker/individueel functioneren », omdat ook hier de gebruiker te maken krijgt met een doolhof aan verschillende praktijken. Het meest in het oog springende voorbeeld is dat van een persoon die automatisch recht heeft op een medische kaart omdat hij een LL ontvangt, en die dan verhuist naar een OCMW dat alles « geval per geval » bekijkt. Het dossier moet worden herbekeken, en de aanvraag moet opnieuw worden opgestart zonder dat het resultaat (= toegang tot de medische kaart) zeker is. **De gebruiker heeft het gevoel dat de rechten die hij in de andere gemeente had, hem ontnomen worden.**

Wat het institutioneel functioneren en de gebruiker betreft, was het ook **niet duidelijk welke formulieren gebruikt moesten worden voor de attesten van DMH, die per OCMW verschillen.**

---

<sup>75</sup> Zie de laatste update (2014) : [https://www.brulocalis.brussels/documents/documents/cpas/contact\\_bcscs.pdf](https://www.brulocalis.brussels/documents/documents/cpas/contact_bcscs.pdf)



**Hetzelfde gold voor de betalingsverbintenissen, medische kaarten, enz.** De betalingsverbintenissen in SINCRHO<sup>76</sup> hebben dezelfde lay-out en dit is een voorbeeld van hoe het wel moet. Niet alle OCMW's hebben echter toegang tot deze software (en wachten op new-SINCRHO). MediPrima zou normaal gezien moeten evolueren, net zoals voor SINCRHO het geval is, en er zijn zeker ook enkele positieve punten aan deze software. Het is bijvoorbeeld gemakkelijker om mensen terug te vinden die al in MediPrima zijn ingevoerd door een ander OCMW.

## Vrije keuze van de patiënt

**De vrijheid van de patiënt bij de keuze van de zorgverlener werd meermaals benadrukt**, en de aanwezigen gaven aan dat ze de begunstigde altijd vrij lieten om een arts te kiezen (Verhaal 1), maar dat er vaak een lijst van geconventioneerde artsen werd aangeboden om het werk van het OCMW te vergemakkelijken. De deelnemers waren echter van mening dat het voor de patiënt mogelijk moet zijn om te kiezen, **op voorwaarde dat zij een arts kiezen die werkt aan het RIZIV-tarief. Zelfs privéziekenhuizen die het RIZIV-tarief toepassen, zouden moeten worden aanvaard door OCMW's (hetgeen niet altijd het geval is).**

Er zijn OCMW's die geen conventies aangaan met huisartsen, en andere die dat wel doen. Sommige deelnemers vonden **het gemakkelijker om een lijst van geconventioneerde artsen te hebben, omdat zij de procedure kennen.** Het is heel belangrijk dat op deze lijst die aan de gebruikers wordt aangeboden, de door de arts gesproken taal vermeld staat. Soms is het medisch huis geconventioneerd. Soms zijn er conventies met alle artsen op het grondgebied van de gemeente, en soms is dit nog ruimer. Andere OCMW's hebben een lijst die ze alleen tonen als de patiënt niet weet waar hij naartoe moet, maar die voor de rest toelaten dat er een arts over heel België gekozen kan worden. Deze laatste willen geen enkele conventie met artsen afsluiten.

## Fraude: het resultaat van de starheid van het systeem

Nog wat betreft de institutionele werking en de gebruiker, **moet fraude door sommige begunstigten niet gezien worden als een misdaad – zoals de doorverkoop van medicatie voor financiële doeleinden – maar als een manier om het systeem te omzeilen.** In het tweede verhaal was de medische kaart van de persoon nog maar een paar dagen geldig, en was het de bedoeling om een voorraad medicijnen aan te leggen. Dit werd echter niet zo gezien door alle deelnemers, en sommigen zagen in dit verhaal een manier om de procedure te omzeilen met het oog op misbruik. Volgens de deelnemers moet het verband tussen fraude en het systeem gezien worden in het licht van de waakzaamheid bij apothekers en huisartsen voor fraude en misbruik en de ongedateerde voorschriften in het kader « individueel en collectief functioneren ».

Een betere communicatie tussen zorgverleners zou effectief fraude kunnen voorkomen.

Soms dwingt deze starheid de begunstigde om meer medicatie aan te kopen, wanneer deze bijvoorbeeld weet dat zijn medische kaart zal komen te vervallen. Het is dan echter **de waakzaamheid van de arts en de apotheker die verhoogd moet worden – met behulp van een GMD of een ander systeem met specialisten – om te vermijden dat de toegang tot gezondheidszorg belemmerd wordt.**

---

<sup>76</sup> Informaticasysteem van de vorderingen van ziekenhuizen.



## Eigen bijdrage van de gebruiker bij de betaling van geneesmiddelen

De eigen bijdrage van de gebruiker bij de aankoop van medicatie is een manier om begunstigden erop te wijzen dat medicatie niet gratis is en dat een financiële bijdrage dus nodig is. Zo beseffen ze dat geneeskunde geld kost, geld dat afkomstig is van de federale overheid of het OCMW. Niet alle deelnemers waren het hier echter mee eens; **bij sommige OCMW's was de medicatie helemaal gratis. De deelnemers zijn van mening dat dit het bewijs is dat de OCMW-gebruikers niet allemaal op dezelfde manier behandeld worden: er zijn OCMW's bij wie de gebruikers moeten betalen, en andere bij wie dat niet hoeft.** Sommige mensen waren van mening dat een eigen bijdrage van de gebruiker het systeem omslachtiger maakt voor apotheken, die deze eigen bijdrage moeten aftrekken van de factuur.

## Dubbel bis-nummer

De kwestie van het dubbele bis-nummer (persoon die bijvoorbeeld twee verschillende namen heeft gegeven) werd door twee mensen aangehaald als een moeilijkheid in MediPrima. Soms worden er twee medische kaarten door dezelfde persoon gebruikt, en dan is het moeilijk om deze persoon te vinden in het systeem.

## Partners en “relais-santé”

Wat de gebruiker en het institutionele betreft, is de groep van mening dat **het noodzakelijk is om partnerschappen op gezondheidsvlak (“relais-santé”) aan te gaan en de sociale coördinatie op medisch vlak te versterken, om zo de communicatie tussen vroedvrouwen, kinesisten, huisartsen, enz. te verbeteren. Het doel hiervan is om de afstand tot de patiënt te verkleinen.**

## Gebruiker en individueel functioneren

### Termijnen voor de toekenning van de steun

**Wat betreft de gebruiker en het individueel functioneren** gaven de deelnemers aan dat de termijnen voor het toekennen van bijstand een belemmering vormden. Bij twee aanwezige OCMW's moet de gebruiker immers een verzoek om bijstand indienen dat zelfs in geval van nood door de Voorzitter en de Secretaris moet worden ondertekend. Er zijn geen geldige noodbonnen **en er is geen delegatiesysteem.** De beslissing kan echter 1 à 3 weken op zich laten wachten. Sommige mensen reageerden door te zeggen dat er bij hun OCMW een delegatie is die de aanvraag (voor een betalingsverbintenis of medische kaart) kan ondertekenen, en dat deze daarna kan worden doorgegeven aan het Comité. Een andere afwijkende werking bij de OCMW's onderling is dat **alle ontvangers van een LL of een ELL een medische kaart krijgen als ze daarom vragen.** Dit is een vorm van harmonisatie die, in dit geval, barrières wil wegnemen die de toegang tot de gezondheidszorg belemmeren.

## Taalkundige en culturele drempels en administratieve rompslomp

De deelnemers gaven tevens aan dat **taalkundige achterstand en culturele verschillen** een barrière kunnen zijn voor de toegang tot de gezondheidszorg, evenals het feit dat het OCMW veel informatie geeft aan de begunstigden – informatie die in elke gemeente anders is – waardoor deze laatsten helemaal verdwalen in **het administratieve doolhof.** De SA heeft soms moeite om de werking van het

OCMW uit te leggen aan de gebruiker wegens de taalbarrière en het ontbreken van een tolk of vertaler. Soms speelt ook cultuur een rol, omdat de SA te maken krijgt met gebruikers met andere opvattingen (de begunstigde wil bijvoorbeeld alleen maar naar een dokter van hetzelfde geslacht gaan). Met betrekking tot het fraudegeval van verhaal 2 uitte een deelnemer zijn bedenkingen door op te merken dat een persoon met geestelijke gezondheidsproblemen niet altijd naar een afspraak kan gaan die door het OCMW wordt voorgesteld. Dit is ook het geval voor mensen met beperkte mobiliteit en andere aandoeningen die het hen moeilijk maken om zich naar het OCMW te verplaatsen. In het geval dat de persoon zich niet kan verplaatsen, geeft een persoon aan dat het OCMW de betalingsverbintenis naar het ziekenhuis doorfaxt. Soms stuurt de SA van het medisch centrum de fax. Dit zijn uitzonderlijke situaties, en **de SA moet een beetje « creatief » zijn opdat de persoon toegang tot de zorg kan krijgen**. Er moet enige flexibiliteit zijn bij de SA die de documenten bij de persoon thuis moet gaan afzetten.

## Beleidsverschillen bij de OCMW's: ontmoediging bij de gebruiker

**Sommige mensen hadden een medische kaart bij hun OCMW, maar moeten de hele procedure opnieuw beginnen wanneer ze verhuizen, zonder enige garantie dat ze dezelfde rechten zullen krijgen.** Enerzijds ontmoedigt dit hen om hulp te vragen, terwijl we al weten dat het niet gemakkelijk is om hulp te vragen aan het OCMW. Anderzijds verliest de persoon zijn weg in deze administratieve procedures, hetgeen de toegang tot de gezondheidszorg eveneens in de weg staat. Daarnaast zien we ook een toename van het aantal mensen die werken en om hulp vragen bij het betalen van de elektriciteitsfactuur, voeding, gezondheidszorg, enz. We merken werkelijk een grote stijging op van armoede bij de mensen.

## Aanbevelingen van groep 1

Er werd de leden van de groep gevraagd om op basis van de twee verhalen, en het door hen gewijzigde en aangevulde overzicht, aanbevelingen te doen met betrekking tot de toegang tot de gezondheidszorg en een harmonisatie van de praktijken en het beleid op dat vlak. De leden waren het eens over onderstaande punten, en waren tevens van mening dat harmonisatie moet worden bereikt door te gaan voor een nivellering naar boven van de rechten van de begunstigden.

## Aanbevelingen die gelden voor alle OCMW's

1. **De juiste balans tussen bijstand en controle:** de gebruiker moet altijd overal eerlijk wordt behandeld.
2. **Zodra de behoefte is aangetoond, automatische toegang tot basiszorg voor iedereen** (huisartsen, specialisten zoals cardiologen, enz.). De leden vonden dat men **nog altijd « geval per geval » moet werken, maar dat er een zeker automatisme moet bestaan, bijvoorbeeld voor personen die een LL of ELL ontvangen**. Anderzijds vonden de leden geen akkoord over de te maken berekening (zoals de OCMW's doen) voor de automatische toekenning van medische bijstand. Zij gaven hiervoor als reden aan dat dit behoort tot de bevoegdheid van het OCMW. Het maakt niet uit of dit gebeurt op basis van een budget of op basis van sociale hulp, maar de toegang tot basiszorg moet wel mogelijk zijn bij alle 19 OCMW's.
3. **Stel een lijst op van ziekenhuissupplement die automatisch door de OCMW's met eigen middelen gefinancierd worden** (bijvoorbeeld: thermometer, enz.).
4. **In geval van een verhuis, terugbetaling aan de voorwaarden van het oude OCMW zodat de persoon kan wennen aan de procedures van het nieuwe OCMW** (Geen onderbreking van de zorg. Als het oude OCMW bijvoorbeeld de kosten van de psycholoog dekt, en bij het nieuwe OCMW de

goedkeuring van het Comité vereist is, kan de persoon naar de psycholoog blijven gaan). Zelfs als dit in een latere fase geweigerd wordt door het nieuwe OCMW, is er toch een soort van gewenningsperiode voorzien.

5. **Lijst van « wie wat doet » bij de OCMW's** (niet de helpdesk maar wel de SA, de facturatediensten, enz.) op een website die bijgewerkt wordt. Dit verlicht de administratieve last en vermijdt onnodige werk van de SA.
6. **Informatiedocumenten voor gebruikers**, met afbeeldingen, schema's, openingstijden, enz.
7. **Harmoniseren van administratieve documenten** (zelfde lay-out voor het attest van dringende medische hulp, betalingsverbintenis, medische kaarten, enz.) en deze op een website zetten.
8. **Dezelfde stopzettingsprocedure van de medische kaart van MediPrima bij alle OCMW's**. In sommige OCMW's moet gewacht worden op de goedkeuring van het Comité, in andere kan dit onmiddellijk gebeuren.
9. **De zorgverlening toegankelijk maken in alle IRIS- en niet-IRIS-ziekenhuizen, zolang het RIZIV-tarief van toepassing is.**
10. **Sociaal assistenten informeren over nieuwe procedures die ingevoerd worden door het ministerie**, omdat zij het soms ook niet meer weten.
11. **Specialisten op de medische kaart/gezondheidskaart zetten die aan de gebruikers toegekend wordt** (indien het OCMW dit nog niet doet): breid de medische kaart uit naar alle verzorging die gerelateerd is aan de consultatie.
12. **Harmoniseren van de termijnen voor het toekennen van betalingsverbintenissen** (zo snel mogelijk).
13. **Een delegatie voor de ondertekening van de betalingsverbintenis of de medische kaart in alle OCMW's.**

## Partnerschappen versterken

14. **Algemeen IT-instrument voor huisartsen, apothekers en OCMW's** dat toegankelijk is met de ID-kaart, en waarop men de beslissing kan terugvinden in verband met de tenlasteneming. Dit zou de medische opvolging van de persoon, de dialoog tussen artsen, en tussen artsen en apothekers moeten vergemakkelijken. Voor de OCMW's is dit ook nuttige informatie.
15. **Ontmoetingsplaatsen voor medewerkers van OCMW's** (tussen eerstelijns Sociaal Assistenten, tussen facturatieafdelingen, tussen cellen voor DMH, enz.)
16. **Een adviserend geneesheer in het OCMW** die met meerdere OCMW's tegelijk kan werken. Dit om de subjectiviteit bij de Sociaal Assistent en het comité te verminderen, bijvoorbeeld bij de aanvraag van een medisch rapport. De adviserend geneesheer kan akkoord gaan met een aantal zaken, zonder dat het medisch beroepsgeheim in het gedrang komt. Artsen onder elkaar spreken dezelfde taal, en ze begrijpen elkaar. De Sociaal Assistent is daarentegen niet opgeleid om de voorschriften van een arts te begrijpen (voorbeeld: plastische en niet-esthetische chirurgie, enz.).

## Federale overheid en RMW/BCSD

17. **Ontmoetingen tussen de vertegenwoordigers van de OCMW's en de inspectiediensten om de samenhang te vergroten.**
18. **Harmoniseren van de controles van de POD MI en de sociale onderzoeken.** De POD MI moet op het terrein komen en de Sociaal Assistenten en de andere departementen dezelfde informatie bezorgen omtrent de richtlijnen.

# Leden van de tweede participatieve onderzoeksgroep

De groep bestond uit mensen met de volgende functies:

- Een sociaal assistent van het departement sociale actie
- Twee sociaal assistenten van de algemene sociale dienst
- Een sociaal assistente van de cel personen die illegaal op het grondgebied verblijven
- Een adjunct-coördinator van het OCMW
- Een verantwoordelijke van de dienst gezondheidszorg en plaatsing voor senioren en medische kaarten

6 OCMW's waren vertegenwoordigd in deze tweede participatieve onderzoeksgroep.

## Verhalen van Groep 2

Twee verhalen werden door de deelnemers geselecteerd, die na opname hieronder letterlijk worden weergegeven.

### Verhaal 1: « Parcours van de strijder »

*« Dit is het verhaal van een dame die naar het onthaal van het OCMW ging om een afspraak te vragen. Deze dame was niet alleen, ze werd vergezeld door twee vriendinnen. Nu weet ik niet of dit echt haar vriendinnen waren, ze waren ook Roemeens, en het waren vrouwen die goed bevriend waren en die allemaal op dezelfde kelderverdieping woonden. Ze maakt dus een afspraak, en krijgt die ook op een later moment met mij. Maar, vóór deze afspraak komt het onthaal tot bij mij: « Pas een beetje op, je hebt een afspraak met een heel belangrijke familie ». Ik krijg de grote lijnen en heel veel vooroordelen voorgeschoteld: Roemeense nationaliteit, het zijn dieven, en nog ander fraais.... Ik denk bij mezelf: « OK, fantastisch, dit wordt geweldig ». Mevrouw had een afspraak, mevrouw komt niet opdagen. Wij hebben de opdracht om de persoon terug te bellen als deze niet naar de afspraak komt. Maar deze persoon had helemaal geen telefoonnummer, en ook geen adres. Pech dus. Ik liet de zaak voorlopig dus voor wat ze was. De week erna komt mevrouw echter opdagen in het midden van de dag. « Hallo, ik had een afspraak, ik kom naar mijn afspraak... ». Maar de afspraak was helemaal niet op dat moment. Maar OK, ik aanvaard haar te zien. Aangezien het allemaal zo ingewikkeld was, wilde ik ervan profiteren om haar te ontmoeten, anders zie ik ze nooit meer terug. Ze kwam met haar twee vriendinnen. Eigenlijk hadden deze twee vriendinnen afgelopen vrijdag ook een afspraak en waren ook zij niet komen opdagen. Nu komen ze dus alle drie op hetzelfde moment om mij te zien. Ik zie de dames de éne na de andere, maar aangezien er maar een van de dames Frans sprak, was ik verplicht om haar te gebruiken als tolk om de dame bij te staan over wie dit verhaal feitelijk gaat. Zonder tolk had ik haar immers niet kunnen helpen. Dus, ze komt binnen, ze legt uit dat ze 9 kinderen heeft, dat ze hier woont. Eerst zegt ze in het Noordstation, dus ik denk bij mezelf: "Geen zorgen: bevoegdheid OK". Ze legt me dus uit dat er vier kinderen in Roemenië zijn, en dat ze hier met de kleintjes is. De oudere kinderen zouden bij hun Roemeense familie zijn. Dat is me nooit bevestigd, dus ik weet niet of het klopt. Ze legt uit dat ze ziek is, en dat het allerkleinste kind ziek is. En dan geeft ze me een hoop facturen, facturen die klaarblijkelijk al een hele tijd in een schuif lagen. Ik denk bij mezelf, "Mijn God, wat is dat hier allemaal?". Het is winter: slaapt ze de hele tijd in het Noordstation? De dame die aan het vertalen was, zei « nee, nee, soms slaap ze bij mij thuis ». En waar is dat? Ik kende dat appartement vrij goed, want*

*ik was er al eerder geweest. Ik denk dus: « Oei oei oei, zij, 5 kinderen, de andere vrouw... ». Dat zijn wel heel veel mensen voor een kelderverdieping met maar 2 kamers. Dat is op het randje. » De kinderen zijn nooit in België naar school geweest. Deze dame had al een tijdelijke verblijfsvergunning, aangezien ze uit de EU komt, en ze was er vast van overtuigd dat ze werk zou vinden toen ze hier aankwam. Helaas is dat niet gelukt. Dus uiteindelijk liep haar verblijfsvergunning af. Ik wist dat ze al een tijdje in België was omdat ze al een aanvraag had ingediend bij een ander OCMW, en ook al geholpen was bij dat andere OCMW, maar haar ook vaak hulp geweigerd werd. Ik kreeg te horen dat de dame vaak opdook aan het onthaal van het OCMW zoals ze ook bij ons had gedaan, maar steeds als antwoord kreeg « Je moet eerst een afspraak maken ». Dus, deze dame heeft het echt wel zwaar. Ik leg haar alle administratieve verplichtingen uit, en zeg welke documenten ingevuld zullen moeten worden. Ik wist al dat we een betalingsverbintenis voor melk zouden moeten maken, enz. Ik had alles goed uitgelegd en ik dacht ook dat ze het goed had begrepen. Ik was tot de conclusie gekomen dat het niet nodig was om een huisbezoek te doen, omdat ze volgens haar dossier in het Noordstation woont. Het had geen zin om een adres op te schrijven, het was toch echt een zeer ingewikkelde situatie. Het andere wat me opviel was dat de kinderen niet naar school gingen. Mevrouw wilde ze naar school sturen. Omdat ze geen Frans sprak, wilde ze ook Frans leren, dus was ik al begonnen met de nodige formaliteiten om dat voor haar te regelen... En dan was er ook nog dat kleine meisje dat erg ziek was. Ik stel dus een paar vragen: Gaat mevrouw vaak bedelen met dit kleine meisje, en is dat de reden waarom zij zo vaak ziek is in de winter? Klaarblijkelijk wel. Ik wilde haar sensibiliseren door te zeggen dat zoiets verboden is. Jammer genoeg had ze hier geen oren naar. Tijdens mijn huisbezoeken zag ik haar vaak met haar kleine meisje op straat. Ik moet jullie zeggen dat ik aan dit soort zaken maar weinig kan doen. Nu blijkt dat zij ook aanwezig was op het moment dat ik een huisbezoek bracht aan de andere dame die met haar was meegekomen op de afspraak. Het ging immers om drie dossiers. Ik heb dus met eigen ogen kunnen zien in welke omstandigheden zij leefden. Het was een echte ramp. Overal stonden bedden, matrassen, tassen,... een ramp. Het zou dus echt geen evidentie zijn om huisvesting te regelen, maar goed, zonder huisvesting... We moeten eerst de kinderen naar school zien te sturen omdat mevrouw altijd haar 5 kinderen bij zich heeft. De vader is afwezig. Ik heb hem hoogstens twee keer gezien. Het is een man die niet praat, die de hele tijd boos wordt op zijn vrouw. Ik weet niet waarom ze ruzie maakten, want ze spraken Roemeens. En dan dat kleine meisje van 9 maand oud dat bleef huilen omdat haar ouders ruzie hadden. Je speelt dan verschillende rollen: psychiater, sociaal assistent, een beetje alles door mekaar feitelijk. Dus, nu wist ik niet wat ik moest doen. Ik had de dame er opnieuw aan herinnerd dat de attesten van dringende medische hulp aan mij bezorgd moesten worden. Wat ik dus gedaan heb, omdat het zo ingewikkeld is, is het vooraf aanvullen van de attesten van dringende medische hulp, met de juiste data, de naam, geboortedatum en adres, enz. van de persoon in kwestie. Omdat de artsen er gewoonlijk niet alle informatie op zetten. Ik werk alles af, ik geef alles aan de dame voor het dichtstbijzijnde medische huis waar ze naartoe zou gaan. Ik wacht en wacht, maar geen nieuws. Af en toe heb ik haar kunnen bereiken via haar tolk, die zelf een begunstigde was. Voor mij was het dus al moeilijk: je geeft informatie aan deze vrouw, terwijl je niet eens weet of ze wel degelijk bevriend zijn. Het is een spijtige zaak, maar ik moet het risico nemen, het is de enige manier om deze dame te helpen. Het is quasi onmogelijk om in ons land een vertaler te vinden voor Roemeens. Er zijn er feitelijk geen. Dus, geen nieuws. Maar op een dag krijg ik haar toch te pakken en zeg dat we moeten gaan omdat ze deze certificaten nodig hebt, anders zou ze de dringende medische hulp niet krijgen. Want telkens ze bij mij komt is het « en het kleintje is ziek, en ik heb melk nodig, enz. ». Ik weet het, ik weet het! Uiteindelijk zijn we er dus in geslaagd om te onderhandelen met het medische huis, dat haar niet wilde accepteren omdat ze haar geboorteakte, enz. verloren had. Ze kon niet eens bewijzen dat het haar eigen kinderen waren. Er was zelfs een kind dat niet eens aangegeven was. Weet je dat als de politie komt, ze dit kind van je afnemen, omdat we niet weten of het jouw kind is? Dat was iets voor in een latere fase, maar wat nog steeds niet in orde is. Dus, ik heb eindelijk de attesten van DMH. Ik neem ze*

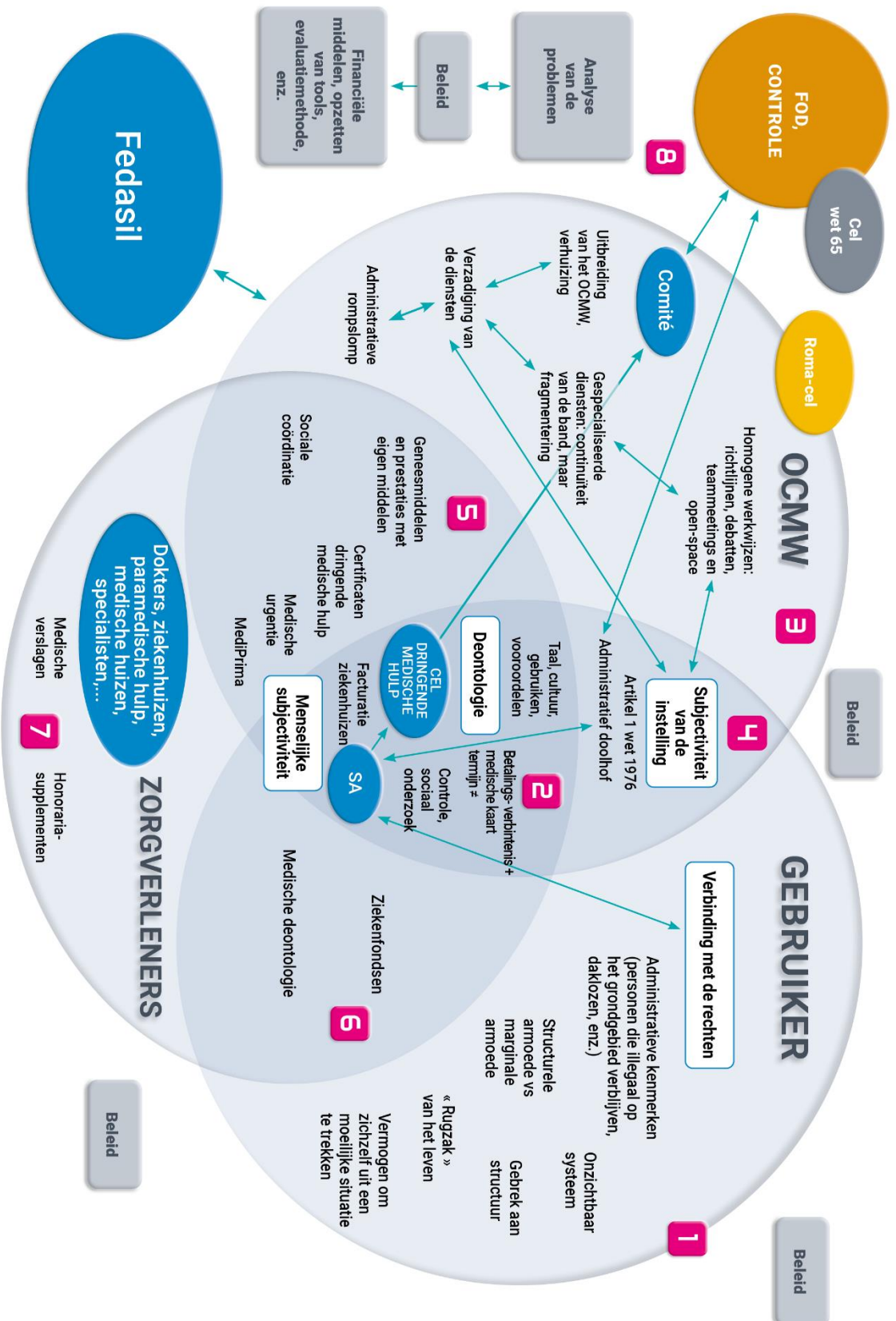
*mee voor de zekerheid. Ondertussen ben ik naar de apotheek gegaan om ook daar te gaan onderhandelen omdat de vrouw geen melk had. De dokter was hier niet van op de hoogte, want het was de persoon aan de receptie van het medisch huis die de 7 attesten (1 attest per persoon, waaronder de kinderen) heeft getekend. Het gaat sneller als we niet eerst de dokter moeten zien. Dan probeer ik dus hemel en aarde te bewegen bij de apotheek om melk te krijgen voor het kleine meisje, want zij was ook erg ziek op dat moment, ze had diarree, enz. Er waren dus heel specifieke dingen nodig. De apotheek ging initieel niet akkoord, wat ik begrijp! Er is geen gezondheidskaart, geen betalingsverbintenis, en we weten niet eens of er iets zal komen. Dus, eerst zegt de apotheek nee. Dan onderhandel ik, ik stel mezelf goed voor, we proberen om een oplossing te vinden. Ze gaan akkoord om melk te geven. Maar ze noteren mijn naam, mijn voornaam en de volgende dag moest ik terugkomen met de betalingsverbintenis. Een betalingsverbintenis vragen bij een OCMW voor babymelk zonder actieve gezondheidskaart... niet evident! Wat de zaak ook bemoeilijkte, was de gezondheidskaart die nog steeds actief was in het andere OCMW's. Gewoonlijk wordt gevraagd dat de persoon zelf naar het andere OCMW gaat om te zeggen dat hij ben hen vertrokken is, en om een certificaat van beëindiging van de bijstand te vragen. Anders zien we heel duidelijk in het MediPrima-systeem dat dit niet wordt verwijderd, en dat het systeem blokkeert. Maakt niet uit hoe vaak ik mijn dossier opstuur, het zal altijd blokkeren. Nu, in dit geval heb ik deze dame niet eens gevraagd om dit te doen, ik heb het zelf gedaan als een soort van assistente. Iets wat ik trouwens helemaal niet leuk vind, ik ben geen assistente. Maar ik heb dus zelf contact opgenomen met het andere OCMW. Het heeft veel tijd gevraagd om de gezondheidskaart geschrappt te krijgen, want je moet het OCMW aan de lijn krijgen, je moet spreken met de juiste sociaal assistent. Ik kan jullie verzekeren dat het niet makkelijk was in de winterperiode en tijdens de feestdagen. Uiteindelijk lukt het me, en krijg ik de gezondheidskaart erdoor. Ik had ook nog andere werk op de plank. Deze dame had geen kleren, geen eten. Eén dag op vier kon ze bij haar vriendin gaan slapen, dus in de tussentijd deed ik wat ik kon bij Samusocial om een onderkomen te vinden voor een familie van 7 personen midden in de winter. Een huzarenwerk. Ik moest dus meerdere zaken regelen dan uitsluitend het medische. En dan was er nog dat kleine meisje dat maar ziek bleef worden. En het ziekenhuis dat me opbelt en vraagt « Verzorgt deze dame haar kinderen goed? Moeten we de kinderbescherming niet op de hoogte brengen? Ik antwoord dat dit helemaal niet nodig is. Deze dame zorgde goed voor dit kleine meisje. De situatie was gevaarlijk omdat het winter was, en omdat ze met het meisje ging bedelen, maar de liefde van dat kleine meisje mochten ze haar niet afnemen. Maar het echte probleem was de samenwerking met vertaaldiensten, ziekenhuizen en apotheken, om uiteindelijk een gezondheidskaart af te leveren. Hetgeen twee maanden later ook gebeurd is. We zwijgen dan nog van het feit dat ons OCMW het recht voor een jaar openstelt, en we de kaart om de drie maanden afleveren. Elke drie maanden ontvangt de persoon de kaart dus op zijn thuisadres. Maar deze dame had geen thuisadres! Ze had geen telefoonnummer. Ik wist niet hoe ik haar moest waarschuwen wanneer de gezondheidskaart klaar lag. Op een dag zag ik dat ze de kaart kwam halen, maar toen had ik geen contact met haar. Ik heb haar nooit meer gezien. Ze heeft de banden met ons verbroken, ik denk dat ze bang werd omdat de ziekenhuizen met haar begonnen te praten over de kinderbescherming en zo. Ze is dan maar vertrokken naar God weet waar. Het is jammer, want ik was erin geslaagd om een echte vertrouwensband met haar op te bouwen. Ze wilde door niemand anders dan door mij ontvangen worden bij het OCMW. De volgende dag ben ik dan naar de apotheek gegaan met het document dat de avond voordien ondertekend was door het Comité, en ging ik zelf van de ene afdeling van het OCMW naar de andere. Zo kon ik erop toezien dat elke medewerker de betalingsverbintenis voor mijn ogen opmaakte. In principe werkt dit niet zo, en duurt het veel langer. Het is niet de sociaal assistente die dit doet! ».*

## Verhaal 2: « Ongelijke behandelingen »

*« We zijn toch een groot OCMW heel wat sociaal assistenten. De gemeente is onderverdeeld in geografische sectoren. Elke sector heeft 7, 8, 9 sociaal assistenten en een sectorverantwoordelijke. De verantwoordelijke corrigeert het dossier. Er was toen nog geen cel voor dringende medische hulp en alles werd afgehandeld door de verschillende sectorverantwoordelijken. We hadden al opgemerkt dat er verschillen waren tussen de verantwoordelijken onderling op het vlak van correcties, uitleg enzovoort. Anderzijds volstond, voor de dringende medische hulp bijvoorbeeld, vaak een gewone medische kaart, en was het rapport simpelweg een copy-paste van de situatie van de persoon van 2 of 3 jaar eerder. Het rapport verandert niet, maar de situaties evolueren natuurlijk wel. Daarnaast hebben we ook opgemerkt dat er verschillen waren tussen de verschillende sociaal assistenten bij de toekenning van de steun. Soms werden zelfs medische kaarten geweigerd voor een persoon die een LL kreeg als alleenstaande. En toen zeiden de dienstverantwoordelijken op een bepaald moment: « Zoiets is niet mogelijk ». Het is niet mogelijk om als alleenstaande menswaardig te leven met een LL, het is onmogelijk om de huur, het gas en de elektriciteit en al de rest te betalen. Wat we in eerste instantie hebben gedaan, is het opstellen van interne richtlijnen om te proberen een soort van gelijke behandeling te bekomen. Dit betekent niet dat de richtlijnen letterlijk moeten worden toegepast. Elke situatie is anders, er is altijd het onderzoek van de aanvraag, en we zijn niet altijd verplicht om de richtlijnen letterlijk op te volgen. Maar zeker wel voor bepaalde zaken, zoals het LL voor alleenstaanden, enz. Maar er kunnen altijd zaken zijn die buiten de richtlijnen vallen. Dit hebben we dus als eerste georganiseerd. Ten tweede, om de problemen met de dringende medische hulp op te lossen, hebben we de cel Dringende Medische Hulp opgezet. In die tijd was ik het die samen met het dienstverantwoordelijke nadacht over hoe we verder zouden evolueren. We hebben een systeem opgezet waarbij we een eerste afspraak inplannen, en drie maanden later automatisch een nieuwe afspraak plannen, met dezelfde sociaal assistent, om te proberen een vertrouwensband te creëren, en een betere opvolging te hebben. Wij hebben ervoor gezorgd dat de sociaal assistenten in deze cel elke twee of drie weken op bezoek gaan bij de bestaande instellingen in de gemeente en in de rest van Brussel, om te zien wat er als sociaal netwerk bestaat, om mensen te kunnen heroriënteren en een betere opvolging te kunnen garanderen. Nu draait de cel vrij goed. Vrij snel stelden we vast dat er een betere opvolging was van de gezondheidskaarten en MediPrima. Maar voor alles dat niets te maken had met MediPrima en de medische kaart, zoals bijdragen met eigen middelen, was er nog steeds een verschil tussen de sociaal assistenten onderling. We hebben dus getracht om het eens te worden over enkele richtlijnen. Het probleem was dat mijn collega en ik het niet eens waren. Want ik ga er altijd van uit dat men iemand niets kan weigeren als het gaat om medische bijstand. En dus is er zowel intern in het OCMW, als daarbuiten, ongelijkheid met betrekking tot de toekenning van bijstand. Waarom zou iemand die in de ene gemeente woont, en niet in de onze, wel hulp kunnen krijgen, maar niet in een andere gemeente? Bij de OCMW's is er voor alles wat betreft medicijnen D een akkoord nodig van het Comité voor dringende medische hulp, bijvoorbeeld. »*



DIAGRAM GROEP 2: Belemmeringen voor de toegang tot de gezondheidszorg: is harmonisatie mogelijk/gewenst?





## Uitleg van overzicht 2

Dit overzicht werd goedgekeurd door de tweede participatieve onderzoeksgroep. In het diagram vinden we 4 actoren terug: OCMW's, gebruikers, zorgverleners en beleid/regulering.

In het diagram:

- **Beleid en regelgeving** omvatten de andere drie actoren omwille van hun hiërarchische positie. Hun beslissingen hebben een directe invloed op alle zorgverleners, gebruikers en OCMW's. Zij voorzien de instrumenten en middelen die nodig zijn voor hun activiteiten. Ze hebben evaluatiemethodes die van bovenaf worden opgelegd. Ze werken niet op het terrein, maar nemen beslissingen en analyseren problemen om te komen tot structurele oplossingen.
- **De OCMW's** zijn ook politieke actoren, ten dienste van de burgers. Zij hebben banden, voor wat betreft gezondheidszorg, met zorgverleners en hun gebruikers. In het OCMW staat de sociaal assistent(e) (SA) op de eerste lijn. Bij sommige OCMW's is het de « Cel Dringende Medische Hulp », die zich bezighoudt met de dossiers van mensen die illegaal op het grondgebied verblijven.
- **De zorgverleners** zijn onder andere de huisartsen, ziekenhuizen, specialisten, medische huizen, enz. Ze werken rechtstreeks met de OCMW's en staan op de eerste of tweede lijn voor wat betreft gezondheidszorg van de gebruikers.
- **Gebruikers** zijn alle personen die op een bepaald moment de hulp van een OCMW nodig hebben om hun recht op medische bijstand of dringende medische hulp te openen.

## De gebruiker (kader 1)

### Sprekende administratieve spoken: onzichtbaarheid van het systeem

Een eerste factor die betrekking heeft op de gebruikers en die door een van de deelnemers wordt benadrukt, is **het structurele onvermogen om het verblijfsrecht te regulariseren**. Deze Roemenen, Europeanen, zijn in feite **onzichtbaar voor het systeem** (1ste verhaal). Ze kunnen vaak niet geregulariseerd worden. Echter, « *wie geen verblijfsdocumenten heeft, heeft ook geen huisvesting, geen werk, geen onderwijs* ». We hebben te maken met « **sprekende administratieve spoken** ». In verhaal 1 is er ook « *de koppige, niet aflatende sociaal assistent* ».

De deelnemers zagen de urgentie van de situatie en hadden oog voor de onverzettelijkheid van de sociaal assistent: « *Ze gaat recht op haar doel af: verzorging mogelijk maken voor de mensen. Daarnaast moet ze opboksen tegen collega's van het onthaal die hun eigen vooroordelen hebben.* » Mensen beoordelen bepaalde situaties op een andere manier, en de opmerkingen zijn ongelukkig. Deze mensen zonder verblijfsvergunning verstoppen zich. Als ze bij het OCMW komen aankloppen, is dat omdat ze geen andere uitweg meer zien. Ze zijn echter **niet gestructureerd**. Hoe kunnen we hen duidelijk maken dat ze afspraken moeten naleven, naar een medisch huis moeten gaan, enz.?

## Er bestaan mogelijkheden

Dit wordt getemperd door een deelnemer die aangaf dat deze mensen nochtans over middelen beschikken. « *Soms worden situaties geregulariseerd, ook al is dit gekkenwerk. Het duurt soms jaren tot ze papieren hebben, een baan. De sociale zekerheid is in België echter zeer goed uitgebouwd. Europese gezinnen staan voor veel uitdagingen, maar dringende medische hulp is een fundamenteel recht. Roemenen, Polen of mensen uit Oost-Europa werken vaak in de bouw, enz. Ze kunnen wel degelijk stabiel en niet noodzakelijkerwijs onzeker werk vinden. Het kan dus wel.* »

## Rugzak van het leven

Nog steeds met betrekking tot Verhaal 1 benadrukken de deelnemers dat de oordelen en de overtuigingen van de mensen de zaken bemoeilijken: « **de rugzak van het leven** ». Het gaat om mensen met een bepaalde cultuur, een bepaalde opleiding, een bepaald geloof. Wat is hun vermogen om zelf met een moeilijke situatie om te gaan? Dit zijn barrières. « *Waar draait het om in het leven? Om bedelen? Is de situatie in België beter dan in Roemenië? Dat weten we niet. Bij elke situatie moeten we rekening houden met de rugzak van het leven die iedereen met zich meedraagt* ».

## Armoede zou iets marginaals moeten zijn

Een deelnemer herinnerde eraan, zowel met betrekking tot verhaal 1 als tot verhaal 2, dat het de taak van de OCMW's is om er zo snel mogelijk voor te zorgen dat de persoon de hulp van het OCMW niet langer nodig heeft, en dat hij of zij aan zijn of haar moeilijke situatie kan ontsnappen: « *Mensen die bij ons aankloppen, willen hier eigenlijk niet komen of blijven. Armoede moet iets marginaals zijn en niet iets structureels* ».

## De sociaal assistent staat centraal in het systeem

### (kader 2)

Kader 2 staat centraal omdat het de kern van het systeem vormt en omvat zowel gebruikers als zorgverleners en OCMW's. Dit alles wordt overkoepeld door de regelgeving en de politiek. We vinden hier de sociaal assistent terug, die in contact staat met al deze actoren, evenals de « Cel Dringende Medische Hulp » als deze bestaat bij het OCMW.

## Deontologie en sociaal assistent(e)

Een deelnemer herinnerde eraan dat Sociaal Assistenten **werktechnieken en een deontologie hebben**. Het is technisch werk, maar toch zijn Sociaal Assistenten ook mensen. Er is het fundamentele kader van artikel 1 van de wet van 1976. Daarin wordt verwezen naar de grondwet, en naar de mensenrechten. Het doel van de Sociaal Assistent(e) is om met de tools die ter beschikking staan personen toegang te geven tot een menswaardig leven. Toch moeten we ook rekening houden met het gedrag van de Sociaal Assistent, met hun gebreken als mens, **en met de subjectiviteit die daarbij hoort**. Met betrekking tot verhaal 1, wezen twee mensen op het basisprincipe; het toekennen van DMH. De SA kan het proces echter vertragen als de persoon niet naar de afspraken komt, of de vragen niet beantwoordt en zijn leeftijd, telefoonnummer, of adres niet doorgeeft voor het sociaal onderzoek. Dit remt de Sociaal Assistent af. Een deelnemer zei: « *Ook al wil ik niet focussen op het administratieve, en wil ik sociaal werk leveren, soms kan ik niet anders* ».

## Gebrek aan transparantie en eerlijkheid

De deelnemers merkten op dat er een **gebrek aan transparantie en eerlijkheid** is. De Sociaal Assistent kan niet aan iedereen hetzelfde geven. Het sociaal onderzoek moet concrete gevallen van behoeftigheid en armoede aan het licht brengen. Toch is er overal sprake van discriminatie. Bijvoorbeeld: een persoon zal in een ziekenhuis niet op dezelfde manier ontvangen worden als in het andere. Dit gebrek aan transparantie en eerlijkheid vinden we terug in verhaal 1, omdat de Sociaal Assistent in kwestie niet op dezelfde manier zal reageren als alle andere Sociaal Assistenten. Maar ook in verhaal 2 kunnen we zien hoe moeilijk het voor twee verantwoordelijken is om een akkoord te vinden over de richtlijnen die binnen de OCMW's zelf moeten worden opgesteld.

## Ongelijke behandeling

De deelnemers waren het er allemaal over eens dat niet iedereen de dossiers op dezelfde manier behandelt. Er is dus sprake van een **ongelijke behandeling binnen de OCMW's** (tweede verhaal). Een deelnemer legt uit dat hij Sociaal Assistenten heeft gekend die weigerden een aanvraag in te dienen. Dit is illegaal. Sommige Sociaal Assistenten weigerden bijvoorbeeld om persoonlijke schulden ten laste te nemen. De SA wil geen tijd verliezen met deze zaken, waarachter vaak grotere problemen schuilgaan. In dit specifieke geval heeft de hiërarchie het departement gewezen op zijn plichten op dat vlak. De deelnemer legt uit dat we de ongelijke behandeling overal terugvinden, maar dat het basisprincipe van « *welwillende neutraliteit* » niet vergeten mag worden.

Een deelnemer zegt ook, in verband met het tweede verhaal, dat er veel ongelijkheden tussen OCMW's bestaan. Er zijn mensen **die niet willen verhuizen**, omdat ze zeggen dat het OCMW van de andere gemeente de hulp zal weigeren. Ze kunnen ook liegen en zeggen dat ze niet zijn verhuisd om hun rechten te behouden. Een sociaal onderzoek brengt dergelijk bedrog echter snel aan het licht.

Een deelnemer merkte op dat veel mensen **zich niet bewust zijn van hun recht om in beroep te gaan tegen een beslissing**. Veel Sociaal Assistenten leggen de gebruikers niet uit dat zij in beroep kunnen gaan wanneer ze een aanvraagformulier ondertekenen. Deze praktijk is illegaal.

## De werkdruk

Een ander punt dat door een persoon werd aangehaald, is dat de werklust van Sociaal Assistent aanzienlijk is. « *Wanneer je 18 huisbezoeken per week hebt, is het onmogelijk elk bezoek even aandachtig en goed uit te voeren* ». De sociaal assistenten worden moe en minder aandachtig. Dit zijn **individuele factoren die een invloed hebben op het werk (eerste en tweede verhaal)**. De deelnemers waren het erover eens dat we allemaal mensen zijn, en dat dergelijke zaken een invloed hebben op de rechten van de persoon.

De deelnemers hadden het ook nog over **de taalbarrière** en het gebrek aan vertalers of tolken om zaken te behandelen. Dit is heel duidelijk naar voren gekomen in verhaal 1.

## Moeite om alle dossiers op te volgen: burn-out

Een andere deelnemer sprak **over burn-outs bij de teams, en de verleiding om een dossier te minimaliseren, omdat één extra dossier vele andere dossiers met zich meebrengt**. Het GPMI (Geïndividualiseerd Project voor Maatschappelijke Integratie), bijvoorbeeld, heeft alles nog complexer gemaakt. Maar het komt er uiteindelijk op neer dat ze niet over het institutionele en organisatorische kader beschikken om hun werk goed te doen. Als de Sociaal Assistent(e) overspoeld wordt met werk, wordt het heel moeilijk voor hem/haar om een zekere afstand te bewaren. Het GPMI verhoogt de werklust, maar kan het mogelijk maken om kwaliteitswerk te leveren op een bepaald vlak. Door clausules aan het document toe te voegen, is het mogelijk om een GPMI om gezondheidsredenen op te maken, teneinde een persoon vrij te stellen van het zoeken naar een baan. Het is mogelijk om GPMI's van andere OCMW's te importeren, en dat is positief omdat er zo een band gecreëerd wordt tussen de OCMW's en de gebruiker. Dit is echter niet altijd mogelijk.

## De oude « sociaal assistent »

Wat het eerste verhaal betreft, wijzen de deelnemers op de notie van de « **oude sociaal assistent** ». Eén persoon zegt: « *Sinds ik ben afgestudeerd heb ik het gevoel dat het beroep van Sociaal Assistent alleen maar administratiever is geworden. In een paar jaar tijd zijn we van een welvaartstaat naar een actieve welvaartstaat geëvolueerd. Artikel 1 van de OCMW-wet (organieke wet van 6 juli 1976) moet*

gerespecteerd worden. Tegemoetkomen aan de eisen van de hiërarchie, omgaan met de administratieve last, het hele traject afleggen, het is onmogelijk om dit te doen voor alle dossiers. We moeten opnieuw werken als « old school » sociaal assistenten. Dit heeft alles te maken met training en structuur. Het heeft niets te maken met de motivatie van het individu. **De huidige Sociaal Assistenten zijn ook heel goed, maar ze moeten veel meer vaardigheden hebben en zich bezighouden met veel meer structuren, administratie en een veel ingewikkeldere wetgeving. Er is minder ruimte om een relatie op te bouwen, om menselijk te zijn.** » Een deelnemer zegt dat we de zaken ook niet te negatief mogen zien, want de SA heeft toch nog steeds de mogelijkheid om een dossier tot een goed einde te brengen. Het is altijd mogelijk om manieren te vinden om te communiceren. Wanneer een persoon een telefoon heeft, bijvoorbeeld, kan deze altijd opgebeld worden (1ste verhaal).

Een deelnemer haalt een bijkomend probleem aan: « *hoe laten we hen begrijpen dat ze een volmacht moeten tekenen voor de maximumfactuur? Boven een bepaald bedrag dat het OCMW voor hen betaalt, is het normaal dat het OCMW dit recupereert, maar de gebruikers begrijpen dit niet altijd* ».

## Cultuur als remmende factor

**Het culturele aspect** is een andere barrière voor toegang tot gezondheidszorg. De cultuurschok wordt door verschillende deelnemers aangehaald. Een SA is bijvoorbeeld van een welbepaalde origine, de gebruiker van een andere. Dat zal leiden tot blokkeringen in het dossier. « *Het is onderhuids, maar het is smerig* » merkt een deelnemer op. Soms komt het van de begunstigde, soms van de SA. Hij voegt toe: « *Een gebruiker heeft me uitgemaakt voor racist omdat ik iets weigerde. Soms worden bepaalde mensen ook voorgetrokken: je vraagt je soms af waarom het ene dossier sneller verloopt dan het andere bij de aanvraag aan het Comité* ».

In sommige OCMW's is het ook zo dat als de persoon een auto heeft, hij geen gezondheidskaart krijgt. Dit zijn zeer strenge richtlijnen die volgens een deelnemer uitgebannen moeten worden, met betrekking tot het tweede verhaal.

## De Cel Dringende Medische Hulp (kader 2)

### Tijdwinst en verbindingen

**De Cel Dringende Medische Hulp staat ook centraal** in het diagram, aangezien zij de dossiers binnen het OCMW moet beheren voor de gebruikers met de zorgverleners, met respect voor het geldende beleid/regelgeving.

Een van de deelnemers reageerde op het tweede verhaal door te wijzen op het belang van het hebben van een gespecialiseerde cel Dringende Medische Hulp. Een dergelijke situatie vereist immers specifieke vaardigheden en kennis. Er is de Dringende Medische Hulp, maar ook het aspect van begeleiding: de SA is er in het eerste verhaal in geslaagd om een vertrouwensrelatie op te bouwen en dit was ontzettend moeilijk. **Voor OCMW's die geen cel Dringende Medische Hulp hebben, moeten de Sociaal Assistenten alles doen en dat is tijdsverspilling. Wanneer er een cel Dringende Medische Hulp is in het OCMW, kunnen bepaalde taken gedelegeerd worden.**

Een andere kwestie is het kunnen doorverwijzen van mensen naar verenigingen die werken met hetzelfde soort publiek en dezelfde soort aanvragen. Een cel Dringende Medische Hulp kan helpen bij het opzetten van deze relaties. Het tweede verhaal toont duidelijk aan **dat het mogelijk is om een cel Dringende Medische Hulp op te richten binnen een OCMW zonder dat dit ingaat tegen de richtlijnen. Dit zal echter afhangen van de omvang van het OCMW en de financiering ervan.**

## De attesten van Dringende Medische Hulp

Met betrekking tot het eerste verhaal hadden de deelnemers het ook over de SA die de **attesten van Dringende Medische Hulp van tevoren invult** om te voorkomen dat er fouten worden gemaakt. Niet alle OCMW's doen dit. De persoon die het verhaal vertelde, legt uit dat de artsen fouten maken als zij dit doen. Wanneer het om een verlenging gaat, is de datum erg belangrijk en vaak vergissen zij zich. Het OCMW belt hen hierover regelmatig op met de vraag of het OCMW de datum op het attest kan wijzigen. Voor de meeste artsen is dit geen probleem. Als gevolg hiervan is de SA begonnen om ze op voorhand in te vullen. Dit bespaart ook een aanzienlijke hoeveelheid tijd. De andere deelnemers legden echter uit dat zij niet op deze manier te werk zijn gegaan en betwijfelden of dit wel wettelijk was.

## Gezondheidskaarten of medische kaarten, en MediPrima

Sommige leden van de werkgroep kwamen tijdens de gesprekken tot de vaststelling dat **attesten van Dringende Medische Hulp niet bij alle OCMW's dezelfde zijn**. Zo wordt bijvoorbeeld niet altijd het BIS- of INSZ-nummer vermeld, noch het land van herkomst, noch het paspoortnummer. Bovendien is **de geldigheidsduur van de attesten van DMH anders** bij de verschillende OCMW's (sommige zijn drie maanden geldig, andere één maand). Een van hen merkte op dat dit leidt tot aanzienlijke beperkingen voor de informatisering van het maatschappelijk werk. Een paar jaar geleden waren de kaarten van karton, nu staat er een foto op, enz. En het is beter als de geldigheidsduur van de kaart in een OCMW langer is. Het kan soms heel lang duren alvorens iemand een afspraak krijgt bij een specialist, en soms moeten mensen langer wachten dan hun medische kaart geldig is.

## Betalingsverbintenissen die vooraf worden verlengd

Wat het eerste verhaal betreft, gaf een aanwezige aan dat **hij zijn betalingsverbintenissen maakt door alle kosten op voorhand te voorzien voor het Comité, inclusief alle geneesmiddelen met eigen middelen, zodat de gebruikers niet naar het OCMW moesten terugkeren**. Alles omtrent de ziekte staat al beschreven en is al voorzien. Een andere deelnemer antwoordde dat het verslag de aanvraag moet rechtvaardigen, en dat de behoeften niet op voorhand ingeschat kunnen worden. De deelnemer die op deze manier te werk gaat, en alles aanduidt op de betalingsverbintenis, legt uit dat hij dit doet om geen bijkomende administratieve lasten te hebben. De andere deelnemer is van mening dat dit belangrijke kosten zijn voor het OCMW en **dat dit daarom goed moet worden gemotiveerd**.

Een andere persoon geeft aan betalingsverbintenissen te maken per afspraak. Dit maakt een opvolging, een uitwisseling met de persoon mogelijk. Dit hangt echter af van de ziekte. **Als het gaat om een chronische ziekte, maken de meeste leden van de groep betalingsverbintenissen die een langere periode bestrijken**. Er is het principeakkoord uit het verslag van de SA, maar daarna moet ook de praktische kant van de zaak volgen, met alle zorg met betrekking tot de ziekte.

**Er moet worden opgemerkt dat er bij één van de OCMW's sprake is van een segmentering van de diensten, hetgeen een sterke belemmering vormt voor de goede interne werking bij dit soort praktijken, omdat het voor bepaalde pathologieën noodzakelijk is om via de dienst betalingsverbintenissen te gaan. Voor andere pathologieën die niet binnen de gedragslijnen vallen, is het filiaal verantwoordelijk voor het uitreiken van een medische kaart**. Dit brengt ons opnieuw bij het tweede verhaal en de denkoefening met betrekking tot de in te voeren gedragslijnen. Dit is echter ook relevant voor het eerste verhaal, waar we het gevecht van de SA zien om het wettelijke traject te omzeilen bij het toekennen van de vereiste betalingsverbintenissen.

## Facturatie van de ziekenhuizen

Wat het tweede verhaal betreft, wees een iemand in de groep erop dat Dringende Medische Hulp duur is. Als het dan om eigen middelen gaat, is dit een enorme uitgavenpost, **vooral voor wat betreft ziekenhuisrekeningen. Hij kan dus begrijpen dat de federale overheid meer wil controleren, maar DMH is een fundamenteel recht.** Zelfs voor een gezondheidskaart moeten er bewijzen van inkomsten gevraagd worden. Indien deze er niet zijn, kent het OCMW's dit recht niet toe. Ook het sociaal onderzoek uitgevoerd door het ziekenhuis is cruciaal, omdat dit tijd uitspaart voor de SA van het OCMW. Beter samenwerken met ziekenhuizen zou nuttig zijn.

## Het OCMW als entiteit (kader 3)

### Opdeling van de departementen

Wat het tweede verhaal betreft, gingen de deelnemers akkoord dat er in elk OCMW een structuur van **gespecialiseerde diensten** is omdat de hiërarchie beseft dat er verschillen zijn op het vlak van functioneren. Volgens de meeste deelnemers heeft **het implementeren van gedragslijnen geholpen bij het homogeniseren van de werkwijzen.** Ook voor de opvolging is dit beter, mensen zijn niet langer slechts een nummer.

Verscheidene aanwezigen wezen echter ook op het gevaar van **een versnippering van de departementen.** Dit veroorzaakt spanningen. Het doel van de opdeling in verschillende departementen (facturering, betalingsverbintenissen, medische bijstand, enz.) is om de diensten te ontlasten, maar **dit leidt tot een ontwrichting in de verwerking van de aanvragen.** De diensten praten weinig met elkaar en alleen de eerstelijns SA kent de precieze inhoud van het dossier (1ste verhaal).

De leden van de groep maakten zich grote zorgen over de versnippering van de departementen. In het OCMW van één aanwezige woedde een debat over de **dienst betalingsverbintenissen.** Volgens hem is dit een verzadigd departement, dat er abnormaal lang over doet om aanvragen te behandelen. Het gaat nochtans om dringende aanvragen. De dienst betalingsverbintenissen moet vaak de politie opbellen, vanwege het geweld van gebruikers. Het zijn medewerkers die focussen op het administratieve en ze hebben veel medische bewijzen nodig. De SA kan het Comité om een principeakkoord vragen, en als de aanvraag wordt goedgekeurd, kan de dienst betalingsverbintenissen een betalingsverbintenis toekennen zodat de zorg in een bepaald ziekenhuis of bepaalde paramedische dienst verleend kan worden. Voor het overige kan de behandelend arts alleen een betalingsverbintenis geven voor artsen die op de medische kaart staan. Voor de anderen moet de persoon naar dienst betalingsverbintenissen gaan; een overbevraagde dienst die niet in de buurt ligt van het filiaal en de woonplaats van de gebruikers. Dit levert grote problemen op. Niet alleen is er tijdverlies (de verplaatsing), maar het vraagt ook veel energie (het verzamelen van alle gevraagde documenten voor de administratie, enz.). Het gaat hier voornamelijk om gedragslijnen van het OCMW (tweede verhaal).

### LL voor alleenstaanden, toegang tot het recht

Alle deelnemers waren van mening dat, **wanneer het om de menselijke waardigheid gaat, het LL voor een alleenstaande moet samengaan met de gezondheidskaart. Dit komt omdat het LL voor een alleenstaande onder de armoedegrens ligt.** Met een LL kan een alleenstaande persoon in Brussel niet rondkomen. Het is onmogelijk om daarvan de huur, lasten, gas, elektriciteit, en gezondheidszorg te betalen. Een van de deelnemers vindt dat mensen die een LL voor het gezin krijgen, en kinderbijslag krijgen voor meerderjarige kinderen, enorm veel geld kunnen ontvangen, en dus niet in aanmerking



komen voor een medische kaart. **Dit heeft betrekking op de homogeniteit van de praktijken en gedragslijnen van de OCMW's** (tweede verhaal).

## Locatie van de departementen

Een deelnemer zegt dat het feit dat departementen geografisch ver uit elkaar liggen, problematisch kan zijn. We hebben de filialen, de geconventioneerde of niet-geconventioneerde ziekenhuizen, de hoofdzetel, een lijst met medische huizen en met huisartsen, en daarnaast ook nog een databank met paramedici, tandartsen, psychiaters, enz. De persoon moet naar gelang zijn behoeften naar een bepaalde plaats worden doorverwezen. Dit kan leiden tot ongelijkheid. Het is interessant om verschillende diensten op te richten, maar dan moeten deze diensten wel efficiënt werken, en op noodsituaties kunnen reageren. **Dit heeft te maken met de notie van gespecialiseerde dienstverlening en de continuïteit van de zorg.**

Bovendien kunnen de problemen verschillen van filiaal tot filiaal. **Binnen een gemeente zijn er soms grote verschillen tussen buurten wat betreft de sociaaleconomische status van de gebruikers, leeftijd, cultuur, enz.**

## Open space en teammeetings

Nog steeds met betrekking tot het tweede verhaal, gaf een deelnemer aan dat er vroeger geen personeelsverloop was, en dat alle collega's hun hele loopbaan bij het OCMW werkten. Maar het team is gegroeid. **Het OCMW is uitgebreid. Voorheen werkten ze op een soort van plateau en de nieuwe collega's werden meteen ingepast.** Er zijn nu veel meer aanvragen, het departement is groter, de Sociaal Assistenten zitten nu in aparte kantoren. Vroeger zat iedereen op het plateau, maar mettertijd werd het moeilijker om nieuwe collega's in te passen, en de « oude Sociaal Assistenten » hadden minder tijd om nieuwe collega's op te leiden. Er is tegenwoordig wel een verloop omwille van de burn-outs van mensen. Een open space is een mogelijk antwoord op de problemen die voortvloeien uit de hierboven beschreven versnippering van de diensten.

Als reactie hierop legt een lid uit dat er in één OCMW een voorbereidende vergadering is voordat het speciaal Comité plaatsvindt. Eén donderdagochtend op twee komen alle Sociaal Assistenten van het OCMW samen met de Voorzitter, de Secretaris en het afdelingshoofd, en worden alle dossiers één voor één besproken. Alle dossiers waarover niet gesproken dient te worden, zitten in een witte map. Over de rest wordt dan wel gesproken. Soms zien we dingen die nogal absurd zijn. De SA die iets weigert in een dossier, maar het Comité dat toch goedkeurt. Het gebeurt niet vaak, maar het gebeurt wel. Het gebeurt niettemin erg zelden dat medische zorg geweigerd wordt. Een groepsdebat is belangrijk en dit maakt het mogelijk om een zekere objectiviteit in de besluitvorming en **een homogene behandeling** te garanderen. **Verskillende visies komen met elkaar in contact, het is een democratischer proces.** Dit OCMW heeft echter steeds meer dossiers, dus het wordt steeds moeilijker om de teammeetings in te plannen.

De meerderheid van de deelnemers vond dat het werken in een **open space het mogelijk maakt om ervaringen uit te wisselen en te discussiëren.** Dit is belangrijk. Hierdoor is er een harmonisering in de dossiers van Sociaal Assistenten van dezelfde cel. Ze denken samen na en geven elk hun standpunt en visie.

In een ander OCMW legt een persoon uit dat ze elke maandagochtend een teamvergadering hebben die begint met een praktijkvoorbeeld. Ze kunnen er echt samen over praten. *« Zo voelt de SA met 15 jaar ervaring zich op dezelfde manier als de SA met maar 2 jaar ervaring, en vice versa ».*

Alle deelnemers waren van mening dat het belangrijk was om geval per geval te bespreken en de vergaderingen te hebben. Er was maar één deelnemer die aangaf dat ze in haar OCMW hadden geprobeerd dit uit te proberen, maar tevergeefs.

## Implementeren van gedragslijnen

Eén deelnemer gaf aan dat er te veel verschillen tussen de Sociaal Assistenten waren. Zijn OCMW wilde gedragslijnen invoeren (2e verhaal) met één enkele medische kaart voor medische hulp en dringende medische hulp. **Een algemene gedragslijn die tevens rekening houdt met de eigen bijdragen heeft het mogelijk gemaakt om meer gelijkheid te creëren binnen het OCMW.** Elk afdelingshoofd gebruikt hetzelfde bedrag voor de beschikbare quotiteit, zoals vaste kosten (alles om het budget op te maken), bijvoorbeeld. **Er zijn nog steeds verschillen, maar wel veel minder.** « *Als iemand rookt, bijvoorbeeld, wordt hier dan rekening mee gehouden in het budget of niet?* »

## Brusselse Roma-cel

Een lid van de groep legt uit **dat er in de stad Brussel een Roma-cel is**, met straathoekwerkers die contact hebben met rondtrekkende mensen. Ze werken met Samusocial. Sommige OCMW's maken hier deel van uit. Het is eerstelijnswork, ze stappen naar de mensen toe op straat. Ze beseffen dat het een maatschappelijke realiteit is dat veel rondtrekkende mensen zich in grote steden vestigen. De woonplaats is echter één van de criteria die bepaalt welk OCMW bevoegd is. Anderzijds is dit **nog steeds een vorm van versnippering** van het aanbod, aangezien we alleen geïnteresseerd zijn in de Roma-publiek. Zoiets druist dus in tegen wat hierboven is gezegd, **omdat we niet iedereen op gelijke voet behandelen.**

## Communicatie tussen de OCMW's

Een deelnemer legt uit dat er een gebrek aan communicatie tussen de OCMW's is. Bijvoorbeeld, soms werd een onderzoek van de HZIV<sup>77</sup>, van de mutualiteit, van de dienst vreemdelingenzaken, al uitgevoerd door een OCMW. Als de persoon dan verhuist, is het meestal nodig om opnieuw te beginnen (1e verhaal, traject van de SA).

## Het OCMW en de gebruiker (kader 4)

In het vierde kader vinden we de relatie tussen het OCMW en de gebruiker terug. De deelnemers gaven aan dat het eerste verhaal duidelijk aantoont dat er een echt **administratief doolhof** bestaat, en dat de vastberadenheid van de SA van cruciaal belang is. « *Het is een echt monnikenwerk, een geloof van links naar rechts* ».

## Hoofd Sociaal Assistent

Met betrekking tot het tweede verhaal zei een deelnemer dat het altijd de Hoofd SA is die het laatste woord heeft, ongeacht het verslag van de SA, en dat dit een probleem is. Toch zegt een deelnemer die ook hoofd is, dat hij de SA een paar keer ontmoet om meer uitleg te geven/vragen en alles probeert te begrijpen alvorens een negatief te geven. Dit is volgens de deelnemers echter niet de gewoonlijke manier van werken: soms overlegt de hoofd SA niet met de SA, en geeft hij een negatief advies zonder de persoon en het dossier te kennen. Dit is een barrière voor de toegang tot de gezondheidszorg. **Dit toont de subjectiviteit in de instelling aan.**

---

<sup>77</sup> Hulpkas voor Ziekte -en Invaliditeitsverzekering (HZIV).



## De regelgeving en de administratieve rompslomp

De Sociaal Assistenten moeten een aantal vereisten respecteren, met name opgelegd door **de organieke wet van 1976**. De vertrouwensrelatie die zij proberen te ontwikkelen met de begunstigen wordt echter beïnvloed door **alle administratieve eisen die worden opgelegd door de FOD en het OCMW**. Het functioneren van de instellingen is van cruciaal belang. De Sociaal Assistenten moeten omgaan met beperkingen, met beleid op het vlak van migratie, enz. Er moet een kader zijn waarin gewerkt kan worden, en het is niet mogelijk om iedereen te helpen. We mogen geen onderscheid maken, we moeten iedereen gelijk behandelen. Binnen de OCMW's reageren de Sociaal Assistenten echter niet op dezelfde manier, en dat komt tot uiting in de praktijk (1ste verhaal). Er zijn manieren van werken die anders zijn in elk OCMW, en die sommige OCMW's strafbaar maken (2de verhaal).

## Subjectiviteit in de instelling

Wat de toegang tot gezondheidszorg betreft, waren de deelnemers het erover eens dat er sprake is van **positieve en omgekeerde discriminatie: we integreren de mensen, en dit is de missie van de OCMW's, maar niet iedereen wordt op gelijke voet behandeld**. Er is subjectiviteit in de instelling: de Voorzitter heeft een politieke kleur en de raadsleden ook. De hiërarchie is zich niet bewust van de realiteit op het terrein, en zij percipiëren de realiteit vaak anders.

De oversten vergeten dat Sociaal Assistenten vaak geval per geval moeten behandelen. Ze worden geconfronteerd met verschillende culturen, **gebruikers met specifieke, unieke problemen**. De subjectiviteit in de instelling is veelzeggend in de zin dat ook de Sociaal Assistenten de gebruikers niet allemaal op dezelfde manier behandelen. Er zijn deontologische regels, maar die worden anders geïnterpreteerd.

## Het OCMW en de zorgverleners (kader 5)

### Medische urgentie en de attesten van dringende medische hulp

De deelnemers hadden het over problemen met medische urgenties en het administratief doolhof om de aanvaarding van de hulp erdoor te krijgen bij het OCMW (1ste verhaal). Ze hadden het vooral over **de attesten van dringende medische hulp** die niet altijd goed ingevuld werden. Facturen komen pas later omdat mensen meteen naar de spoedgevallen gaan. **Ofwel worden mensen van het ene OCMW naar het andere gestuurd zodat het juiste attest van dringende medische hulp door de arts kan worden ingevuld** (met het juiste logo, met de juiste vakjes die aangevuld worden).

### Sociale coördinaties

**Niet alle OCMW's hebben zich in hun sociale coördinaties beziggehouden met het thema gezondheid**. Sommige deelnemers legden echter uit dat dit een waardevol instrument is. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat het ook gebruikt wordt door andere OCMW's? Er is een groot verschil op dat vlak tussen de OCMW's onderling. Bovendien staat de gemeente in voor sommige sociale coördinaties, terwijl andere een democratischer proces kennen, en waar OCMW's slechts een plaats zijn waar gebruikers op gelijke voet behandeld worden. Dit is iets dat opgelegd zou moeten worden van bovenaf, en een meer algemeen karakter zou moeten hebben.

## Geneesmiddelen met eigen middelen

**De lijst van geneesmiddelen D is volgens de deelnemers een voorbeeld van een goede praktijk die dezelfde is voor iedereen en opgezet werd door Federatie van Brusselse OCMW's en de apotheken.**

Een deelnemer gaf echter aan dat de aanvraag toch moet worden goedgekeurd door het Comité als de persoon illegaal op het grondgebied verblijft, zelfs al staat het medicijn op de lijst.

## Verantwoordelijkheid van de dokters

Een deelnemer geeft aan dat ook de artsen een verantwoordelijkheid dragen. Deze zijn nu soms te laks, en ondersteunen iets te snel de aanvraag voor een gezondheidskaart. Soms verklaren ze de mensen arbeidsongeschikt voor onbepaalde tijd. Het OCMW kan niet tussenkomen in het medisch beroepsgeheim, maar **soms vragen de verantwoordelijken en de SA om bewijsdocumenten, omdat wij ernaar streven om mensen uit de bijstand te krijgen.** Anderzijds moeten bepaalde artsen soms verzoeken tot ziekenhuisopname ondersteunen, en willen zij dit niet doen. De politie komt niet altijd tussenbeide bij zeer ernstige gevallen van mentale gezondheidsproblemen.

Bovendien zijn er ook onterechte attesten. Een andere SA stelt zich vragen over de collectieve verantwoordelijkheid. Er is een gebrek aan bereidheid om mensen te helpen die in ongezonde omstandigheden moeten wonen. Sommige mensen slagen erin om een huis te verwerven, maar krijgen het daardoor moeilijk om een LL te ontvangen. Het LL moet echter worden toegekend aan mensen die een lening af te betalen hebben. **Soms is het nodig om mensen te helpen die een achterstand hebben bij het afbetalen van hun lening, zelfs al krijgen ze een werkloosheidsuitkering (tweede verhaal).**

## MediPrima

Volgens de deelnemers werkt MediPrima vrij goed, behalve als er sprake is van bugs in de software. Soms zien ziekenhuizen niet hetzelfde als het OCMW. **De kaart staat open, maar het ziekenhuis kan dit niet zien.** De deelnemers willen graag dat het systeem ook beschikbaar wordt gemaakt voor artsen en apothekers.

## De gebruiker en zorgverleners (kader 6)

### Mutualiteit

De mutualiteit is een partner tussen de gebruiker en de arts, omdat het OCMW altijd de verzekeraar van de aanvrager zal controleren of hem bij de HZIV zal inschrijven om toegang tot de rechten te geven. **Nochtans betalen niet alle OCMW's de betalingsachterstand bij de ziekenfondsen, hetgeen een barrière is voor de toegang tot gezondheidszorg.**

### Medische deontologie

De medische deontologie werd ook als belangrijk beschouwd omdat medische gegevens op documenten beveiligd moet worden. **Het medisch beroepsgeheim moet gehandhaafd blijven.** Soms worden er echter wel onterechte attesten afgegeven. De OCMW-raadsleden nemen soms contact op met de dokter om uitleg te vragen waarom een persoon niet opnieuw aan het werk kan gaan.

## De zorgverleners (kader 7)

### Hospitalisatie in een IRIS of in een niet-IRIS-ziekenhuis

Eén deelnemer zegt dat een patiënt naar alle ziekenhuizen in Brussel kan gaan, op voorwaarde dat zij het RIZIV-tarief toepassen (in tegenstelling tot andere deelnemers die zeggen dat ze enkel doorsturen naar IRIS-ziekenhuizen). Het lijkt erop dat sommige privéziekenhuizen ook conventies hebben afgesloten met OCMW's, en dat zo iets dus niet alleen gebeurt met openbare ziekenhuizen van het IRIS-netwerk. Sommige ziekenhuizen aanvaarden de medische kaart echter zonder veel problemen, terwijl andere ziekenhuizen de persoon wegsturen, zelfs als zij een medische kaart hebben. De OCMW's moeten het ziekenhuis bellen en zeggen dat de medische kaart geldig is en hen geruststellen, hen uitleggen dat ze betaald zullen worden, enz.

### Honorariumsupplementen

Eén lid van de groep herhaalt nogmaals: als niet duidelijk staat aangegeven dat het RIZIV-tarief moet worden toegepast, zullen de ziekenhuizen altijd proberen om kleine **supplementen** toe te voegen. Soms moet de patiënt bij aankomst in het ziekenhuis betalen. Zelfs als het OCMW zegt dat ze niet hoeven te betalen, dan doen ze het toch, omdat het ziekenhuis hen zegt dat ze geen behandeling krijgen als ze niet betalen. Voor mensen die terugkeren naar het OCMW zonder dat zij verzorging hebben gekregen, is dit tijdverspilling, en voor het OCMW is dit een administratieve last. Dit zijn absurde situaties. De deelnemers zouden het goed vinden indien de OCMW's een standaard medische kaart zouden maken, een standaard netwerk (tweede verhaal). **Waarom vinden de IRIS- en de privéziekenhuizen geen akkoord om allemaal deel uit te maken van dit netwerk, vroeg een deelnemer zich af.** Vooral omdat er aanmaningskosten zijn: soms betaalt het departement medische zorg deze, maar families die het systeem niet goed begrijpen, ontvangen soms enorme facturen.

### Regelgeving, beleid en controles van de FOD

Rondom alle cellen vinden we de politieke en macro-aspecten. Het gaat hier om de betoelaging, maar ook om het wettelijke kader (wet van 2 april 1965<sup>78</sup> en de wet van 7 juli 1979<sup>79</sup>) en alles wat onder de controle en het toezicht van de FOD valt.

### Het veld als beslisser

De deelnemers waren het erover eens dat harmonisatie moet worden bereikt op allerlei vlakken, niet alleen op het gebied van de gezondheidszorg. Hier zitten ideologische keuzes achter die het mogelijk maken om beslissingen te nemen. Er is weerstand op zowel individueel als maatschappelijk niveau. De OCMW's zijn onvoldoende vertegenwoordigd en **implementeren niet vaak genoeg nieuwe tools**. *« Wie is de woordvoerder van het OCMW? Dit is niet de Voorzitter, dit zijn niet de raadsleden, niet de bazen van het filiaal. We zien meer en meer agressiviteit bij de OCMW's en niemand spreekt hierover. Dit is te wijten aan een gebrek aan informatie voor gebruikers aan wie hulp geweigerd wordt, maar ook aan de nood om steeds meer controles uit te voeren. De SA is er om ervoor te zorgen dat de rechten maar ook de plichten van de gebruikers worden gerespecteerd. Soms is het management niet op de hoogte van deze agressiviteit. »* **Het is daarom voor de meerderheid van de aanwezigen zo dat wanneer er op macroniveau een beslissing wordt genomen, men vaker de realiteit op het terrein als**

---

<sup>78</sup> Zie website POD MI: <https://www.mi-is.be/nl/wetgeving/wet-van-2-april-1965-betreffende-het-ten-laste-nemen-van-de-steun-verleend-door-de-ocmws>

<sup>79</sup> Organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, *B.St. van 05/08/1976, p. 9876. Err.: B.St. van 26/11/1976, p. 15027.*

**uitgangspunt zou moeten nemen.** Dit is zo zelfs wanneer er op het einde beslissingen genomen moeten worden. De kracht van het OCMW bevindt zich juist op het terrein, waar ze een microanalyse kunnen doen. Maar hoe zorgen we ervoor dat deze microvisie ontwikkeld wordt met impulsen van het macroniveau, en dat deze beide visies compatibel zijn met elkaar? Binnen de OCMW's is er behoefte aan « *voortrekkers die voorstellen doen over de organisatie door het benoemen van bepaalde problemen* ». « *Soms hebben we het gevoel dat wij het niet zijn die de dingen zullen veranderen, maar in feite heeft iedereen een verantwoordelijkheid.* » Er moet een verband gelegd worden, een nieuwe dynamiek, met verantwoordelijken, waaronder de Voorzitters, met kennis van de verhalen zoals beschreven in dit onderzoek. **Een leidraad** moet het mogelijk maken om de problemen, de systemen, en ook de middelen die beschikbaar moeten zijn met elkaar in overeenstemming te brengen, om zo tot oplossingen te komen.

## Administratieve werkdruk

De deelnemers gaven aan dat er procedures worden ingevoerd **omdat de FOD steeds meer eisen stelt aan de OCMW's**. Er zijn meer en meer documenten die bij de sociale verslagen gevoegd moeten worden. Het beleid van de OCMW's komt mede tot stand door de maatregelen die door de FOD genomen worden. De administratieve eisen zijn enorm en **dat is een belemmering voor gebruikers om hulp te komen vragen**. Het is zo ingewikkeld dat ze naar de spoedgevallen in de ziekenhuizen gaan. Ze zijn bang om te komen omdat ze zoveel papieren moeten afgeven dat ze er hun weg in verliezen. Maar sommige ziekenhuizen zullen de persoon wegsturen omdat ze vooraf een garantie willen van het OCMW.

Bovendien **baseert de FOD zich niet enkel op het advies van de SA, die geen arts is, om te bepalen of een medische kaart nodig is**. Er zijn verschillen in de werkwijzen aan het licht gekomen tijdens de gesprekken voor zowel medische hulp als voor dringende medische hulp: **in sommige OCMW's is een medisch attest vereist en in andere niet**. Bovendien heeft een deelnemer aangegeven dat in zijn OCMW, als de gebruiker een LL + 10% ontvangt, er een verslag nodig is, en zo niet heeft hij recht op medische hulp. Maar dit is niet in alle OCMW's het geval. Dit is enkel zo in dat ene OCMW. Twee mensen vonden **dat medische bewijzen nodig waren voor mensen met hogere inkomens, maar niet voor de anderen**. Dit is opnieuw het resultaat van een andere praktijk. Een andere deelnemer geeft aan dat om dringende medische hulp gedurende meer dan een maand te kunnen toekennen, de SA moet weten waarom dit precies nodig is. Er is met andere woorden een medisch attest nodig. Een deelnemer herinnerde eraan dat er in België een aantal mensen graag komen « shoppen » in de gezondheidszorg. Dat is ook de reden waarom deze medische bewijzen vaak noodzakelijk zijn. De FOD zal dan een tegenonderzoek uitvoeren om na te gaan of er een echte zorgbehoefte bestaat.

## Vertraging tussen OCMW en Fedasil

Een deelnemer geeft aan dat het OCMW een paar jaar geleden **mensen terugstuurde naar Fedasil**. De OCMW's moeten gezinnen met minderjarige kinderen ten laste die illegaal op het grondgebied verblijven, documenten in een Fedasil-centrum laten ondertekenen met betrekking tot hun terugkeer. Dat Fedasil-centrum zal dan medische en materiële bijstand verlenen. Zij hebben echter het recht om dit te weigeren, en dat is wat ze in de praktijk allemaal doen. Deze deelnemer legt uit dat een gebruiker er ooit mee had ingestemd om deze procedure te doorlopen, maar dat hij uiteindelijk terugkeerde naar het OCMW, omdat de procedure zo complex was (verschillende document afgeven, op dat uur, voor die afspraak, enz.). De persoon heeft er de brui aan gegeven en verkozen om in België te blijven.

## Afgifte van medicatie en certificaten

Alle deelnemers zeggen dat er **farmaceutische overzichten** gevraagd werden om de kosten van de geneesmiddelen te bepalen. Apotheken leveren dit gratis. Voor het attest **wordt er echter vaak een verslag opgemaakt door de arts** die voor deze persoon een aanvraag tot medische bijstand doet bij het OCMW. **Sommige OCMW's hebben echter geen medische bewijsstukken van artsen nodig.** Een deelnemer geeft aan dat indien een persoon verzorgd wil worden in een niet-IRIS-ziekenhuis en een betalingsverbintenis nodig heeft, er een aanvraag van de arts nodig is. **Dit zijn praktijkvoorbeelden die afwijken van de richtlijnen van het BCSD. En dit is dan weer het gevolg van de verschillende werkwijzen van de inspecteurs van de POD MI: het ene OCMW wordt niet op dezelfde wijze gecontroleerd als het andere.**

## Aanbevelingen van groep 2

### Beperkingen van de harmonisatie: geen nivellering naar beneden!

Volgens de deelnemers **leiden de demografische realiteit en de verschillende doelgroepen in elke gemeente tot een ander beleid.** De OCMW's zijn een lokale dienst die werken met de lokale bevolking, hiermee moet rekening worden gehouden.

Als aan alle OCMW's gevraagd wordt om op dezelfde manier te werken, en dit leidt tot **een nivellering naar beneden**, dan zal de harmonisatie verschillen veroorzaken tussen een OCMW dat meer middelen heeft dan een ander OCMW. We zouden veel minder doen voor gebruikers dan nu het geval is. **In sommige minder rijke gemeenten zou het budget veel lager zijn. Het is beter om de OCMW's intern te harmoniseren, dan de toegankelijkheid te harmoniseren.** Het zijn de administratieve procedures waarover de OCMW's met elkaar een akkoord moeten vinden. De procedures zijn gekoppeld aan het budget, en dus kan dit leiden tot een nivellering naar beneden.

Het is al redelijk complex om de praktijken in één OCMW te harmoniseren. Het zal dus zeker niet eenvoudig zijn om ook op gewestelijk niveau tot harmonisatie te komen. De visies, benaderingen, opvattingen zijn anders.

## Voorstellen

Op basis van de gesprekken hebben we de deelnemers gevraagd welke praktijken en/of beleidslijnen geharmoniseerd zouden moeten worden in de toekomst. Zij hebben de volgende voorstellen gedaan:

1. **Harmoniseren van de toegang tot ziekenhuizen.** Mensen die het gewoon zijn om naar een welbepaald ziekenhuis te gaan, mogen niet naar een ander ziekenhuis gestuurd worden. Sommige privéziekenhuizen hebben conventies met de OCMW's gevraagd en dit zijn goede maatregelen. Soms worden de betalingsverbintenissen gemakkelijk aanvaard, maar dit is niet altijd het geval. Dit verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis. Het is belangrijk om problemen met de facturatie te vermijden, vooral met niet-geconventioneerde artsen.
2. **Harmoniseren van de toegang tot gezondheidszorg met betrekking tot betalingsverbintenissen en gezondheidskaarten.** Er moeten duidelijke en uniforme regels zijn zodat iedereen op dezelfde manier werkt, vooral tijdens de maanden waarin de medische kaart geldig is. Ook moet er uniformiteit zijn op het vlak van het type medische kaart dat wordt toegekend.
3. **Invoeren van een gemeenschappelijk attest van dringende medische hulp voor alle OCMW's.**
4. **Het de SA mogelijk maken om het attest van dringende medische hulp op voorhand in te vullen (dus vóór de afspraak met de arts).** Sommige gegevens ontbreken wanneer de arts het document invult.
5. **Ervoor zorgen dat alle ziekenhuizen het RIZIV-tarief gebruiken.**
6. **Betalen van de ziekenfondsbijdragen door alle OCMW's, zelfs met terugwerkende kracht.** Niet iedereen wil naar de HZIV gaan.
7. **Uitwisseling van gegevens door de OCMW's, met name voor wat betreft het GPMI.** Het is wenselijk om een zekere continuïteit te hebben in het geval van een verhuis. Als het OCMW in de andere gemeente het GPMI niet wil opsturen, is het soms nodig om helemaal van nul te herbeginnen.
8. **Optimaliseren en harmoniseren van MediPrima.** Maak er een gemeenschappelijk hulpmiddel van en streef naar een uitfasering van het papieren systeem. Identificatiefiches met foto's van mensen maken de gezondheidszorg toegankelijk, maar er kan evengoed gebruik gemaakt worden van chipkaarten voor de dringende medische hulp. Sommige OCMW's werken al met chipkaarten, dus is het beter om overal op die manier te werken.
9. **Harmoniseren van de werkwijzen bij de analyse van de staat van behoeftigheid.** Voordat er maatregelen genomen worden, is het belangrijk te weten welke problematieken er op gewestelijk niveau aangepakt moeten worden. Het systeem voor de analyse van de staat van behoeftigheid moet geobjectiveerd worden.
10. **De interpretatie harmoniseren; de typische gebruiker moet overal op eenzelfde manier beoordeeld worden.** Bijvoorbeeld, het consequent toekennen van een medische kaart aan mensen die een LL krijgen. De gezondheidskaart moet meteen worden toegekend aan alleenstaanden (en niet-samenwonenden) die een LL ontvangen (dit zou nog steeds gecontroleerd moeten worden door het sociale onderzoek). Zo moeten we komen tot een gemeenschappelijke beoordeling, en tot één uniforme interpretatie.
11. **Betaling door de OCMW's van privéverzekeringen** voor de dekking van tandheelkundige kosten, ziekenhuisfacturen, en andere uitgaven. Iedereen moet 100% verzekerd zijn. Privéverzekeraars kunnen misschien een bredere dekking bieden dan ziekenfondsen. Vandaag is 99% van de Belgische bevolking aangesloten bij een ziekenfonds. Er is een verhoging nodig van de terugbetaling van de ziekenfondsbijdragen voor de 1% mensen die niet in regel zijn met de mutualiteit en die geholpen worden door het OCMW.



## Conclusie kwalitatief onderzoek

De twee participatieve onderzoeksgroepen kwamen elk anderhalve dag bijeen, vergezeld door een begeleider en twee onderzoekers. In totaal waren 14 van de 19 OCMW's in het gewest vertegenwoordigd. De deelnemers in elke groep bekleedden verschillende hiërarchische posities. De groepen bestonden ook uit mensen die werkten voor zowel kleine als grote OCMW's (op het vlak van het aantal begunstigden).

De twee groepen van het participatief onderzoek hebben verschillende gesprekken gevoerd op basis van zeer uiteenlopende verhalen. Toch zijn er een aantal vergelijkbare zaken aan het licht gekomen. Beide groepen hebben het over controle versus sociale bijstand, en de moeilijkheden die de SA ervaart om deze twee te combineren. De SA speelt een dubbele rol. Daar waar de leden van Groep 1 een grotere flexibiliteit van het Comité voorstellen voor welbekende situaties (voor mensen zonder verblijfsdocumenten) of hun bezorgdheid uiten over het feit dat een facturatedienst de medische voorschriften uitpluist, benadrukt Groep 2 het menselijke aspect altijd en overal moet primeren in het beleid van het OCMW. De SA heeft een eigen visie, net als het Comité, hoewel er gedragslijnen zijn. Deze visie wordt trouwens bepaald door het sociale onderzoek, dat moet beantwoorden aan de vereisten van de FOD. In dit verband wezen beide groepen op de toenemende administratieve rompslomp voor de SA. Groep 1 geeft aan dat de helpdesk van de POD MI verschillende antwoorden geeft op dezelfde vraag. Groep 2 legt uit dat er een overdracht van federale materie naar de OCMW's plaatsvindt, en dat dit het werk van de SA bemoeilijkt (vooral voor wat betreft geneesmiddelen D die door de OCMW's met eigen middelen worden gedekt).

Nog steeds met betrekking tot het menselijke en de SA, benadrukt Groep 2 dat de SA binnen een precies kader werkt (de deontologie vastgelegd in de wet van juli 1976). Als mens ervaren zij de dingen echter op een persoonlijke manier, en streven zij zoveel mogelijk naar een gelijke behandeling van eenieder. Er is echter een zekere subjectiviteit in de instelling. Alhoewel de SA het dossier het beste kent, heeft deze toch niet het laatste woord (dit is ofwel de hoofd-SA, die soms een negatief advies uitbrengt zonder de SA te raadplegen, ofwel het Comité). Niettemin heeft deze groep het belang onderstreept van procedures voor overleg en debat tussen de verantwoordelijken (voorzitter, secretaris, hoofd-SA en andere Sociaal Assistenten), die het mogelijk maken om een zeker mate van gelijkheid tussen de verschillende dossiers te hebben. Deze praktijken zijn interessant en misschien moeten de OCMW's overtuigd worden om op deze manier te werken.

De eerste groep roept op tot een betere samenwerking tussen zorgverleners en OCMW's. Sommige leden zijn van mening dat het niet de verantwoordelijkheid van het OCMW is om medische attesten te controleren, en dat we vertrouwen moeten hebben in de artsen. Niet iedereen is het hier echter mee eens. Bovendien vragen niet alle OCMW's om medische rapporten omdat ze niet over een raadgevend geneesheer beschikken om deze te analyseren. Deze groep spreekt ook over een zekere laksheid bij de artsen die onterechte attesten uitschrijven, of te veel medicatie voorschrijven. Er dient te worden opgemerkt dat artsen dankzij de elektronische voorschriften binnenkort zullen kunnen zien wat hun confraters hebben voorgeschreven, en dat misbruiken op die manier beperkt kunnen worden.

MediPrima wordt door beide groepen gezien als een software die kan helpen om de toekenning van rechten aan begunstigden te bevestigen en de verwerking van aanvragen te versnellen, maar die momenteel met aanzienlijke IT-problemen kampt. De groepen vinden dat de software opengesteld moet worden voor artsen en apothekers. Wanneer een medische kaart echter in een ander OCMW wordt aangemaakt, moet een reeds bestaande kaart geannuleerd worden om het recht in het nieuwe bevoegde OCMW te kunnen openen. De eerste groep geeft aan dat het moeilijk is om deze procedure te volgen, hoewel de lijst van contactpersonen van de Federatie van Brusselse OCMW's hier toch zeer



nuttig blijkt te zijn. Bovendien moeten sommige OCMW's de aanvraag om de medische kaart af te sluiten naar het Comité doorverwijzen. In andere OCMW's kan de bevoegde SA dit echter doen, hetgeen de procedure flexibeler maakt (minder wachttijd voor de begunstigde en minder administratieve lasten voor het bevoegde OCMW). Tot slot zien ziekenhuizen niet altijd de beslissingen die door de OCMW's in de software worden ingevoerd.

Beide groepen hebben het over een cultuurschok en taalbarrières. Voor de eerste groep is het moeilijk om te weten welk medisch huis de patiënt volgt. In de tweede groep wordt er dan weer gevraagd aan een andere begunstigde om op te treden als vertaler (door een gebrek aan een vertaler). Meer in het algemeen vertegenwoordigt de tweede groep uiteenlopende standpunten met betrekking tot de levensachtergrond van mensen: weten wat hun opties voor de toekomst zijn en hun bereidheid om te handelen (ze zijn "onzichtbaar voor het systeem"). Het is voor deze mensen ook moeilijk om naar afspraken te gaan, hetgeen een zeker flexibiliteit van de SA vereist. Sommige OCMW's weigeren echter om mensen te ontvangen die geen afspraak hebben gemaakt.

Wat betreft de aanbevelingen van beide groepen kunnen enkele overeenkomsten worden vastgesteld. Om te beginnen uitten beide groepen hun vrees voor harmonisatie, indien deze harmonisatie gebaseerd wordt op de werkwijze van OCMW's die minder rechten toekennen dan het hunne (nivellering naar beneden). Harmonisatie moet de rechten van de gebruikers verbeteren door een nivellering naar boven. Daarnaast is er ook een noodzaak om de interne praktijken te harmoniseren.

De eerste gemeenschappelijke aanbeveling betreft het attest van dringende medische hulp. Beide groepen zijn voorstander van een identiek attest voor alle OCMW's, om te vermijden dat de gebruikers naar het OCMW moeten terugkeren na het bezoek aan de arts en om het administratieve werk te vergemakkelijken.

Daarnaast zijn beide groepen voorstander van een openstelling van de rechten voor alle ziekenhuizen, op voorwaarde dat deze het RIZIV-tarief hanteren.

Ten slotte zijn beide groepen van mening dat de gezondheids- of medische kaarten gelijkaardig moeten zijn, en automatisch toegankelijk moeten zijn voor bepaalde soorten begunstigten (met name voor alleenstaanden met een LL of ELL). Ze zijn het eens om de documenten te harmoniseren: gezondheidskaarten, betalingsverbintenissen zodat alle OCMW's op dezelfde manier te werk gaan en voorkomen wordt dat mensen zich achtergesteld voelen wanneer ze naar een andere gemeente verhuizen en opnieuw van nul moeten beginnen. Een van de groepen wijst er ook op dat de continuïteit van een bepaald recht een richtlijn moet zijn: indien iemand een terugbetaling krijgt in het ene OCMW en dan verandert van adres (en dus ook van OCMW), moet het nieuwe OCMW het recht behouden tot het sociaal onderzoek is afgerond. Bovendien vragen beide groepen om harmonisatie van documenten, maar niet om een harmonisatie van de interne procedures (beoordeling van de staat van behoefte), wat nog steeds onder de verantwoordelijkheid van de OCMW's valt.

Tot slot zijn er mogelijkheden om de procedures te harmoniseren, zowel intern bij een individueel OCMW als in relatie tot elkaar. Binnen de OCMW's zelf is er inderdaad sprake van een "subjectiviteit in de instelling" die aan de kaak wordt gesteld, maar die volgens hen kan worden verbeterd door de oprichting van een cel Dringende Medische Hulp, door vergaderingen, door de Sociaal Assistenten in open spaces te laten werken in plaats van in afzonderlijke kantoren. Zo kan er beter gecommuniceerd worden over de dossiers. We zien duidelijk de kloof tussen de versnippering van de diensten, en de wens om gemeenschappelijke richtlijnen voor de gebruikers te bepalen.

Wat de procedures voor de harmonisatie van de praktijken tussen de OCMW's betreft, werden er enkele zeer interessante voorstellen gedaan die, als de politiek wil meewerken, niet al te moeilijk geïmplementeerd kunnen worden. Het gaat met name om:

- Een attest van Dringende Medische Hulp dat identiek is voor alle OCMW's.
- Versterken van de samenwerking met privéziekenhuizen, die dan wel het RIZIV-tarief moeten toepassen.
- Identieke documenten (medische kaarten, gezondheidskaarten, betalingsverbintenissen, farmaceutische bons) voor alle OCMW's, beschikbaar op een website.
- Openstelling van MediPrima voor alle zorgverleners en de gebruikers.
- Bijgewerkte lijst van "wie doet wat?" bij de OCMW's, beschikbaar op een website.

## Algemene conclusie

Vandaag is de boodschap duidelijk: we moeten trachten de praktijken en het beleid van de OCMW's op het gebied van de gezondheidszorg te harmoniseren. De vraag komt van de GGC, die deze studie financiert, van de OCMW's zelf (via de Federatie van Brusselse OCMW's, die de studie besteld heeft), van artsen (FBHAV), van apothekers (AVB) en van de vrijwilligerssector (Dokters van de Wereld, enz.). De gebruikers komen ook aan het woord in twee belangrijke documenten; in het Witboek van de FBHAV en in het Groenboek van Dokters van de Wereld. Deze twee rapporten tonen aan hoe complex alles wel is, en waardoor de gebruiker in een administratief en procedureel doolhof verdrinkt. Ook de artsen geven aan dat er onduidelijkheid is over de te volgen procedures, en verenigingen hebben het over institutioneel geweld.

Het doel van deze studie was om de fundamentele beginselen te belichten waarover de OCMW's het eens kunnen worden om deze problemen op te lossen. Bij de harmonisatie moet er gestreefd worden naar een nivellering naar boven, en niet naar beneden. Het is met andere woorden noodzakelijk om te weten welke praktijken het best zijn voor de gebruiker en deze dan te harmoniseren. In dit proces moeten de praktijken die nadelig zouden kunnen zijn voor de begunstigde op het vlak van coherentie, begrip of kostprijs, of minder rechten kunnen openen dan die welke hij momenteel in een bepaalde gemeente bezit, achterwege worden gelaten.

Uit deze studie blijkt dat het streven naar een harmonisatie van de praktijken niet eenvoudig is, omdat dit op verschillende niveaus gebeurt. Enerzijds legt de reglementering een dubbele standaard op aan de medewerkers van het OCMW (op verschillende hiërarchische niveaus in de organisatie). Ze moeten personen die als behoeftig worden beschouwd het recht op sociale bijstand geven, waaronder onder andere toegang tot de zorg. Ze moeten echter ook rekening houden met de wettelijke vereisten: de controle op de naleving van het sociaal onderzoek, de naleving van de wet van 2 april 1965 tot afbakening van de bevoegde OCMW's, en de controle op de wet van 7 juli 1976 betreffende de bevoegdheden en de autonomie van het OCMW. Sociale bijstand is daarentegen geen structureel element, maar is gebaseerd op het menselijke, de jurisprudentie en de deontologie van de sociaal assistent op een bepaald moment, rekening houdend met verschillende factoren (aantal dossiers, sociaal onderzoek, personeelsverloop, burn-outs, huisbezoeken, moeilijkheden om contact te krijgen met illegalen of Europese, enz.).

De kwantitatieve studie toont aan dat er een vorm van harmonisatie in de gezondheidszorgpraktijken van de OCMW's bestaat. Zij betalen immers het remgeld voor hun gebruikers die in regel zijn met de mutualiteit, en het RIZIV-tarief voor de anderen. Bovendien dekken de meeste OCMW's zelfs een groter bedrag, met name geneesmiddelen D op de lijst van de Federatie van de Brusselse OCMW's, en soms, met instemming van het Comité, supplementen (bijvoorbeeld: zuigelingenmelk). Bovendien stellen de meeste OCMW's het recht rechtstreeks open voor mensen met een LL of ELL, aangezien zij een inkomen hebben dat onder de armoedegrens ligt. De meeste OCMW's kennen hun begunstigden een medische kaart of gezondheidskaart toe (die de medische en farmaceutische kosten dekt), maar de documenten zijn allemaal verschillend. De verschillende werkwijzen bij de OCMW's zijn veel meer uitgesproken voor wat betreft het farmaceutische plaatje (gebruik van kaarten of farmaceutische bonnen, betaling van een deel van de factuur door de patiënt per verpakking of volledig gratis, mogelijkheid om rechtstreeks naar de apotheek te gaan na een bezoek aan de huisarts of de noodzaak om terug te keren naar de OCMW's, enz.).

Bovendien maken de OCMW's vaak gebruik van conventies of erkenningen, of informatiedocumenten die aan huisartsen worden verstrekt, maar die niet allemaal dezelfde clausules bevatten (met uitzondering van enkele onvermijdelijke clausules zoals de derdebetalersregeling, de opening van de

GMD, de termijnen voor het sturen van de facturen, enz.). Alle OCMW's werken zowel met IRIS-ziekenhuis als met privéziekenhuizen, maar maken niettemin bij voorkeur gebruik van openbare ziekenhuizen. De vrije keuze van de patiënt staat echter bij alle OCMW's centraal, op voorwaarde dat het ziekenhuis het RIZIV-tarief toepast, en geen honorariumsupplementen aanrekent. Een van de verschillen tussen de OCMW's is het feit dat de huisarts de mogelijkheid heeft om betalingsverbintenissen te maken voor zijn patiënten, zodat zij meteen naar de specialist kunnen gaan.

Tijdens de hele kwantitatieve enquête hebben we geprobeerd om verbanden te vinden tussen de werking van de OCMW's en de armoede onder de bevolking, de omvang van het OCMW (aantal begunstigden) of de locatie van het OCMW (arme halve maan van Brussel of rijkere gemeenten), maar we hebben deze zo goed als niet gevonden. Het lijkt erop dat de verschillende werkwijzen metertijd tot stand zijn gekomen vooral als gevolg van het gevoerde politieke beleid (cyclische element).

Uit het kwalitatieve luik van dit onderzoek komt duidelijk naar voren dat OCMW-medewerkers van elkaar leren. Ze willen elkaar begrijpen, naar elkaar luisteren, elkaar ontmoeten, en met elkaar overleggen. Het volstaat om de mensen te laten werken in open spaces om deze uitwisseling te stimuleren. Hoewel er veel spanning is op de as controle/sociale bijstand, kunnen normen en uitwisseling tussen de professionals dit verminderen. Verschillende OCMW's maken deze uitwisseling mogelijk binnen het OCMW zelf door het organiseren van bijeenkomsten met de sociaal assistenten en het Comité, of met de sociaal assistenten en de managers van de sociale dienst, of door de sociaal assistenten in dezelfde kantoren te zetten. Er zijn echter nog steeds factoren (berekenningsmethode van beschikbare middelen, sociaal onderzoek, controle door de FOD, enz.) die de harmonisatie van de praktijken en het beleid van de OCMW's kunnen belemmeren.

Uit dit onderzoek is gebleken dat « geval per geval » behandelen, t.t.z. de individuele beoordeling van elk dossier door de sociaal assistent, op een bepaald moment in het traject van de rechthebbende, zal leiden tot ongelijke behandeling. Het biedt echter ook de mogelijkheid om rekening te houden met de specifieke situatie op het moment dat de aanvraag tot bijstand gebeurt. Deze individuele analyse moet in ieder geval behouden blijven. Sommige groepen genieten van bij het begin van minder financiële middelen, hetgeen leidt tot een beperktere toegang tot zorg, alhoewel zij sneller zouden kunnen genieten van de bijstand van het OCMW. Sommige OCMW's kennen bijvoorbeeld een medische kaart toe aan alle ontvangers van een LL of een ELL, of aan begunstigden die 110% van het LL of ELL krijgen.

Uit het onderzoek blijkt dat dialoog en samenwerking tussen sociaal assistenten en artsen en apotheken cruciaal is. Het is dankzij dialoog dat OCMW's en zorgverleners de toekenning van het recht kunnen versnellen. Een interessante praktijk is, bijvoorbeeld, om de huisarts zelf te laten beslissen of hij de persoon rechtstreeks doorverwijst naar een gespecialiseerde arts (op voorwaarde dat deze laatste het RIZIV-tarief toepast of geconventioneerd is). In dit geval is het parcours van de begunstigde eenvoudiger, en gebeurt de financiering sneller. Er zijn echter maar weinig OCMW's die dit toestaan. Dit probleem kan opgelost worden door het opmaken van een gemeenschappelijke conventie tussen artsen, apothekers en OCMW's. Daarin zou dan een clause kunnen staan die een dergelijk zorgtraject wel mogelijk maakt.

Om tot harmonisatie te komen, moet er een strategie worden uitgewerkt. Gezien de structurele omstandigheden van de OCMW's, die metertijd gegroeid zijn, is het noodzakelijk overeenstemming te bereiken over de modaliteiten van de toegang tot zorg (zoals de invoering van een gemeenschappelijke medische kaart voor de 19 OCMW's), in plaats van tijd te verliezen met werk dat bepaalt of het recht al dan niet geopend wordt (zoals het berekenen van de beschikbare middelen). Een andere oplossing zou erin bestaan te focussen op het type begunstigden, om de toegang tot de zorg voor sommigen onder hen te vergemakkelijken (we kunnen denken aan begunstigden van een LL,

daklozen, enz.), zonder dat dit ten koste gaat van mensen die net niet aan deze voorwaarden voldoen. OCMW's kunnen ook gestimuleerd worden om op deze manier te werken. OCMW's die kiezen voor een geharmoniseerde basis voor de praktijk zouden in aanmerking komen voor een specifieke subsidie.

De conjuncturele factoren zijn belangrijk, aangezien de OCMW's te maken hebben met verschillende doelgroepen die mettertijd evolueren, maar de harmonisatie van de praktijken lijkt daarom niet essentieel te zijn. Als het de strategie is om rond de tafel te gaan zitten met als doel de tools van de OCMW's op elkaar af te stemmen, zonder dat dit invloed heeft op de wijze waarop deze worden toegepast, kan dit een eerste aanzet tot harmonisatie zijn. Een conventie met de huisartsen, die voor alle OCMW's identiek is, zou bijvoorbeeld mogelijk zijn, aangezien deze niet afhankelijk is van conjuncturele maar structurele factoren (toekenningsvoorwaarden van de OCMW's, het traject voor de goedkeuring door het Comité en de toekenningstermijnen, enz.)

Er moet worden opgemerkt dat er contraproductieve mechanismen bestaan met betrekking tot harmonisatie. Zo zijn de werkzaamheden van de SA onderhevig aan regels waarop zij geen invloed hebben, maar die wel een impact hebben op het "menselijke" aspect: het Speciaal Comité van de sociale dienst is ook subjectief, net zoals de SA. We moeten ons afvragen in hoeverre we iets kunnen veranderen aan deze mechanismen. Een ander probleem betreft de controles van de POD MI, die zeer belangrijk zijn voor zowel de ambulante als de ziekenhuisomgeving. Het gaat om regels van hogerhand, die door de betrokkenen binnen het OCMW aan elkaar worden doorgegeven (van het Comité, naar het diensthoofd en dan naar de SA). Binnen de OCMW's moet de SA kunnen omgaan met wat er wordt opgelegd, of wat als opgelegd wordt gepercipieerd, en de uitvoeringsbepalingen. Hoe gaat dit in zijn werk? Wie is de scheidsrechter? Wie corrigeert? De betrokkenen spreken zich maar half uit. Hoewel de hiërarchische lijn wel een kader biedt voor het hele proces, is er nog steeds tijdverlies bij het toekennen van de zorg. De notie van subjectiviteit wordt zoveel mogelijk uitgedomd. In deze relatie tussen de SA en het hoofd van de dienst of het Comité moet men zich echter wel de vraag stellen vanaf wanneer de verplichting aanleiding kan geven tot loyaliteitsconflicten (bv. Regelgeving).

Ten slotte moet worden opgemerkt dat achter dit idee van harmonisatie ook de kwestie van administratieve vereenvoudiging voor de OCMW's schuilgaat: de OCMW's moeten hun sociale rol kunnen spelen in plaats van zich bezig te houden met complexe administratieve taken. Echt inhoudelijk werk op sociaal vlak is essentieel. De harmonisatie van de praktijken kan daartoe bijdragen, maar is geen zaligmakende oplossing. Het kunnen werken van geval tot geval en « maatwerk bij het geven van hulp » blijft, zoals we eerder al hebben aangegeven, noodzakelijk. Het moet een strategie zijn die gebaseerd is op het individu en diens situatie op een bepaald moment, waardoor een persoon met een min of meer substantieel inkomen bijvoorbeeld toch hulp kan zoeken als de zorgfacturen te hoog zijn. Het is verkeerd om te geloven dat harmonisatie hetzelfde is als automatisering, « hulp op maat » moet bestaan voor de OCMW's en moet ook blijven bestaan. Elke levenssituatie verdient het om steun te krijgen, ongeacht het moment of de reden. En ook de duurtijden kunnen verschillen... Menselijke waardigheid moet voor elke categorie van begunstigten centraal staan. Harmonisatie moet leiden tot een betere dienstverlening voor de bevolking, en niet naar een afbouw van de dienstverlening.

Het is nu aan ons om het eens te worden over de essentiële oplossingen om te komen tot een harmonisatie van de praktijken. Als prioriteit kunnen we de volgende maatregelen opgeven:

- Een uniform attest van DMH invoeren voor alle Brusselse OCMW's;
- Gemeenschappelijke conventies afsluiten tussen OCMW's en huisartsen en tussen OCMW's en apothekers;
- Identieke documenten (medische kaarten, gezondheidskaarten, betalingsverbintenissen of farmaceutische bonnen) voor alle OCMW's, die beschikbaar zijn op een website.

- De begunstigde toestaan om naar een erkende arts (RIZIV) in Brussel te gaan;
- Standaardiseren van de te betalen prijs per verpakking in de apotheek (idealiter is dit gratis).
- Een conventie met privéziekenhuizen opmaken met daarin de essentiële clausules die nodig zijn voor de tenlasteneming door het OCMW;
- Openstellen van MediPrima voor alle zorgaanbieders en -gebruikers.

We citeren hier graag nog Bruno Vankelegom, directeur van Forest Quartiers Santé, toen hij het had over de structuren die daklozen opvangen en de reorganisatie van de sociale gezondheidsdiensten in Brussel; « Al deze verschillende modellen hoeven elkaar niet in de weg te staan: *“geen enkel aanbod zal volstaan op zich. Er bestaat geen enkel model dat altijd en overal zal functioneren. En ongeacht het model, we zullen altijd moeten werken in een netwerk, omdat er situaties voorkomen waar we creatief moeten zijn omdat er geen pasklaar antwoord bestaat”* »<sup>80</sup>.

---

<sup>80</sup> Zie: S. DEVLESAVER, met A. WILLAERT, voor de vzw CBCS, interview met B. VANKELEGOM, « Herorganisatie van de sociale gezondheidsdiensten in Brussel: ja, maar hoe? (eigen vertaling) », mei 2019.

## Woordenlijst

|      |   |
|------|---|
| ADMH | Certificaat/Attest van Dringende Medische Hulp  |
| B    | Betalingsverbintenis: dit is een verklaring van tenlasteneming dat wordt opgemaakt vóór de ziekenhuisopname of de consultatie   |
| BCSD | Bijzonder Comité voor de Sociale Dienst   |
| DEG  | Dagelijks Economisch Gemiddelde (huur min de lasten gedeeld door het aantal personen in het huishouden en door 31 dagen)  |
| DMH  | Dringende Medische Hulp   |
| ELL  | Equivalent Leefloon   |
| GK   | Gezondheidskaart (die de medische en farmaceutische kosten dekt, en soms ook bepaalde specialisten)   |
| GPMI | Geïndividualiseerd Project voor Maatschappelijke Integratie   |
| H    | Huisarts  |
| IRIS | Openbare ziekenhuizen: UVC Brugmann (campussen Horta, Paul Brien, Koningin Astrid), UMC Sint-Pieter, netwerk IZZ (campussen Etterbeek-Elsene, Bracops, Molière, Etterbeek-Baron-Lambert), Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola, Jules Bordet Instituut. |
| IZZ  | Iris Ziekenhuizen Zuid (Etterbeek-Elsene, Bracops, Molière en Etterbeek-Baron-Lambert)  |
| KSZ  | Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid  |
| LL   | Leefloon  |
| MH   | Medische Hulp   |
| MK   | Medische kaart (die enkel medische kosten dekt)   |
| RG   | Remgeld van het ziekenfonds   |
| RMW  | Raad voor maatschappelijk welzijn   |
| SA   | Sociaal Assistent   |
| ZIV  | Ziekte- en invaliditeitsverzekering   |



## Wetteksten

Wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de OCMW's

Organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn

Omzendbrief van 25.10.2010 betreffende het sociaal onderzoek vereist voor de terugbetaling van de medische kosten in het kader van de Wet van 2 april 1965 en het Ministerieel Besluit van 30 januari 1995

K.B. 01.12.2013 betreffende de minimumvoorwaarden van het sociaal onderzoek in het kader van artikel 9bis van de wet van 2 april 1965 betreffende de maatschappelijke dienstverlening door de OCMW's (M.B. 14.3.2014)

Omzendbrief van 14.3.2014 betreffende de minimumvoorwaarden voor het sociaal onderzoek in het kader van de wet van 2 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie 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

## Bibliografie

FEDERAAL PLANBUREAU EN FOD ECONOMIE, KMO, MIDDENSTAND EN ENERGIE, 2018, « Demografische vooruitzichten 2016-2060 – Bevolking en huishoudens », p.2.

DEVLESAVER, S, WILLAERT, A, 2019, voor de vzw CBCS, interview met VANKELEGOM, B, « Réorganiser le social-santé à Bruxelles : oui, mais comment ? ». Enkel in het Frans. Link: <https://cbcs.be/Reorganiser-le-social-sante-a-Bruxelles-oui-mais-comment>

DE KEERSMAEKER, M-L., 2018, « Observatorium van de huurprijzen van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Enquête 2017 », SLRB-BGHM, p.63. Link: <http://www.slrbrb.brussels/sites/website/files/pages/slrbrb-obsloyer-enquete2017-nl-web.pdf>.

DOBERFROIT, D, DAUVIRIN, M, KEYGNAERT, I, DESOMER, A, KERSTENS, B, CAMBERLIN, C, GYSEN, J, LORANT, V, DERLUYN, I, 2015, « Welke gezondheidszorg voor personen die illegaal op het grondgebied verblijven? (eigen vertaling) », KCE Reports 257Bs, p.8.

ENGLERT, M., LUYTEN, S., FELE, D., MAZINA, D., MISSINE, S., 2018, *Sociale barometer, Armoederapport 2018*, p.48.

FEDERATIE VAN DE BRUSSELSE HUISARTSEN VERENIGINGEN, 2015, *Het recht op gezondheid voor elke persoon die woont in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (eigen vertaling)*, FBHAV, Witboek, pp.19-24.

LA STRADA, 2019, *Cinquième édition du dénombrement des personnes sans-abri et mal logées en Région de Bruxelles-Capitale, (enkel in het Frans) Link : <https://www.lastrada.brussels/portail/fr/observatoire/publications-la-strada/393-cinquieme-edition-du-denumbrement-des-personnes-sans-abri-et-mal-logees-en-rbc>*

LIEVEN, A, CLOSON, J-P, CLOSON, M-C, HEYMANS, I, LAGASSE, R, MENDES, E, DA COSTA, MOUREAUX, C, ROCH, I, 2008, « Vergelijking van de kost en kwaliteit van twee financieringssystemen van de eerstelijnszorg in België » (eigen vertaling), KCE reports 85B, Health Services Research (HSR), p.149.

DOKTERS VAN DE WERELD, 2014, *Groenboek over de toegang tot de gezondheidszorg in*, Wolters Kluwer Belgium SA, Brussel, pp.53, 54, 66, 134.

MISSINE, S., LUYTEN, S, 2018, « Huisartsen in het Brussels Gewest, wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn er mogelijke tekorten? », Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, pp.6-8.

BRUSSELE BOND VOOR HET RECHT OP WONEN, « Woonbarometer », BBRW. Link: [http://www.rbdh-bbrow.be/IMG/pdf/bbrow\\_oonbarometer.pdf](http://www.rbdh-bbrow.be/IMG/pdf/bbrow_oonbarometer.pdf).

POD MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE, 2019, « Medische bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het MB van 30/01/1995 », POD MI, beschikbaar op [www.mi-is.be](http://www.mi-is.be).





# FEDERATIE VAN BRUSSELSE OCMW'S

BRULOCALIS, VERENIGING STAD & GEMEENTEN VAN BRUSSEL