

Medische kosten van vreemdelingen. Wie betaalt?

toelichting bij de procedures om medische zorg te verkrijgen, rekening houdend met de verblijfsstatus

› versie 09/2009

Het is niet altijd eenvoudig om te weten wie of welke instantie de medische kosten van vreemdelingen in België kan betalen. Deze informatieve tekst focust op de **zeven belangrijkste en meest voorkomende (terug-)betalingsregelingen** van medische kosten voor vreemdelingen in België. Soms kunnen onderstaande, verschillende terugbetalingsregelingen met elkaar gecombineerd worden.

1. Aansluiting bij en tussenkomst van een Belgisch ziekenfonds
2. Tussenkomst door het ziekenfonds van het EU-herkomstland
3. Fedasil
4. OCMW
 - De gewone maatschappelijke dienstverlening of integratie
 - De materiële opvang in lokale opvanginitiatieven
 - De OCMW-regeling 'dringende medische hulp'
5. Privéziekteverzekering
6. Derde verantwoordelijke - Garant - Onderhoudsplichtigen
7. De betrokkene staat zelf in voor de betaling van zijn medische kosten

Geactualiseerde en meer uitgebreide informatie is te vinden op onze websites:

www.medimmigrant.be, www.medischezorg.be, www.orientatiepunt.be, www.vreemdelingenrecht.be

Daar vind je ook meer informatie over de betalingsregelingen die van toepassing zijn op mensen die verblijven in specifieke centra, zoals centra voor slachtoffers van mensenhandel of voor niet-begeleide minderjarigen.

interactieve inhoudstafel

1. Aansluiting bij en tussenkomst door een Belgisch ziekenfonds	3
1.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	3
1.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen?	3
1.2.1. Aansluiten bij het ziekenfonds als gerechtigde	3
1.2.2. Aansluiten bij het ziekenfonds als persoon ten laste van een gerechtigde	4
1.2.3. Extra info	5
1.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?	5
1.3.1. De vreemdeling is ingeschreven in het Rijksregister	6
1.3.2. De vreemdeling is <i>niet</i> ingeschreven in het Rijksregister	6
2. Tussenkomst door het ziekenfonds van het EU-herkomstland	7
3. Fedasil (via zijn opvangpartners)	8
3.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	8
3.1.1. Algemene regel	8
3.1.2. Uitzonderingen op de basisregel	8
3.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen?	9
3.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?	9
3.3.1. Verblijf in een collectieve opvangstructuur	9
3.3.2. Verblijf in een individuele opvangstructuur	10
3.3.3. Verblijf buiten de toegewezen opvangstructuur ('no show')	10
3.3.4. Verblijf buiten de opvangstructuur, bij gebrek aan toewijzing	10
4. OCMW	11
4.1. De gewone maatschappelijke integratie of dienstverlening	11
4.1.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	11
4.1.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen? ..	11
4.1.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?	13
4.2. Materiële opvang in lokale opvanginitiatieven	13
4.2.1. Wat dekt deze regeling?	13
4.2.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen? ..	14
4.2.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?	14
4.3. De OCMW-regeling 'dringende medische hulp'	14
4.3.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	14
4.3.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen? ..	15
4.3.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?	16
5. Privéziekteverzekering	17
5.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	17
5.2. Aan welke voorwaarden moet de persoon en de verzekering voldoen?	17
6. Derde verantwoordelijke - Garant - Onderhoudsplichtigen	18
6.1. Derde verantwoordelijke: (vrijwilligers-)werk - verkeer - vereniging	18
6.2. Garant / borgsteller	18
6.3. Onderhoudsplichtigen in het kader van de OCMW-regelgeving	19
7. De betrokkene staat zelf in voor de betaling van zijn medische kosten	20

1. Aansluiting bij en tussenkomst door een Belgisch ziekenfonds

1.1. Wat dekt deze betalingsregeling?

De ziekenfondsen **vergoeden geneeskundige zorg** die erkend is door de ziekteverzekering, zoals een consultatie bij een arts of kinesitherapeut, een opname in een ziekenhuis, de aankoop van farmaceutische producten.

Die medische zorg wordt aangeduid met een nummer, de nomenclatuurcode of pseudo-nomenclatuurcode. Medicatie wordt onderverdeeld in categorieën. Enkel medicatie van categorie D is niet terugbetaalbaar door de ziekteverzekering.

Het ziekenfonds betaalt niet alle kosten terug. Sommige prestaties worden volledig terugbetaald, andere slechts gedeeltelijk. Bij de prestaties en medicatie die maar gedeeltelijk worden terugbetaald, heeft de patiënt een persoonlijk aandeel, ook wel **remgeld** genoemd.

De terugbetaling van deze erkende geneeskundige zorg is wettelijk bepaald en dus bij elk ziekenfonds gelijk. De terugbetaling is wel afhankelijk van de aard van de verstrekking, het statuut van de verzekerde in de ziekteverzekering en de zorgverlener die de zorg heeft toegediend. Ziekenfondsen bieden ook een aanvullende verzekering waardoor sommige zorgverstrekkingen bijkomend worden vergoed. Dat extra aanbod verschilt wel per ziekenfonds.

Niet alle verzekerden krijgen voor eenzelfde verstrekking evenveel terugbetaald door het ziekenfonds. Rechthebbenden op de **verhoogde tegemoetkoming**¹ krijgen bijvoorbeeld een hogere terugbetaling.

1.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen?

Aansluiten bij een ziekenfonds kan als **gerechtigde** of als **persoon ten laste**. De gerechtigde staat in voor de eventuele bijdrageverplichtingen en opent een eigen recht in de ziekteverzekering. De personen ten laste (bv. kinderen) horen bij een gerechtigde en zijn voor hun recht afhankelijk van de gerechtigde. De personen ten laste hebben minimaal dezelfde rechten als de gerechtigden van wie ze ten laste zijn. Zij kunnen echter ook meer rechten hebben. Zo kan een persoon ten laste recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, terwijl de gerechtigde dat recht niet geniet.

1.2.1. Aansluiten bij het ziekenfonds als gerechtigde

Iedereen die aan de **onderstaande voorwaarden** voldoet, opent het recht op ziekteverzekering als gerechtigde.

VIA WITTE² OF OFFICIËLE TEWERKSTELLING

Werknemers voor wie de werkgever sociale zekerheidsbijdragen betaalt, en zelfstandigen die zelf sociale zekerheidsbijdragen betalen aan een sociale kas voor zelfstandigen, kunnen aansluiten bij een ziekenfonds. Werknemers en zelfstandigen hebben bij arbeidsongeschiktheid ook recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

¹ De volgende mensen hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming zonder dat ze een inkomensvoorwaarde moeten aantonen:

- wie van het OCMW leefloon of equivalent leefloon heeft ontvangen gedurende een ononderbroken periode van minstens drie maanden of gedurende minstens zes maanden in de loop van een periode van twaalf opeenvolgende kalendermaanden;
- wie een inkomensgarantie voor ouderen (IGO) of een rentebijslag heeft ontvangen;
- wie een vergoeding van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid als erkend gehandicapte heeft ontvangen;
- de niet begeleide minderjarige vreemdelingen;
- kinderen met een handicap.

Daarnaast zijn er nog tal van categorieën die een inkomensvoorwaarde moeten vervullen om recht te hebben op een verhoogde tegemoetkoming, waaronder de rechthebbende op de OMNIO. Meer info zie www.riziv.fgov.be.

² Wit werk betekent dat sociale zekerheidsbijdragen betaald worden en dat het loon op controleerbare wijze wordt uitbetaald. Wit werk is ook mogelijk als officiële tewerkstelling verboden is (bv. voor mensen zonder wettig verblijf).

Studenten die hoger dagonderwijs volgen in een instelling erkend door het RIZIV³, kunnen, op basis van hun studiegetuigschrift uitgereikt door de school, aansluiten bij een ziekenfonds. Een student betaalt een persoonlijke bijdrage⁴.

OP BASIS VAN HET VERBLIJFSSTATUUT⁵ (ZIE OOK 1.3.1.)

- Vreemdelingen die van rechtswege toegelaten zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in België⁶;
- vreemdelingen die gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden of onbepaalde duur in België⁷;
- vreemdelingen die gevestigd zijn in België⁸;
- kandidaat-vluchtelingen van wie de aanvraag voor 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard is door de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) of door het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS).

NIET BEGELEIDE MINDERJARIGEN

Niet-begeleide minderjarigen kunnen sinds 1 januari 2008 een eigen recht op ziekteverzekering en verhoogde tegemoetkoming genieten.

Ze moeten daarvoor aantonen dat ze minstens drie opeenvolgende maanden lager of secundair onderwijs gevolgd hebben in een schoolinstelling, tenzij ze werden vrijgesteld van de leerplicht⁹. Niet-schoolplichtige kinderen moeten aangemeld zijn bij een dienst voor preventieve gezinsondersteuning (Kind & Gezin of ONE) of ingeschreven zijn in een instelling voor kleuteronderwijs. Minderjarigen die al een ziekteverzekering hebben, vallen buiten deze regeling.

1.2.2. Aansluiten bij het ziekenfonds als persoon ten laste van een gerechtigde

Een persoon ten laste heeft via de gerechtigde een afgeleid recht op de terugbetaling van de kosten voor gezondheidszorg. Het inkomen van wie wil aansluiten als persoon ten laste, mag niet hoger zijn dan een daartoe bepaald grensbedrag¹⁰.

Men kan in de volgende situaties persoon ten laste zijn:

DE SAMENWONENDE ECHTGENO(O)T(E)

De echtgeno(o)t(e) die onder hetzelfde dak woont, wanneer hij/zij geen of een bescheiden inkomen heeft. Deze samenwoning blijkt uit het Rijksregister, maar een huwelijksakte¹¹ volstaat eveneens.

DE KINDEREN

Bij eigen of adoptiekinderen jonger dan 25 jaar hoeft er geen samenwoning te zijn. Wel moet de geboorte- of adoptieakte vorgelegd worden. Wanneer er geen afstammingsband of adoptie aangetoond kan worden, moet men bewijzen dat de gerechtigde of diens echtgeno(o)t(e) instaat voor het onderhoud¹² en moet hun hoofdverblijfplaats in België aangetoond worden. Zo kunnen deze kinderen ook ingeschreven worden op de ziekteverzekering van hun pleegouders.

³ www.riziv.be (Home > Verzekeringsinstellingen (V.I.) > Omzendbrieven naar de V.I. > Administratieve controle).

⁴ www.riziv.be (Home > Sociaal verzekeren > Medische kosten > Persoonlijke bijdragen).

⁵ RIZIV-omzendbrief betreffende de bewijsmodaliteiten voor de inschrijving in het Rijksregister van 23 juli 2009.

⁶ Opgenomen in het Vreemdelingenregister.

⁷ Opgenomen in het Vreemdelingenregister.

⁸ Opgenomen in het Bevolkingsregister.

⁹ Vrijgesteld van de leerplicht door de 'Commissie van advies voor het Buitengewoon Onderwijs' of de 'Commission consultative de l'enseignement spécial' of de 'Sonderschulausschuss'.

¹⁰ Dit bedrag mag niet hoger liggen dan € 2148,87/kwartaal (oktober 2008).

¹¹ Het moet gaan om een Belgische huwelijksakte of om een buitenlandse huwelijksakte die erkend wordt door België (gelegaliseerd of met apostille, afhankelijk van het land) en beëdigd vertaald is.

¹² Het feit dat de gerechtigde effectief instaat voor het 'onderhoud', kan blijken uit de samenwoning. Die samenwoning zal in principe blijken uit het Rijksregister of door alle mogelijke bewijsmiddelen die door de RIZIV-Administratie worden erkend.

DE ASCENDENTEN (BLOEDVERWANTEN IN STIJGENDE LIJN)

Kunnen als persoon ten laste worden ingeschreven: de samenwonende ascendenten van de gerechtigde, of van de echtgeno(o)t(e), en eventueel hun stiefvaders en stiefmoeders. Die samenwoont moet blijken uit het Rijksregister.

DE SAMENWONENDE PERSOON

De persoon die samenwoont met de gerechtigde kan als persoon ten laste worden ingeschreven. De samenwoont moet blijken uit het Rijksregister. Die inschrijving is niet mogelijk wanneer de echtgeno(o)t(e) van de gerechtigde zelf de hoedanigheid van persoon ten laste heeft of onder hetzelfde dak woont als de gerechtigde.

1.2.3. Extra info

SIS-KAART

Alle sociaal verzekerden in België, zowel volwassenen als kinderen, krijgen een sociale identiteitskaart (SIS-kaart). In de chip van de SIS-kaart staat welke rechten de betrokkene heeft in de ziekteverzekering. In het bezit zijn van een SIS-kaart betekent op zich niet noodzakelijk dat men recht heeft op ziekteverzekering.

Vreemdelingen die zich nog maar net hebben aangesloten, zijn in het bezit van een voorlopig attest dat dezelfde waarde heeft als een SIS-kaart en ook als dusdanig wordt beschouwd door zorgverstrekkers. Binnen de zes maanden ontvangen ze hun SIS-kaart, tenzij hun inschrijving in het Rijksregister nog niet in orde is.

UITLOOPRECHT

Vreemdelingen die aangesloten zijn bij een ziekenfonds en hun verblijfsrecht verliezen, genieten nog een uitlooprecht. De ziekteverzekering loopt immers altijd tot het einde van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht is geopend. En wanneer men minimaal nog één dag recht heeft op ziekteverzekering tijdens het laatste kwartaal van dat jaar, kan de aansluiting nog een extra jaar verlengd worden. Voorwaarde is wel dat de bijdragen betaald worden.

WACHTTIJD

De wachttijd bij de inschrijving is afgeschaft. Men heeft recht vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin de hoedanigheid van gerechtigde verworven wordt. Alleen bij herinschrijving is het nog mogelijk dat een wachttijd van zes maanden opgelegd wordt¹³.

1.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?

Wie wil aansluiten bij het ziekenfonds¹⁴ moet, naast de documenten over de inkomsten (bv. loonfiches), ook andere bewijsstukken voorleggen die zijn hoedanigheid als gerechtigde of persoon ten laste bewijzen.

Om te weten wie rechten kan openen bij het ziekenfonds, maken we een onderscheid tussen personen die ingeschreven zijn in het Rijksregister en personen die niet ingeschreven zijn.

¹³ Als men meer dan twee jaar geen rechten meer heeft, sluit het ziekenfonds de aansluiting. Daarna moet je herinschrijven bij het ziekenfonds.

Is de periode van niet-aansluiting korter dan twee jaar, dan spreekt men van een wijziging en niet van een herinschrijving.

¹⁴ Aansluiten kan bij een van de volgende ziekenfondsen die terug te vinden zijn op www.riziv.be (Home > Sociaal verzekerden > De ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen).

1.3.1. De vreemdeling is ingeschreven in het Rijksregister¹⁵

De vreemdelingen die in het bezit zijn van een van de volgende verblijfstitels kunnen zich aansluiten bij het ziekenfonds op basis van hun verblijfstitel¹⁶:

- een elektronische verblijfskaart (A, B, C, D, E, E+, F, F+)
- of het papieren equivalent:
 - Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister (witte kaart)
 - Identiteitskaart voor Vreemdelingen (gele of blauwe kaart)
 - Bijlage 8 of 8bis
 - Bijlage 15 als vakje 1 of 6 of 7 is aangevinkt (of vakje 4 is aangevinkt, mits voorwaarden¹⁷)
 - Paspoort van diplomaat
- vreemdelingen met een Attest van Immatriculatie model A ('oranje kaart') kunnen op basis van deze verblijfstitel geen recht op ziekteverzekering openen, uitgezonderd asielzoekers die voor 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard zijn. Zij moeten gelijktijdig een bijlage 25 of 26 van voor deze datum kunnen voorleggen¹⁸.

Let op!

Het is niet omdat de vreemdeling niet voldoet aan de bovenstaande voorwaarden dat hij geen recht op ziekteverzekering heeft. Sommige vreemdelingen kunnen op basis van een andere hoedanigheid ingeschreven worden. Daarnaast is het mogelijk dat het uitlooprecht nog van toepassing is.

1.3.2. De vreemdeling is *niet* ingeschreven in het Rijksregister

Vreemdelingen die niet ingeschreven zijn in het vreemdelingen- of bevolkingsregister kunnen zich alleen in de situaties vermeld onder 1.2.1. inschrijven als gerechtigde bij een ziekenfonds.

Wie zich als persoon ten laste van een gerechtigde wil inschrijven, moet een of meerdere van de onderstaande documenten voorleggen:

- de huwelijksakte waaruit de huwelijksband tussen de echtgenoten blijkt, de geboorteakte van het kind waaruit de ouder-kind band blijkt, of documenten waaruit blijkt dat de gerechtigde instaat voor het onderhoud van de betrokkene;
- documenten waaruit de hoofdverblijfplaats van de gerechtigde blijkt (bv. identiteitskaart van de gerechtigde);
- soms de documenten waaruit de hoofdverblijfplaats van de persoon ten laste blijkt; (groot-) ouders of ongehuwde samenwoners moeten aan de hand van een inschrijving in het Rijksregister ook hun hoofdverblijfplaats aantonen (bv. Attest van Immatriculatie, Bijlage 35, ...);
- attest van gezinssamenstelling afgeleverd door de gemeente (indien mogelijk);
- gegevens van het ziekenfonds van de gerechtigde (bv. vignet).

¹⁵ RIZIV-omzendbrief betreffende de bewijsmodaliteiten voor de inschrijving in het Rijksregister van 23 juli 2009.

¹⁶ Deze opsomming is gebaseerd op het art. 128quinquies van het Koninklijk Besluit van 3 juli 1996. Dit artikel wordt verder toegelicht in de RIZIV-omzendbrief betreffende de bewijsmodaliteiten voor de inschrijving in het Rijksregister van 23 juli 2009.

¹⁷ Een van de volgende documenten moet eveneens worden voorgelegd:

- een bewijs van erkende vluchteling, afgeleverd door het Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen;
- een geldig visum type D;
- een geldige beroeps- of arbeidskaart, medisch attest en uittreksel uit het strafregister;
- een beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken dat de betrokkene een Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister kan bekomen in het kader van de procedure slachtoffer mensenhandel of in het kader van een aanvraag 9ter of 9bis.

¹⁸ Ontvankelijk verklaarde asielzoekers die niet meer over hun Attest van Immatriculatie beschikken omdat ze tegen een latere negatieve beslissing in beroep zijn gegaan bij de Raad voor Vreemdelingenbeslissing, moeten hun ontvankelijkheid aantonen op basis van de code 206 van het wachtregister.

2. Tussenkomsst door het ziekenfonds van het EU-herkomstland

De volgende situaties kunnen zich voordoen:

- De EU-burger wordt **onverwacht gehospitaliseerd** (noodzakelijke zorg tijdens tijdelijk verblijf). De EU-burger toont zijn Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK)¹⁹. Als hij die kaart kan voorleggen, doet het ziekenhuis hem bij een dringende ziekenhuisopname meestal niets betalen. Het ziekenhuis stuurt de factuur en kopie van de EZVK naar een lokaal ziekenfonds waarmee het ziekenhuis samenwerkt. Het lokaal ziekenfonds betaalt het ziekenhuis en vordert het bedrag terug van het ziekenfonds in het herkomstland.
 - » Deze zorg wordt in principe terugbetaald volgens het terugbetalingstarief van het land waar de zorg verstrekt wordt (het remgeld kan verschillen met het land van herkomst).
- De EU-burger heeft nood aan een **onverwachte ‘consultatie’** (noodzakelijke zorg tijdens een tijdelijk verblijf). De EU-burger toont zijn EZVK. De EU-burger betaalt de consultatie zelf en vraagt terugbetaling aan een lokaal ziekenfonds in België. Wanneer hij materieel niet in de mogelijkheid was hier een vergoeding te vragen bij een Belgisch ziekenfonds, kan hij - na terugkeer - terugbetaling vragen van zijn eigen ziekenfonds.
 - » Deze zorg wordt in principe terugbetaald volgens het terugbetalingstarief van het land waar de zorg verstrekt is (het remgeld kan verschillen met het land van herkomst).
- De EU-burger gaat naar het buitenland om een **geplande opname in een ziekenhuis** te ondergaan. Een **voorakkoord** van het ziekenfonds van het land van herkomst is absoluut noodzakelijk. Het ziekenhuis stuurt de factuur naar een lokaal ziekenfonds dat de zorg zal betalen en later terugvorderen van het ziekenfonds in het herkomstland.
 - » De terugbetaling gebeurt volgens de tarieven en voorwaarden van het land waar de zorg verstrekt wordt.
- De EU-burger gaat, om **geplande zorg (consultatie)** te krijgen, naar het buitenland en heeft een **voorakkoord** van zijn ziekenfonds (formulier E112).
 - » De terugbetaling gebeurt volgens de tarieven en voorwaarden van het land waar de zorg verstrekt wordt.
- De EU-burger gaat naar het buitenland om daar zorg te krijgen en heeft **geen voorakkoord** van zijn ziekenfonds (dus geen formulier E112). Hij betaalt de zorg en zal terugbetaald worden volgens de tarieven van de ziekteverzekering van het land van herkomst en op voorwaarde dat de zorg opgenomen is in die nomenclatuur. Als een welbepaalde behandeling in het land van herkomst niet terugbetaald wordt door de ziekteverzekering, dan wordt de EU-burger voor deze behandeling in België niet terugbetaald.

¹⁹ Elke EU-burger die aangesloten is bij het nationaal verzekeringsstelsel van zijn woonland, kan beschikken over een EZVK of een vervangend document dat gefaxt kan worden op het moment van of na de zorgverstrekking.

3. Fedasil (via zijn opvangpartners)

3.1. Wat dekt deze betalingsregeling?

De begunstigde van de opvang heeft recht op de **medische begeleiding** die noodzakelijk is om een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid. Deze medische zorg gaat verder dan de dringende medische hulpverlening zoals opgenomen in de OCMW-wet (zie hoofdstuk 4).

3.1.1. Algemene regel

Als algemene regel geldt dat de begunstigde van de opvang recht heeft op de medische hulpverlening en verzorging zoals bepaald in de RIZIV-nomenclatuur²⁰.

3.1.2. Uitzonderingen op de basisregel

Begunstigden van de opvang hebben **geen recht** op de volgende hulp en verzorging hoewel ze opgenomen zijn in de RIZIV-nomenclatuur:

- orthodontie;
- onvruchtbaarheidsonderzoek en vruchtbaarheidsbehandeling;
- tandprothesen als er geen kauwprobleem is ongeacht de leeftijd;
- zuiver esthetische ingrepen tenzij voor reconstructie na heekunde of trauma, tanden trekken onder algemene verdoving of tandverzorgingen onder algemene verdoving.

Begunstigden van de opvang hebben **wel recht** op de volgende hulpverlening en verzorging hoewel ze niet opgenomen zijn in de RIZIV-nomenclatuur:

- tanden trekken en tandprothese ter herstel van de kauwfunctie;
- brillen voor kinderen, voorgeschreven door een oogarts, met uitzondering van bi- of multifocale of gekleurde glazen;
- brillen voor volwassenen vanaf een refractieafwijking van minstens 1D aan het beste oog, voorgeschreven door een oogarts, met uitzondering van bi- of multifocale of gekleurde glazen;
- aangepaste melk voor zuigelingen als borstvoeding niet kan;
- geneesmiddelen van categorie D en geregistreerd als geneesmiddel in België²¹.

In uitzonderlijke omstandigheden en in het belang van de patiënt kan Fedasil ook andere medische hulp en medische zorg toekennen hoewel er geen nomenclatuurnummer is.

De begunstigde van de opvang krijgt ook de noodzakelijke **psychologische begeleiding**. Daarom kan Fedasil overeenkomsten afsluiten met gespecialiseerde instanties zoals diensten geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, ...

²⁰ KB van 9 april 2007 tot bepaling van de medische hulp en de medische zorg die niet verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang omdat zij manifest niet noodzakelijk blijken te zijn en tot bepaling van de medische hulp en de medische zorg die tot het dagelijks leven behoren en verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang.

²¹ Dit geneesmiddel moet voorgeschreven worden door een arts die gemachtigd is in België de geneeskunde uit te oefenen, met een voorschrift op stofnaam, rekening houdend met de aanbevelingen voor de referentierugbetaling, met uitzondering van geneesmiddelen ter behandeling van impotentie. Of dit geneesmiddel kan vrij verkrijgbaar zijn, zonder voorschrift van een arts, vergoeding op basis van de goedkoopste variant van het actieve middel, en voorkomend in de volgende lijst: Antacida, Spasmolytica, Anti-emetica, Antidiarreaica, Analgetica en Antipyretica (paracetamol, acetylsalicylzuur, ibuprofen 400mg, natriumnaproxen 220mg), middelen bij buccofaryngelae aandoeningen.

3.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen?

De materiële opvang is er in de eerste plaats voor **asielzoekers** vanaf de eerste dag van hun asielaanvraag tot en met hun beroep bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen of het toelaatbaar beroep bij de Raad van State, als zij zijn toegewezen aan een opvangstructuur (code 207) en daar verblijven.

Wie toegewezen is aan een opvangstructuur maar er niet verblijft ('no show'), heeft geen recht op materiële of financiële steun, maar wel recht op een tussenkomst in de medische kosten.

Door de jaren heen is de materiële opvang ook toegankelijk gemaakt voor andere categorieën vreemdelingen:

- de afgewezen asielzoeker die om bewezen medische redenen geen gevolg kan geven aan het bevel om het grondgebied te verlaten en een aanvraag voor een machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de verblijfwet heeft ingediend²²;
- de afgewezen asielzoeker die om redenen van overmacht, andere dan medische redenen, geen gevolg kan geven aan het bevel om het grondgebied te verlaten. Die overmacht moet bevestigd worden door de Dienst Vreemdelingenzaken, de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen of de Raad van State²³;
- de afgewezen asielzoeker die een verbintenis tot vrijwillige terugkeer heeft ondertekend: hij behoudt het recht op opvang tot zijn vertrek, tenzij dat vertrek uitgesteld wordt door zijn eigen gedrag;
- de afgewezen asielzoeker die een familielid²⁴ of een persoon heeft die de voogdij uitoefent en die nog recht heeft op materiële hulp;
- de vreemdeling zonder wettig verblijf met zijn minderjarig(e) kind(eren) zonder wettig verblijf die niet in staat is om zijn onderhoudsplicht na te leven;
- de niet-begeleide minderjarige vreemdeling.

Met uitzondering van de twee laatste categorieën moeten ook deze voorwaarden vervuld zijn:

- asiel aangevraagd hebben en de asielaanvraag is afgelopen;
- verblijven in een opvangstructuur.

3.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?

3.3.1. Verblijf in een collectieve opvangstructuur

In het begin van de asielprocedure worden asielzoekers toegewezen aan een collectieve opvangstructuur zoals het opvangcentrum Klein Kasteeltje in Brussel, het opvangcentrum Kapellen, het opvangcentrum van het Rode Kruis in Alsemberg ...

De aanvrager kan er voor medische zorg terecht bij de centrumarts in het opvangcentrum of in zijn privépraktijk. De centrumarts verwijst indien nodig door naar een specialist, verzorgingsinstelling, ...

Als de aanvrager een andere arts wil raadplegen dan de centrumarts of diegene naar wie de centrumarts doorverwees, moet de aanvrager de kosten voor de medische verzorging meestal zelf betalen.

²² Fedasil kan uitzonderlijk, op advies van de behandelende arts, een verlenging toestaan zonder aanvraag 9ter van de verblijfwet.

²³ De omzendbrief Fedasil 9 november 2007 concretiseert als volgt:

- wie een uitstel van vertrek heeft gevraagd aan de DVZ;
- wie geen reisdocumenten om terug te keren kan krijgen, mits een aanvraag tot regularisatie 9bis van de verblijfwet; wie een erkenning tot staatsloosheid heeft ingediend (bij de rechtbank van eerste aanleg);
- wie zeven maanden zwanger is en uitstel van vertrek heeft gevraagd aan de DVZ, tot twee maanden na de bevalling;
- wie ouder is van een Belgisch kind, mits een aanvraag tot regularisatie 9bis van de verblijfwet;
- wie een niet-terugleidingsclausule kreeg van de CGVS, mits een aanvraag om subsidiaire bescherming werd ingediend bij de gemeente;
- wie nog recht heeft op materiële hulp.

²⁴ De omzendbrief Fedasil 9 november 2007 concretiseert het familielid als: de echtgenoot, de duurzame partner, het minderjarig kind, het meerderjarig ongetrouwd kind ten laste of een ouder.

3.3.2. Verblijf in een individuele opvangstructuur

Sommige (uitgeprocedeerde) asielzoekers verblijven in een individuele opvangstructuur. Dat kan bijvoorbeeld een privéwoning zijn onder bevoegdheid van Vluchtelingenwerk Vlaanderen of Ciré, partners van Fedasil bij het opvangbeleid of een Lokaal Opvanginitiatief (zie hoofdstuk 4.2.).

De algemene regel is dat de aanvrager of derde (bv. de arts) vóór de zorgverstrekking contact opneemt met de organisatie die in opdracht van Vluchtelingenwerk of Ciré de asielzoeker effectief opvangt en begeleidt (bv. Caritas Internationaal Hulpbetoon). Die organisatie zal een requisitorium (betalingsverbintenis) afleveren voor een arts naar keuze en de arts kan zijn factuur naar die organisatie zenden.

Wanneer de zorg verstrekt is zonder een requisitorium (betalingsverbintenis), dan is niet alleen een factuur maar ook een attest van spoedeisende zorg noodzakelijk.

3.3.3. Verblijf buiten de toegewezen opvangstructuur ('no show')

Asielzoekers die niet verblijven in de opvangstructuur die de dienst Dispatching toegewezen heeft als verplichte plaats van inschrijving, worden 'no shows' genoemd. Zij verblijven op eigen initiatief op een privéadres dat vaak niet gekend is door Fedasil. Ze hebben geen recht op materiële of financiële steun van het OCMW en moeten bijgevolg zelf instaan voor de bed-, bad- en broodbehoeften. Ze kunnen wel de nodige medische begeleiding krijgen die wordt geregeld en betaald door Fedasil.

De algemene regel is dat de aanvrager of derde (bv. de arts) vóór de zorgverstrekking contact opneemt met de Cel Medische Kosten van Fedasil. Dat kan via telefoon, fax of mail. Daarbij kan gebruik gemaakt worden van het formulier 'aanvraag van requisitorium'. De aanvraag gebeurt het best enkele dagen voor de geplande afspraak. Zo kan Fedasil nagaan of het inderdaad moet tussenkomen voor de medische zorg, en het requisitorium (betalingsverbintenis) opstellen en bezorgen aan de betrokkene of aan de begeleidende of medische instantie. Een requisitorium wordt niet vroeger dan een week voor de datum van zorgverstrekking verstuurd omdat de verblijfsstatus nog kan veranderen. De aanvraag kan wel vroeger dan een week voor de effectieve zorgverstrekking ingediend worden. Na de zorgverstrekking moet de arts de factuur en het requisitorium naar de Cel Medische Kosten sturen voor de terugbetaling.

Kan het requisitorium niet vooraf aangevraagd worden, dan wordt de zorg ook betaald door Fedasil als de factuur vergezeld is van een 'attest voor spoedeisende zorg' om het spoedeisend karakter van de zorg te verantwoorden. Na de zorgverstrekking moet de arts de factuur met het attest voor spoedeisende zorg opsturen naar de Cel Medische Kosten.

3.3.4. Verblijf buiten de opvangstructuur, bij gebrek aan toewijzing

Uitzonderlijk krijgen asielzoekers geen opvangstructuur toegewezen. In die situatie is het OCMW van de gewoonlijke verblijfplaats bevoegd en volgen de asielzoekers de regeling zoals vermeld in 4.1.2.

Fedasil, Cel Medische Kosten, Kartuizerstraat 21, 1000 Brussel,
E-mail: medic@fedasil.be
Tel: 02 213 43 00 (Nederlands), 02 213 43 25 (Frans), Fax: 02 213 44 12

4. OCMW

Het OCMW komt tussen in verschillende situaties:

- de ‘gewone’ maatschappelijke integratie of dienstverlening;
- de materiële opvang in lokale opvanginitiatieven;
- dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf.

Telkens gaat het over andere gerechtigden. De inhoud van de steun -eventueel ook de medische zorg- is verschillend.

4.1. De gewone maatschappelijke integratie of dienstverlening

4.1.1. Wat dekt deze betalingsregeling?

Iedereen heeft recht op maatschappelijke dienstverlening van het OCMW, als dat nodig is om menswaardig te leven. Belgen en vreemdelingen kunnen zich in principe tot het OCMW van hun gewoonlijke verblijfplaats wenden voor deze dienstverlening²⁵. Ze kunnen recht hebben op **maatschappelijke integratie** (via leefloon, tewerkstelling of een geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie) of op **maatschappelijke dienstverlening** (sociale bijstand in de ruime zin bv. financiële steun, huisvesting, medische bijstand, juridisch advies ...).

De regeling ‘dringende medische hulp’ voor mensen zonder wettig verblijf, is ook een vorm van maatschappelijke dienstverlening door het OCMW (zie 4.3.).

Bij maatschappelijke dienstverlening bepaalt elk OCMW de meest geschikte hulpverlening op basis van de persoonlijke en gezinssituatie van de aanvrager. Die kan beroep indienen bij de arbeidsrechtbank wanneer hij denkt ten onrechte geen hulpverlening te krijgen van het OCMW of als er binnen de dertig dagen na de aanvraag geen beslissing is genomen. Dat beroep moet ingediend worden binnen de drie maanden na de beslissing of nadat de periode van dertig dagen waarbinnen het OCMW moet beslissen, voorbij is.

4.1.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen?

MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE

OCMW's hebben de taak het recht op maatschappelijke integratie te waarborgen aan personen die onvoldoende bestaansmiddelen hebben en die voldoen aan een aantal in de wet opgesomde **toekenningsvoorwaarden**:

- zijn werkelijke verblijfplaats in België hebben. Dat veronderstelt een legaal verblijf in België;
- behoren tot een van de volgende categorieën:
 - vreemdelingen ingeschreven in het bevolkingsregister²⁶;
 - erkende vluchtelingen;
 - erkende staatlozen²⁷;
 - burgers van de Europese Unie of familieleden die hen vervoegen en een verblijfsrecht van meer dan drie maanden hebben²⁸;

²⁵ Er zijn uitzonderingen mogelijk, bijvoorbeeld voor studenten, daklozen en opnames in instellingen zoals onder andere rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en opvangcentra voor daklozen.

Asielzoekers van wie de aanvraag ontvankelijk verklaard is voor 1 juni 2007 moeten zich wenden tot hun toegewezen OCMW (OCMW van de code 207) in plaats van het OCMW van hun verblijfplaats.

²⁶ Bijvoorbeeld vreemdelingen met een elektronische C-, D-, E-, E⁺-, F-, F⁺-kaart of hun papieren equivalent, nl. de identiteitskaart voor vreemdelingen, bijlage 8, bijlage 8bis, bijlage 9.

²⁷ Op voorwaarde dat ze ook een verblijfsrecht hebben, de erkenning als staatloze op zich volstaat niet.

toekenningsvoorwaarden (vervolg)

- meerderjarig zijn²⁹;
- bereid zijn te werken³⁰;
- zijn rechten laten gelden op uitkeringen.

MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING

Iedereen die behoeftig is, heeft recht op maatschappelijke dienstverlening van het OCMW. Voor bepaalde categorieën van vreemdelingen zijn er een aantal **beperkingen**:

» Mensen zonder wettig verblijf

Zij kunnen alleen in aanmerking komen voor dringende medische hulp (zie 4.3.), (meestal) niet voor ruimere financiële steun. Het OCMW van de gewoonlijke verblijfplaats is bevoegd.

Als ze zich in een medische overmachtsituatie bevinden waardoor ze niet kunnen terugkeren naar hun land van herkomst, kunnen ze bij het OCMW een aanvraag indienen voor financiële steun. Het OCMW zal die vraag meestal weigeren. In de praktijk veroordelen de arbeidsrechtbanken en -hoven de OCMW's tot het betalen van financiële steun wanneer uit de medische attesten blijkt dat de persoon niet terug kan naar zijn land van herkomst³¹.

Andere categorieën van mensen zonder wettig verblijf die recht kunnen hebben op materiële of maatschappelijke dienstverlening zijn:

- gezinnen met kinderen (materiële opvang in bepaalde collectieve opvangstructuren);
- wie in afwachting is van vertrek (verbintenis tot vrijwillig vertrek);
- wie in beroep is gegaan bij de Raad van State (materiële opvang of maatschappelijke dienstverlening al naargelang de startsituatie).

Let op! Zolang de termijn van het uitwijzingsbevel niet verstreken is, behoudt de vreemdeling het recht op maatschappelijke dienstverlening.

» Asielzoekers

Asielzoekers hebben - op enkele uitzonderingen na - enkel recht op materiële opvang in de hen toegewezen opvangstructuur tijdens de behandeling van hun asielaanvraag³². Asielzoekers die ervoor kiezen niet in een opvangcentrum te verblijven, hebben alleen recht op medische zorg³³.

In uitzonderlijke omstandigheden worden asielzoekers niet toegewezen aan een opvangstructuur en hebben zij recht op maatschappelijke dienstverlening van een OCMW (OCMW van code 207). Voorbeelden van uitzonderlijke omstandigheden zijn: het garanderen van het kunnen samenleven in gezinsverband, en medische redenen.

Nu de opvangstructuren volzet zijn, wijst men de meeste asielzoekers die voor 1 juni 2007 asiel hebben gevraagd voor maatschappelijke dienstverlening toe aan een OCMW³⁴.

²⁸ Concreet betekent dit een verblijfskaart EU of BIVR EU-student. Het Attest van Immatriculatie model B dat vijf maanden geldig is, voldoet niet.

²⁹ Tenzij ontvoegd door huwelijk, of een minderjarige die ouder is of zwanger is.

³⁰ Tenzij er billijkheids- of gezondheidsredenen (bv. studie of opleiding) zijn. Het OCMW bepaalt wat in aanmerking komt.

³¹ Meer info op www.medimmigrant.be of www.vreemdelingenrecht.be.

³² Dit met uitzondering van de asielzoekers van wie de aanvraag ontvankelijk verklaard werd voor 01/06/2007.

³³ Zolang hun asielprocedure lopende is, behouden ze hun recht op opvang, maar ze kunnen dit recht alleen uitoefenen als ze naar een opvangstructuur willen gaan.

4.1.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?

Indien mogelijk moet de hulpvrager zich vóór de zorgverstrekking aandienen bij het bevoegd OCMW. Als de zorg al verstrekt is zonder een voorafgaand akkoord van het OCMW, neemt de hulpvrager of zorgverstrekker best zo snel mogelijk contact op met het OCMW.

Het OCMW oordeelt of de betrokkene in staat is een menswaardig leven te leiden. In de wet staat echter nergens omschreven wat dat concreet betekent. Elk OCMW beslist dus zelf of iemand in staat is een menswaardig leven te leiden en welke de geschikte dienstverlening is. Elke beoordeling is individueel en concreet. Het OCMW voert daartoe een sociaal onderzoek. Dat sociaal onderzoek bestaat meestal uit een huisbezoek en moet minimaal een aantal gegevens vermelden:

- de werkelijke verblijfs- en woonsituatie;
- de feitelijke gezinssamenstelling;
- de bestaansmiddelen;
- alle andere elementen die nodig zijn om de aard en indien nodig het bedrag van de dienstverlening te bepalen.

Het OCMW is verplicht de OCMW-cliënten aan te sluiten bij een ziekenfonds als zij daarvoor in aanmerking komen³⁵. Als het ziekenfonds een deel betaalt, kan het OCMW alleen tussenkomen voor het remgeld of eventueel het deel dat niet gedekt is door de ziekteverzekering.

In de adressengids op www.desocialekaart.be vind je het adres van je OCMW.

4.2. Materiële opvang in lokale opvanginitiatieven

4.2.1. Wat dekt deze regeling?

Bewoners van collectieve opvangstructuren (zie hoofdstuk 3) kunnen, na vier maanden verblijf of in specifieke omstandigheden, vragen om naar een individuele opvangstructuur te mogen gaan. Die individuele opvangstructuur zal vaak een Lokaal Opvanginitiatief (LOI) van een OCMW zijn. Dat is een meer kleinschalige opvang in een huis of woonvoorziening van het OCMW, aangevuld met materiële voorzieningen voor levensbehoeften, sociale begeleiding en leefgeld voor overige kosten. De bewoners hebben ook recht op de medische en psychologische begeleiding die noodzakelijk is om een menswaardig leven te leiden. Daarvoor kan het OCMW overeenkomsten afsluiten met gespecialiseerde instanties zoals ziekenhuizen, centra geestelijke gezondheidszorg, ...

De betrokkene kan een consultatie vragen bij een zorgverstrekker naar keuze of kiezen uit een lijst van zorgverstrekkers waarmee het OCMW een samenwerkingsovereenkomst heeft³⁶.

³⁴ Het spreidingsplan werd onlangs opnieuw ingevoerd voor asielzoekers die vóór 1 juni 2007 asiel hebben aangevraagd (maar van wie de aanvraag toen niet ontvankelijk was verklaard) en die voldoen aan de criteria die vermeld staan in de instructie van Fedasil van 19 mei 2009. Zij krijgen een toewijzing code 207 aan een OCMW en hebben recht op maatschappelijke dienstverlening.

³⁵ Art. 60, §5 OCMW-wet.

³⁶ Wanneer de betrokkene toch een andere arts wenst te raadplegen dan diegene die hem wordt toegewezen, kan hij met een gemotiveerde aanvraag trachten om het OCMW te overtuigen van de noodzaak daarvan.

4.2.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen?

Juridisch gezien heeft de vreemdeling die in een Lokaal Opvanginitiatief verblijft (zie ook 3.1) recht op de medische hulpverlening en verzorging zoals bepaald in de Opvangwet. Dat betekent concreet dat de RIZIV-nomenclatuur het startpunt is. Er zijn echter een aantal uitzonderingen die vermeld staan in een Koninklijk Besluit³⁷. In dat KB staan ook een aantal medische zorgverstrekkings die niet opgenomen zijn in de RIZIV-nomenclatuur, maar toch verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang.

In de praktijk zou dat laatste voor moeilijkheden kunnen zorgen omdat de federale overheid (POD Maatschappelijke Integratie) aan de LOI's enkel de medische zorg terugbetaalt die in de RIZIV-nomenclatuur opgenomen is, en dus niet de bijkomende prestaties die het KB aan de LOI-bewoner toekent.

Wie in een Lokaal Opvanginitiatief verblijft en denkt dat hij ten onrechte bepaalde noodzakelijke medische zorg niet krijgt, of als er geen beslissing over de vraag wordt genomen, kan tegen de beslissing van de OCMW-raad een beroep indienen. Dat moet gebeuren bij de arbeidsrechtbank, binnen de drie maanden na de beslissing.

Los van de regelgeving in het Koninklijk Besluit kan elk OCMW op elk moment beslissen om individuele dienstverlening toe te kennen zonder daarvoor terugbetaling te krijgen van de POD Maatschappelijke Integratie.

4.2.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?

In tegenstelling tot de meeste andere opvangstructuren regelt de betrokkene en/of de zorgverstrekker alles met het OCMW en moet er voor de betaling van de medische kosten geen contact opgenomen worden met Fedasil.

De algemene regel is dat de vreemdeling of derde (bv. de arts) vóór de zorgverstrekking contact opneemt met de maatschappelijk werker van het LOI, die een medische kaart/requisitoir (betalingsverbintenis) aflevert voor een arts naar keuze. Die arts kan zijn factuur naar het OCMW zenden.

Als de zorg verstrekt werden zonder een requisitoir (betalingsverbintenis), dan contacteert de hulpvrager of zorgverstrekker best zo spoedig mogelijk de maatschappelijk werker van het LOI.

Het OCMW is verplicht de OCMW-cliënten aan te sluiten bij een ziekenfonds als zij daarvoor in aanmerking komen³⁸. Als het ziekenfonds een deel betaalt, kan het OCMW alleen tussenkomen voor het remgeld of eventueel het deel dat niet gedekt is door de ziekteverzekering.

4.3. De OCMW-regeling 'dringende medische hulp'

4.3.1. Wat dekt deze betalingsregeling?

Het recht op gezondheidszorg is een basisrecht voor iedereen. Om dat basisrecht ook voor mensen zonder wettig verblijf te garanderen, werd het recht op 'dringende medische hulp' ingeschreven in de **OCMW-wet** (art. 57, §2) en concreet ingevuld door een Koninklijk Besluit en een aantal omzendbrieven.

Het **KB van 12 december 1996** definieert 'dringende medische hulp' als 'hulp die een uitsluitend medisch karakter vertoont en waarvan de dringendheid met een medisch attest wordt aangetoond'.

Volgens het KB kan daaronder vallen:

- zowel preventieve als curatieve zorg;
- zowel ambulante verstrekte zorg als zorg verstrekt in een verplegingsinstelling.

³⁷ KB van 9 april 2007 tot bepaling van de medische hulp en de medische zorg die niet verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang omdat zij manifest niet noodzakelijk blijken te zijn en tot bepaling van de medische hulp en de medische zorg die tot het dagelijks leven behoren en verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang.

³⁸ Art. 60, §5 OCMW-wet.

De overheid heeft verder niet bepaald op welke medische zorg mensen zonder wettig verblijf recht hebben en op welke niet. Het is aan de **behandelende arts** om te bepalen of medische zorgverstrekking 'noodzakelijk is om de lichamelijke en geestelijke integriteit van de persoon te beschermen'. Dit is de interpretatie die aan 'dringende medische hulp' voor deze doelgroep gegeven wordt. Het kan onder meer gaan om een bezoek aan een huisarts, tandarts, een onderzoek, een ingreep, medicatie. In elk geval is dringende medische hulp veel ruimer dan 'hoogdringende geneeskundige hulpverlening' die onmiddellijk vereist is na een ongeval of bij een ernstige ziekte.

De OCMW's hebben de taak ervoor te zorgen dat de dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf in hun gemeente voorzien en toegankelijk is. Elk OCMW staat in voor het uitwerken van de regeling en het onderzoeken van de individuele aanvragen via een sociaal onderzoek. Het OCMW neemt de kosten van dringende medische hulp ten laste en kan die kosten terugvorderen van de overheid (POD Maatschappelijke Integratie), die binnen de 45 dagen vanaf de dag van zorgverstrekking op de hoogte moet worden gebracht door het OCMW.

De POD Maatschappelijke Integratie betaalt nooit behandelingen terug die niet zijn opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur en medicatie uit categorie D (bv. de meeste pijnstillers).

4.3.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Aan welke voorwaarden moet je voldoen?

Deze regeling is alleen van toepassing voor mensen die niet van een andere regeling gebruik kunnen maken om hun medische kosten terugbetaald te krijgen. OCMW's nemen de kosten van de dringende medische hulp aan mensen zonder wettig verblijf ten laste onder **drie voorwaarden**:

- de persoon verblijft illegaal op het grondgebied;
- hij is behoeftig;
- een arts attesteert dat het om dringende medische hulp gaat.

Ook EU-burgers kunnen hier illegaal verblijven. Dat is het geval wanneer ze langer dan drie maanden in België verblijven én niet onder een van de categorieën van het vrij personenverkeer vallen, noch een ander verblijfsstatuut hebben. Dus als ze **niet** vallen onder één van deze categorieën:

- werknemer of zelfstandige (onderwerping aan de Belgische sociale zekerheid);
- werkzoekende (de betrokkenen dient binnen de drie maanden bij de gemeente een bewijs van inschrijving als werkzoekende in, of kopieën van sollicitatiebrieven en bewijs van reële kans op werk);
- student (inschrijving aan een door de Belgische overheid erkende, georganiseerde of gesubsidieerde school én voldoende bestaansmiddelen én een ziektekostenverzekering);
- economisch niet-actieve vreemdeling (de persoon heeft voldoende bestaansmiddelen om te voorkomen dat hij ten laste valt van de sociale bijstand én een ziekteverzekering);
- familielid van een Belg of EU-burger die voldoet aan de voorwaarden voor gezinshereniging;
- een ander verblijfsstatuut (vb. asielzoeker, geregulariseerde vreemdeling, ...)

Wanneer de EU-burger langer dan drie maanden in België verblijft en niet onder een van deze categorieën valt, is zijn verblijf onwettig. Dat kan snel veranderen, want zodra hij werkt of werk zoekt, wordt zijn verblijf opnieuw wettig. Een EU-burger zonder wettig verblijf heeft alleszins recht op dringende medische hulp als hij behoeftig is (en als zijn Europese ziekteverzekering niet kan tussenkomen).

Het OCMW kan via de regionale dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering contact opnemen met het verbindingsorgaan van het herkomstland om na te gaan of de ziekteverzekering in het herkomstland nog geldig is. Bij opname in een ziekenhuis krijgt het ziekenhuis deze rol toebedeeld³⁹. Voor de POD Maatschappelijke Integratie het OCMW aantonen dat de hulpvrager zijn rechten op ziekteverzekering in zijn EU-land heeft laten gelden. Als de EU-burger langer dan een jaar onwettig in België verblijft, mag er van uitgegaan worden dat de betrokkene geen verzekering (meer) heeft en is er

³⁹ Zie Informatiedocument: 'De medische bewijsstukken in het kader van de Wet van 02/04/1965 en het Ministerieel Besluit van 30/01/1995', hoofdstuk D. Aansluiten bij het ziekenfonds, uitgegeven door de POD Maatschappelijke Integratie, maart 2007.

geen bewijsstuk nodig. Het OCMW moet zich wel op concrete gegevens kunnen baseren om te concluderen dat de persoon al langer dan een jaar clandestien in België is (bv. een huurcontract, bewijs van schoollopen van de kinderen, medische consultaties, afspraken op het OCMW, ...). Deze concrete gegevens moeten in het dossier terug te vinden zijn⁴⁰.

4.3.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?

WELKE STAPPEN MOET DE HULPVRAGER ZETTEN?

Indien mogelijk moet de hulpvrager zich vóór de zorgverstrekking aanmelden bij het OCMW van zijn **gewoonlijke verblijfplaats**. Het OCMW gaat dan na of hij aan de voorwaarden van illegaal verblijf (in de gemeente van het OCMW) en behoeftigheid voldoet. Daarvoor voert het een sociaal onderzoek waarbij het vragen stelt over de financiële situatie en de woonsituatie van de hulpvrager. Vaak doet het ook een huisbezoek.

Als iemand om medische redenen niet in staat is om vooraf contact op te nemen met het OCMW (bv. na een ernstig ongeval), kan de sociale dienst van het ziekenhuis een aanvraag indienen bij het OCMW van de gewoonlijke verblijfplaats om de betaling via dringende medische hulp te regelen. In uitzonderlijke omstandigheden⁴¹ kan het ziekenhuis zich wenden tot het OCMW van de gemeente waar het gelegen is⁴².

Als de betrokkene aan de voorwaarden voldoet, worden ook de kosten van een ziekenwagen via de regeling dringende medische hulp gedragen.

Als het OCMW zich territoriaal **onbevoegd** verklaart, moet het de hulpvrager daarover informeren en de aanvraag overmaken aan het OCMW dat wel bevoegd is. Als de hulpvrager niet akkoord gaat met een (weigerings)beslissing, kan hij een **beroep** indienen bij de arbeidsrechtbank van de plaats waar het OCMW dat de beslissing nam, gevestigd is. Dat moet binnen de drie maanden na de betekening van de beslissing van het OCMW gebeuren.

WELKE STAPPEN MOET DE ZORGVERSTREKKER ZETTEN?

Een erkende arts moet **attesteren** dat het om dringende medische hulp gaat. Daarvoor bestaat geen standaardattest. Het attest bevat minimaal de volgende gegevens:

- de datum van de zorgverstrekking;
- de naam van de patiënt;
- de naam en handtekening van de arts.

Als het bevoegde OCMW het medisch attest en de ereloonnota of rekening van de zorgverstrekker heeft, kan het de zorgverstrekker betalen. Belangrijk is dat de zorgverstrekker **het OCMW op tijd op de hoogte brengt** van de verstrekte zorg.

De arts moet bij elk voorschrift voor **medicatie** ook een attest dringende medische hulp toevoegen.

De gegevens uit de medische attesten worden vertrouwelijk behandeld. Ook zorgverstrekkers zijn gebonden aan hun beroepsgeheim⁴³.

⁴⁰ Zie Informatiedocument: 'De medische bewijsstukken in het kader van de Wet van 02/04/1965 en het Ministerieel Besluit van 30/01/1995', hoofdstuk D. Aansluiten bij het ziekenfonds, uitgegeven door de POD Maatschappelijke Integratie, maart 2007.

⁴¹ Dit wil zeggen enkel als de hulpvraag aan het OCMW dringend is en tijdens het verblijf in het ziekenhuis gesteld wordt. Sommige OCMW's maken daarover afspraken met de ziekenhuizen op hun grondgebied.

⁴² Omzendbrief van 9 juli 2002 betreffende de dringende medische hulp verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven (bevoegdheidsregeling).

⁴³ Het art. 4 van het Koninklijk Besluit van 12 december 1996 garandeert het **vertrouwelijk** karakter van de dringende medische hulp. De attesten mogen alleen gebruikt worden voor de terugbetaling aan het OCMW.

5. Privéziekteverzekering

Wanneer een niet-EU-burger uit een visumplichtig land naar België wenst te komen voor een kort verblijf en dus een (toeristen)visum wil, moet hij aantonen dat hij beschikt over een privéziekteverzekering (bv. reisziekteverzekering). Soms moeten familieleden die in het kader van gezinshereniging naar België komen ook zo'n privéziekteverzekering afsluiten.

5.1. Wat dekt deze betalingsregeling?

Een privéziekteverzekering dekt meestal enkel de onvoorziene medische zorg, waaronder repatriëring om medische redenen, dringende medische zorg en/of spoedbehandeling in een ziekenhuis. Zwangerschap en ziekten waaraan de persoon reeds lijdt, worden in de meeste gevallen uitgesloten.

5.2. Aan welke voorwaarden moet de persoon en de verzekering voldoen?

Er bestaan verschillende verzekeringsmaatschappijen die een privéziekteverzekering aanbieden die voldoet aan de voorwaarden om aanvaard te worden door de Belgische ambassade. Daarvoor moeten ze de uitgaven dekken voor repatriëring om medische redenen, dringende medische zorg en/of spoedbehandeling in een ziekenhuis voor een minimumbedrag van 30.000 euro.

Het is belangrijk in de polis te kijken of enkel de betrokkene, of ook het ziekenhuis of OCMW de kosten bij de privéziekteverzekering kunnen verhalen.

De FOD Buitenlandse Zaken heeft een contactpunt voor informatie over de reisverzekeringen die afgesloten zijn door vreemdelingen. Gemeenten, OCMW's en ziekenhuizen kunnen er info krijgen over die verzekering door een mail te sturen naar infovisa@diplobel.fed.be.

6. Derde verantwoordelijke - Garant - Onderhoudsplichtigen

6.1. Derde verantwoordelijke: (vrijwilligers-)werk - verkeer - vereniging

In een aantal situaties kan een derde persoon verantwoordelijk gesteld worden voor de medische kosten of kan voor tussenkomst in de medische kosten een beroep gedaan worden op de verzekering van die derde persoon. Als schade wordt toegebracht door een derde persoon (of zijn gezinsleden of huisdieren), is deze derde persoon immers verantwoordelijk.

Als die persoon een **familiale polis** (burgerlijke aansprakelijkheid privéleven) heeft afgesloten, dekt die polis de schade. Over het algemeen beschermt deze polis de verzekerde gerechtelijk tegen elke klacht met betrekking tot burgerlijke aansprakelijkheid. Tot het bedrag van de gewaarborgde schadeloosstelling dat in het contract is vastgelegd, dekt de verzekering de schade die derden hebben geleden.

Het afsluiten van een familiale polis is niet wettelijk verplicht. Als er **geen familiale polis** is afgesloten, kan de rechtbank iemand persoonlijk aansprakelijk stellen voor toegebrachte schade.

Daarnaast zijn er een aantal specifieke situaties waarin een verzekering kan worden aangesproken:

EEN ONGEVAL MET EEN AUTO

Om de slachtoffers van een verkeersongeval te beschermen, is een autoverzekering in België wettelijk verplicht. Die verzekering betaalt de schade aan derden, die door het verzekerde voertuig is veroorzaakt.

EEN ONGEVAL OP SCHOOL

Scholen hebben geen volledige verzekeringsplicht. Toch hebben ze in de praktijk meestal een uitgebreide polis, zodat ongevallen van leerlingen verzekerd zijn, zowel op school als op weg van en naar de school.

EEN ONGEVAL OP HET WERK

Een ongevallenverzekering komt tussen bij ongevallen die een lichamelijk letsel tot gevolg hebben. Elke werkgever is verplicht om zijn personeel te verzekeren tegen arbeidsongevallen. Een arbeidsongevallenverzekering vergoedt de lichamelijke schade ten gevolge van een ongeval tijdens de werkuren, maar ook op weg van en naar het werk.

EEN ONGEVAL TIJDENS VRIJWILLIGERSWERK

Organisaties zijn sinds 1 januari 2007 verplicht om voor hun vrijwilligers een verzekering beperkte aansprakelijkheid af te sluiten die ongevallen dekt, zowel tijdens de uitvoering van de activiteit als op weg van en naar de plaats van de activiteit.

EEN ONGEVAL TIJDENS EEN ACTIVITEIT VAN EEN VERENIGING

De meeste verenigingen sluiten een polis af voor hun leden. Wie lidgeld betaalt voor een vereniging is vaak ook verzekerd voor schade ten gevolge van een ongeval tijdens een activiteit van de vereniging.

6.2. Garant / borgsteller

Voor sommige visumplichtige vreemdelingen heeft een borgsteller of garant bij de visumaanvraag een **verbintenis tot tenlasteneming** (een engagementsverklaring) ondertekend. Die gaat daarmee een verbintenis van meestal twee jaar⁴⁴ aan om de kosten van gezondheidszorg, verblijf en repatriëring te

⁴⁴ De duur van de verbintenis tot tenlasteneming is afhankelijk van het type visum.

dragen. De borgsteller moet tijdens die periode ook de niet-verzekerde medische kosten van de hulpvrager betalen. De wetgeving zegt niet duidelijk of de tenlastenemer alleen instaat voor courante gezondheidszorg of ook voor de kosten van de dringende medische zorg⁴⁵.

Als er problemen zijn met de borgsteller (bv. hij weigert mee te werken, is onvindbaar, onvermogen, ...), dan kan de betrokkene terecht bij het OCMW dat een onderzoek start vooraleer het eventueel tussenkomt. Het OCMW probeert contact op te nemen met de borgsteller om hem op zijn engagement te wijzen. Er zijn grenzen aan dit engagement, want de borgsteller mag door de medische kosten niet in een situatie komen die zijn menselijke waardigheid in het gedrang brengt. Het OCMW kan ook medische kosten ten laste nemen en ze achteraf terugvorderen van de borgsteller. Om na te gaan of er een tenlasteneming ondertekend is, kan men contact opnemen met de DVZ⁴⁶.

6.3. Onderhoudsplichtigen in het kader van de OCMW-regelgeving

Wanneer een persoon OCMW-steun vraagt, kan het OCMW hem na onderzoek van de feiten verwijzen naar zijn naaste onderhoudsplichtigen. Dat zijn de mensen die instaan voor het financiële en materiële onderhoud van de betrokkene. Het kan gaan om de ouders, de kinderen, de echtgenoot, evenals de adoptanten, geadopteerden, en soms de gewezen echtgenoot.

De informatie die het OCMW tijdens het sociaal onderzoek inwint, bepaalt of het opportuun is om van de betrokkene te eisen dat hij bij zijn onderhoudsplichtigen zijn rechten laat gelden. Het OCMW kan hem helpen om in zijn naam en voordeel op te treden ten aanzien van o.a. de onderhoudsplichtigen.

De betrokkene mag niet vrijwillig verzaken aan het recht op onderhoudsgeld van zijn (gewezen) echtgenoot.

Daarnaast kan het OCMW vragen dat de verwekker van kinderen die zijn vaderschap niet juridisch heeft vastgelegd wier afstamming langs vaderszijde niet vaststaat, mee instaat voor het levensonderhoud, de opvoeding en de passende opleiding van zijn kind.

Om billijkheidsredenen mag het OCMW soms afzien van de terugvorderingsplicht ten aanzien van de onderhoudsplichtigen. De menselijke waardigheid van de onderhoudsplichtige mag niet in het gedrang komen.

-
- In het geval van een visum kort verblijf (**toeristen**), is de duur van de verbintenis tot tenlasteneming **twee jaar** (ook al is het visum zelf slechts geldig voor maximaal drie maanden). Als de vreemdeling tijdens deze twee jaar een verblijfsrecht verwerft, is de tenlasteneming niet meer geldig.
 - Bij de studentenvisa engageert de garant zich voor de studieduur.
 - Bij de tenlasteneming van een partner (voor samenwonen in het kader van een duurzame relatie) engageert de garant zich voor drie jaar. Deze laatste tenlasteneming wordt juridisch betwist.

In uitzonderlijke gevallen kan de tenlasteneming eerder worden beëindigd.

⁴⁵ Voor personen die het land zijn binnengekomen met een visum kort verblijf, kan het OCMW de garant alleen aanspreken voor de kosten van courante gezondheidszorg en niet voor de kosten van dringende medische hulpverlening, volgens de omzendbrief van 9 september 1998 van de toenmalige Minister van Binnenlandse Zaken.

⁴⁶ De DVZ geeft informatie of er een tenlasteneming bestaat en wie ze ondertekend heeft:

- over tenlastenemingen bijlage 3bis, voor een vreemdeling die naar België is gekomen in het kader van kort verblijf (als toerist of met het oog op het afsluiten van een wettelijke samenwonen of een huwelijk): koen.callaert@dofi.fgov.be of tel. 02/793.86.30
- over tenlastenemingen bijlage 32, voor wie naar België is gekomen in het kader van lang verblijf (niet-EU-student): marijke.sterckx@dofi.fgov.be of tel. 02/793.87.31

7. De betrokkene staat zelf in voor de betaling van zijn medische kosten

Iedereen moet eerst zijn rechten en middelen uitputten vóór hij een beroep kan doen op het OCMW (van zijn gewoonlijke verblijfplaats) om zijn medische kosten te betalen.

Een OCMW kan alleen tussenkomen als de hulpvrager **behoefstig** is. Het OCMW onderzoekt dus eerst of de hulpvrager geen beroep kan doen op onderstaande betalingsmogelijkheden:

- een publieke of privé**ziekteverzekering** (in België of het buitenland);
- een **borgsteller** die een verbintenis tot tenlasteneming heeft ondertekend;
- een **onderhoudsplichtige** of **derde verantwoordelijke**.

Daarnaast gaat het OCMW na of de betrokkene eigen middelen heeft om medische kosten te betalen. Zo is het mogelijk dat hij - na tussenkomst van hier bovenstaande betalingsmogelijkheden - zelf een doktersconsultatie of medicatie betaalt, maar dat hij niet zelf in staat is om zijn hospitalisatie te betalen.



Deze **toelichting** maakt deel uit van de informatiemap “Verblijfsstatuten en gezondheidszorg voor vreemdelingen”. Naast deze toelichting bevat de map ook:

- het **overzicht**, dat voor elk verblijfsstatuut informatie geeft over het recht op opvang of steun, ziekteverzekering en de (terug-)betaling van de medische kosten.
- de **samenvatting**, dat de meest voorkomende betalingsregeling accentueert.

www.medimmigrant.be • www.orientatiepunt.be
www.medischezorg.be • www.vreemdelingenrecht.be