

Medische kosten van vreemdelingen. Wie betaalt?

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

› versie 05/2013

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

1. Aansluiting bij en tussenkomst door 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 - Onderhoudsplichtige
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.

1. Aansluiting bij en tussenkomst door een Belgisch ziekenfonds	3
1.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	3
1.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden?	3
1.2.1. Aansluiten bij het ziekenfonds als gerechtigde.....	4
1.2.2. Aansluiten bij het ziekenfonds als persoon ten laste van een gerechtigde.....	5
1.2.3. Extra info	6
1.3. Welke stappen moet de vreemdeling zetten?	6
1.3.1. De vreemdeling kan zich aansluiten als gerechtigde op basis van zijn inschrijving in het Rijksregister.....	7
1.3.2. De vreemdeling kan zich aansluiten als persoon ten laste van een gerechtigde, maar niet op basis van zijn verblijfsstatuut (met of zonder inschrijving in het Rijksregister).....	7
2. Tussenkomst door het ziekenfonds van het EU-herkomstland	8
3. Fedasil (en zijn opvangpartners)	10
3.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	10
3.1.1. Algemene regel	10
3.1.2. Uitzonderingen op de basisregel.....	10
3.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden ?	11
3.2.1. Asielzoekers	11
3.2.2. Andere begunstigden van de materiële opvang	12
3.2.3. Uitzonderingen: asielzoekers die niet in materiële opvang verblijven.....	14
3.3. Welke stappen moet de vreemdeling zetten?	15
3.3.1. Verblijf in een collectieve opvangstructuur.....	15
3.3.2. Verblijf in een individuele opvangstructuur.....	15
3.3.3. Verblijf buiten de opvangstructuur	15
4. OCMW	17
4.1. De gewone maatschappelijke integratie of dienstverlening	17
4.1.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	17
4.1.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden?.....	17
4.1.3. Welke stappen moet de vreemdeling zetten?.....	20
4.2. Materiële opvang in lokale opvanginitiatieven	21
4.2.1. Wat dekt deze regeling?	21
4.2.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden?.....	21
4.2.3. Welke stappen moet de vreemdeling zetten?.....	21
4.3. De OCMW-regeling 'dringende medische hulp'	22
4.3.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	22
4.3.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden?.....	22
4.3.3. Hoe kom je in aanmerking? Welke stappen moet je zetten?	23
5. Reisverzekering (met inbegrip van privéziekteverzekering)	25
5.1. Wat dekt deze betalingsregeling?	25
5.2. Aan welke voorwaarden moet de verzekering voldoen?	25
6. Derde verantwoordelijke - Garant - Onderhoudsplichtigen	26
6.1. Derde verantwoordelijke: (vrijwilligers-)werk - verkeer - vereniging	26
6.2. Garant / borgsteller	27
6.3. Onderhoudsplichtigen in het kader van de OCMW-regelgeving	27
7. De betrokkene staat zelf in voor de betaling van zijn medische kosten	29

1. Aansluiting bij en tussenkomst door een Belgisch ziekenfonds

1.1. Wat dekt deze betalingsregeling?

De ziekenfondsen en de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) **vergoeden geneeskundige zorg** die erkend is door de ziekteverzekering, zoals een consultatie bij een arts of kinesitherapeut, een opname in een ziekenhuis en de aankoop van farmaceutische producten. De terugbetaling van de erkende geneeskundige zorg is wettelijk bepaald en dus bij elk ziekenfonds gelijk. De terugbetaling hangt wel af 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 aan die sommige zorgverstrekkingen bijkomend vergoedt. Dat extra aanbod verschilt per ziekenfonds.

De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) is een openbare instelling die wel een verplichte verzekering aanbiedt, maar geen aanvullende verzekering. Je hoeft bijgevolg geen lidgeld te betalen (maar je moet uiteraard wel bijdragen).

Het ziekenfonds betaalt niet alle kosten terug. Medische prestaties met een nomenclatuurcode of pseudonomenclatuurcode worden volledig of gedeeltelijk terugbetaald, medische prestaties zonder dat nummer worden niet terugbetaald. Medicatie wordt onderverdeeld in categorieën. Enkel medicatie van categorie D wordt niet terugbetaald door de ziekteverzekering. Bij de medische prestaties en medicatie die maar gedeeltelijk worden terugbetaald, heeft de patiënt een persoonlijk aandeel, ook wel **remgeld** genoemd.

Niet alle verzekerden krijgen voor eenzelfde medische prestatie of medicatie evenveel terugbetaald door het ziekenfonds. Wie recht heeft op de **verhoogde tegemoetkoming**¹ krijgt een hogere terugbetaling en betaalt dus minder remgeld. De volgende personen hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming zonder dat ze een inkomensvoorwaarde moeten vervullen:

- 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 ontvangt;
- wie een vergoeding van de FOD Sociale Zekerheid als erkend gehandicapte ontvangt;
- niet-begeleide minderjarige vreemdelingen;
- kinderen met een handicap.

Daarnaast zijn er nog tal van categorieën personen die een inkomensvoorwaarde moeten vervullen om recht te hebben op een verhoogde tegemoetkoming, waaronder de rechthebbenden op het OMNIO-statuut. Dat statuut wordt niet automatisch toegekend, maar moet aangevraagd worden bij het ziekenfonds.

1.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden?

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 (bijv. 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

.....
¹ Meer info: www.riziv.be.

kunnen echter ook meer rechten hebben. Zo kan een persoon ten laste recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, terwijl de gerechtigde van wie hij ten laste is, dat recht niet heeft.

1.2.1. Aansluiten bij het ziekenfonds als gerechtigde

Iedereen die aan een van de **onderstaande voorwaarden** voldoet, opent het recht op ziekteverzekering als gerechtigde: via werk, als student hoger dagonderwijs, op basis van verblijfsstatuut of als niet-begeleide minderjarige.

VIA WERK

Wie **officieel** werkt in België, moet zich aansluiten bij een ziekenfonds.

- Voor werknemers betaalt de werkgever socialezekerheidsbijdragen.
- Zelfstandigen betalen zelf socialezekerheidsbijdragen aan een sociale kas voor zelfstandigen.

Het is eveneens mogelijk dat mensen verzekerd zijn voor geneeskundige verzorging op basis van werk, ook al mogen ze officieel niet werken. De werkgever betaalt socialezekerheidsbijdragen en betaalt het loon op controleerbare wijze uit (**witwerk**). Het ziekenfonds van de werknemer is bijgevolg in orde. De betrokkene werkt, ook al kan hij niet (meer) wettelijk tewerkgesteld worden. Dat is meestal het geval wanneer iemand in een vroegere procedure officieel mocht werken en daarna, door een statuutwijziging, het recht op arbeid verloor.

ALS STUDENT HOGER DAGONDERWIJS (ONDERWIJS VAN HET DERDE NIVEAU)

Studenten die hoger dagonderwijs volgen in een instelling erkend door het RIZIV², kunnen zich, op basis van hun studiegetuigschrift uitgereikt door de school, aansluiten bij een ziekenfonds. Een student betaalt een persoonlijke bijdrage.³

OP BASIS VAN HET VERBLIJFSSTATUUT⁴ (ZIE OOK 1.3.1.)

Kunnen aansluiten bij een ziekenfonds:

- vreemdelingen die van rechtswege toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden of onbepaalde duur in België (opgenomen in het vreemdelingenregister);
- vreemdelingen die gevestigd zijn in België (opgenomen in het bevolkingsregister);
- 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), en van wie de aanvraag nog steeds in behandeling is. Deze categorie neemt af. Het gaat immers om personen die een asielaanvraag indienden toen de oude asielprocedure nog van kracht was. De meesten van hen hebben inmiddels een beslissing ten gronde of een beslissing over hun beroepsprocedure ontvangen.

NIET-BEGELEIDE MINDERJARIGE VREEMDELINGEN

Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen 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 zijn vrijgesteld van de leerplicht.⁵ 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.

² www.riziv.be (Home > Verzekeringsinstellingen (V.I.) > Omzendbrieven naar de V.I. > Administratieve controle).

³ www.riziv.be (Home > Sociaal verzekeren > Medische kosten > Persoonlijke bijdragen).

⁴ RIZIV-omzendbrief betreffende de bewijsmodaliteiten voor de inschrijving in het Rijksregister van 15 juni 2010.

⁵ Vrijgesteld van de leerplicht door de 'Commissie van advies voor het Buitengewoon Onderwijs' of de 'Commission consultative de l'enseignement spécial' of de 'Sonderschulausschuss'.

OP BASIS VAN EEN ANDERE HOEDANIGHEID

Sommige vreemdelingen kunnen op basis van een andere hoedanigheid⁶ ingeschreven worden. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen die een uitkering (werkloosheid, pensioen, zwangerschap, ...) krijgen. Daarnaast is mogelijk het uitlooprecht nog van toepassing.

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 trimestrieel bepaald grensbedrag (€ 2265,49 netto eerste trimester 2012). De gerechtigde moet een verklaring op erewoord invullen waarin staat dat de persoon ten laste minder dan het maximaal toegestane bedrag verdient.

Men kan in vier situaties persoon ten laste zijn: als samenwonende echtgeno(o)t(e), als kind, als ascendent of als samenwonende persoon.

DE SAMENWONENDE ECHTGENO(O)T(E)

De samenwonende echtgeno(o)t(e) is de echtgeno(o)t(e) die onder hetzelfde dak woont. De samenwoonst blijkt uit het Rijksregister of, bij gebrek daaraan, uit een huwelijksakte.⁷ 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 die beëdigd vertaald is.

DE (KLEIN)KINDEREN

Bij eigen of adoptiekinderen jonger dan 25 jaar moet er geen samenwoonst zijn. Wel moet de geboorte- of adoptieakte voorgelegd worden. In principe moeten de kinderen in België wonen.

Voor kleinkinderen is samenwoonst wel verplicht.

Wanneer er geen afstammingsband of adoptie aangetoond kan worden, moet de gerechtigde of zijn/haar echtgeno(o)t(e) bewijzen dat hij of zij instaat voor het onderhoud. Dat kan blijken uit de samenwoonst. Die zal in principe blijken uit het Rijksregister of uit alle mogelijke bewijsmiddelen die door de RIZIV-administratie worden erkend.

Deze kinderen kunnen ook ingeschreven worden op de ziekteverzekering van hun pleegouders, maar daarvoor is een toestemming van het RIZIV vereist.

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 samenwoonst moet blijken uit het Rijksregister.

DE SAMENWONENDE PERSOON

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

⁶ Meer info: art. 32 van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994.

⁷ KB van 26 februari 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 : *'In afwijking op het vorige lid, mag de huwelijksakte evenwel als bewijs van het samenwonen van de echtgenoten dienen, in afwachting van de aanpassing van de vorenbedoelde gegevens van het Rijksregister ten gevolge van de samenwoning'*.

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. Het bezit 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 dat 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

Wie op basis van zijn hoedanigheid zijn recht op ziekteverzekering verliest, geniet toch nog een uitlooprecht. De ziekteverzekering loopt immers altijd tot het einde van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht is geopend. 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.

WACHTTIJD

De wachttijd bij de inschrijving is afgeschaft. Een persoon heeft meestal recht op ziekteverzekering vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin hij gerechtigd wordt.

Uitzonderingen zijn:

- studenten hoger onderwijs, ingeschreven in het Rijksregister, niet-begeleide minderjarige vreemdelingen: op de eerste dag van het kwartaal waarin de aanvraag gebeurt;
- mensen met een handicap: op de eerste dag van het kwartaal waarin ze de aanvraag tot erkenning als persoon met een handicap hebben ingediend;
- personen ten laste: op de dag dat ze de hoedanigheid van persoon ten laste hebben verworven.

Alleen bij herinschrijving is het nog mogelijk dat een wachttijd van zes maanden opgelegd wordt. (Wie meer dan twee jaar geen rechten meer heeft, moet zich 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).

1.3. Welke stappen moet de vreemdeling zetten?

Wie wil aansluiten bij het ziekenfonds⁸ moet, naast de documenten over de inkomsten (bijv. 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 zich kunnen aansluiten als gerechtigde met de hoedanigheid van 'ingeschrevene in het Rijksregister' (resident of verblijvende in België);
- personen die zich niet kunnen aansluiten op basis van hun verblijfsstatuut.

⁸ Aansluiten kan bij een ziekenfonds dat terug te vinden is op www.riziv.be (Home > Sociaal verzekerden > De ziekenfondsen > Contacteer de ziekenfondsen).

1.3.1. De vreemdeling kan zich aansluiten als gerechtigde op basis van zijn inschrijving in het Rijksregister⁹

De volgende personen kunnen zich aansluiten bij het ziekenfonds op basis van hun verblijfstitel:¹⁰

- vreemdelingen die in het bezit zijn van een elektronische verblijfskaart (A, B, C, D, E, E+, F, F+, H);
- vreemdelingen die in het bezit zijn van het papieren equivalent:
 - bijlage 8 of 8bis
 - (nieuwe) bijlage 15 als een bepaald vakje is aangevinkt (een instructie hierover van het RIZIV is op komst)
 - paspoort van diplomaat;
- asielzoekers van wie de aanvraag voor 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard is, en die in het bezit zijn van een Attest van Immatriculatie model A ('oranje kaart'). Ze moeten gelijktijdig een bijlage 25 of 26 van voor deze datum kunnen voorleggen. 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 Vreemdelingenbetwistingen, moeten hun ontvankelijkheid aantonen op basis van de code 206 in het wachtregister.

1.3.2. De vreemdeling kan zich aansluiten als persoon ten laste van een gerechtigde, maar niet op basis van zijn verblijfsstatuut (met of zonder inschrijving in het Rijksregister)

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

- de huwelijksakte waaruit de huwelijksband tussen de echtgenoten blijkt, de geboorteakte van het kind waaruit de ouder-kindband blijkt, of documenten waaruit blijkt dat de gerechtigde instaat voor het onderhoud van de betrokkene;
- documenten waaruit de hoofdverblijfplaats van de gerechtigde blijkt (bijv. 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 (bijv. Attest van Immatriculatie, bijlage 19, bijlage 35, ...);
- attest van gezinssamenstelling afgeleverd door de gemeente (indien mogelijk, niet verplicht);
- gegevens van het ziekenfonds van de gerechtigde (bijv. kleeftbriefje).

noot

Sommige vreemdelingen die in het kader van gezinshereniging naar België willen komen, moeten vooraf een bewijs van ziekteverzekering voorleggen. Een Belgisch ziekenfonds kan in een aantal gevallen het bewijs afleveren dat de familieleden van een gerechtigde zich vanaf hun aankomst in België kunnen aansluiten als zijn personen ten laste. Als dat niet mogelijk is en de vreemdeling ook geen beroep kan doen op een publieke ziekteverzekering in het land van herkomst, is het enige alternatief een privé-ziekteverzekering af te sluiten.

⁹ RIZIV-omzendbrief betreffende de bewijsmodaliteiten voor de inschrijving in het Rijksregister van 15 juni 2010.

¹⁰ 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 15 juni 2010.

2. Tussenkost door het ziekenfonds van het EU-herkomstland

De volgende situaties kunnen zich voordoen voor Unieburgers:

**DE UNIEBURGER WORDT ONVERWACHT GEHOSPITALISEERD.
HET GAAT OM NOODZAKELIJKE ZORG TIJDENS EEN TIJDELIJK VERBLIJF.**

- » Deze zorg wordt in principe terugbetaald volgens het terugbetalingstarief van het land waar de zorg verstrekt wordt. Het remgeld kan verschillen per land van herkomst.

'Noodzakelijke zorg' zijn de verstrekkingen die nodig zijn om te vermijden dat de verzekerde vroeger dan gepland moet terugkeren naar de bevoegde lidstaat om daar de noodzakelijke zorg te ontvangen. De Unieburger moet zijn tijdelijk verblijf kunnen voortzetten in medisch veilige omstandigheden. Het gaat niet enkel over plotselinge aandoeningen, ook sommige chronische of bestaande 'aandoeningen' vallen eronder.

De reden van het tijdelijk verblijf is van geen belang, zolang de reden om in België te verblijven niet uitsluitend het verkrijgen van gezondheidszorg is ('geplande zorg'). Het kan onder andere gaan om een toerist, een werkzoekende Unieburger gedurende de eerste drie maanden van zijn verblijf, een gedetacheerde werknemer die zijn woonplaats niet *overbrengt* naar het land waarnaar hij wordt gedetacheerd (doet hij dat wel, dan wordt hij beschouwd als een werknemer die geen grensarbeider is). De Unieburger toont zijn Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK). Elke Unieburger 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. Als hij die kaart kan voorleggen, zal hij bij een dringende ziekenhuisopname meestal niets hoeven te 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.

**DE UNIEBURGER HEEFT NOOD AAN EEN ONVERWACHTE 'CONSULTATIE'.
HET GAAT OM NOODZAKELIJKE ZORG TIJDENS EEN TIJDELIJK VERBLIJF.**

- » Deze zorg wordt in principe terugbetaald volgens het terugbetalingstarief van het land waar de zorg verstrekt wordt. Het remgeld kan verschillen per land van herkomst.

Voor het begrip 'noodzakelijke zorg': zie hierboven.

De Unieburger toont zijn Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK). Hij betaalt de consultatie zelf en vraagt terugbetaling aan een lokaal ziekenfonds in België (op voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp en EZVK). Wanneer hij geen terugbetaling vraagt bij een Belgisch ziekenfonds, kan hij na terugkeer terugbetaling vragen bij zijn eigen ziekenfonds.

**DE UNIEBURGER GAAT NAAR HET BUITENLAND OM EEN
GEPLANDE OPNAME IN EEN ZIEKENHUIS TE ONDERGAAN.**

- » De terugbetaling gebeurt volgens de tarieven en voorwaarden van het land waar de zorg verstrekt wordt.

Een **voorafgaande toestemming** van het ziekenfonds in het land van herkomst is absoluut noodzakelijk (formulier E112 of S2). Het ziekenhuis stuurt de factuur en een kopie van het formulier S2 of E112 naar een lokaal ziekenfonds dat de zorg zal betalen en later terugvorderen van het ziekenfonds in het herkomstland.

DE UNIEBURGER GAAT NAAR HET BUITENLAND OM GEPLANDE ZORG (CONSULTATIE) TE KRIJGEN, EN HEEFT EEN VOORAFGAANDE TOESTEMMING VAN ZIJN ZIEKENFONDS (FORMULIER E112 OF S2).

- » De terugbetaling gebeurt volgens de tarieven en voorwaarden van het land waar de zorg verstrekt wordt.

De Unieburger toont zijn formulier S2 of E112. Hij betaalt de consultatie zelf en vraagt terugbetaling aan een lokaal ziekenfonds in België (op voorlegging van het getuigschrift voor verstrekte hulp en zijn formulier S2 of E112). Wanneer hij geen terugbetaling vraagt bij een Belgisch ziekenfonds, kan hij na terugkeer terugbetaling vragen aan zijn eigen ziekenfonds.

DE UNIEBURGER GAAT NAAR HET BUITENLAND OM DAAR ZORG TE KRIJGEN EN HEEFT GEEN VOORAFGAANDE TOESTEMMING VAN ZIJN ZIEKENFONDS (DUS GEEN FORMULIER E112 OF S2).

- » Hij betaalt zelf de zorg. De terugbetaling gebeurt volgens de tarieven en vergoedingswaarden van de ziekteverzekering van het land van herkomst. Voorwaarde is dat de zorg opgenomen is in het verstrekkingenpakket en dat het niet gaat om een ziekenhuisbehandeling waarvoor een voorafgaande toestemming vereist is.

Als een welbepaalde behandeling in het land van herkomst niet terugbetaald wordt door de ziekteverzekering, dan wordt de Unieburger voor deze behandeling ook in België niet terugbetaald.

3. Fedasil (en 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 hulp 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-nomenclatuur.¹¹

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 heelkunde 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 is 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 België.¹²

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 heeft ook recht op de noodzakelijke **psychologische begeleiding**. Daarvoor kan Fedasil overeenkomsten afsluiten met gespecialiseerde instanties zoals Centra Geestelijke Gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen en verzorgingsinstellingen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

¹¹ 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.

¹² Dit geneesmiddel moet voorgeschreven zijn 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 referentietierugbetaling, 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, Antidiarreïca, Analgetica en Antipyretica (paracetamol, acetylsalicylzuur, ibuprofen 400mg, natriumnäproxen 220mg), middelen bij buccofaryngeale aandoeningen.

3.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden ?

3.2.1. Asielzoekers

Het recht op **materiële opvang in een opvangstructuur** is er in de eerste plaats voor asielzoekers en bepaalde van hun familieleden vanaf de indiening van hun asielaanvraag en tijdens hun asielprocedure.

Die *familieleden* zijn de echtgenoot of partner met wie er een duurzame relatie is, en de minderjarige kinderen ten laste. Voorwaarde is wel dat de familie gesticht is in het land van herkomst en dat de familieleden in België zijn voor de asielaanvraag.

Er zijn drie uitzonderingen op dit principe.¹³ Worden uitgesloten van het recht op opvang:

1. meervoudige asielaanvragers vanaf de tweede asielaanvraag. Behalve:

- als de termijn op het in de vorige asielprocedure betekende bevel nog niet verstreken is,
- of als de termijn van de door Fedasil toegestane verlenging van het recht op opvang nog niet verstreken is,
- of als er nog gewacht wordt op een antwoord van Fedasil op een aanvraag van verlenging van het recht op opvang;¹⁴

2. de Europese asielzoeker of onderdaan van een staat die partij is bij een verdrag tot toetreding van de Europese Unie. Dit is de praktijk, maar de Belgische wetgeving spreekt niet over een uitsluiting;

3. de asielzoeker die afstand heeft gedaan van zijn asielaanvraag.

Een *opvangstructuur* kan zijn: een opvangcentrum (van Fedasil, van het Rode Kruis, van Croix Rouge of van Socialistische Mutualiteiten), een Lokaal Opvanginitiatief (LOI), een Stedelijk Opvanginitiatief (SOI), een Federaal Opvanginitiatief (FOI) of kleinschalige opvang via andere partners van Fedasil (Socialistische mutualiteiten, les Sept Lieues, Broeders van Liefde, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, Ciré, Asbl Oeuvres médico-sociales du Condroz).

Sinds 1 september 2012 zijn er ook gespecialiseerde terugkeerplaatsen. Die plaatsen komen in de federale opvangcentra. Wie er verblijft, valt eveneens onder de Opvangwet.

'Tijdens de asielprocedure' wil zeggen:

- tijdens het onderzoek van de asielaanvraag door de Dienst Vreemdelingenzaken;
- tijdens het onderzoek van de asielaanvraag door het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen;
- tijdens de termijn om een beroep in volle rechtsmacht in te stellen bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen;
- tijdens het onderzoek van dit beroep met volle rechtsmacht door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen.

Sinds de recente wijziging van artikel 6 van de Opvangwet (07.2012) is er niet langer in opvang voorzien gedurende de termijn (30 dagen) om bij de Raad van State het administratieve cassatieberoep in te stellen en gedurende het onderzoek van dat beroep door de Raad van State. Dat is een interpretatie van de wetswijziging, die echter in strijd is met het regeerakkoord. Er zou daarom een nieuwe wetswijziging voorbereid worden.

¹³ Instructie van Fedasil van 13 juli 2012 betreffende het einde van de materiële hulp, de verlenging van de materiële hulp en de overgang van materiële hulp naar financiële steun

¹⁴ Meer info: website VVSG > sociaal beleid > vreemdelingen > materiële opvang

Het recht op materiële opvang eindigt:

- Wanneer de asielprocedure definitief is afgesloten:
 - Wanneer het BGV verstreken is, maar de beroepstermijn voor een beroep in volle rechtsmacht nog niet, de dag na het verstrijken beroepstermijn;
 - Wanneer eerst de beroepstermijn voor een beroep in volle rechtsmacht verstreken is, maar de termijn op het BGV nog niet, dan de dag na verstrijken BGV;
 - En met een minimum van drie werkdagen na de negatieve beslissing.
- Wanneer de asielzoeker een verblijfsrecht van meer dan drie maanden krijgt, wanneer de asielzoeker een ontvankelijke aanvraag artikel 9ter ontvangt of wanneer de code 207 wordt gewijzigd of opgeheven¹⁵.
 - De betrokkene moet de opvangstructuur dan verlaten binnen een termijn van twee maanden. Die termijn begint te lopen op de dag van de betekening van de beslissing om het verblijfsrecht toe te kennen of van de beslissing tot wijziging of opheffing van de code 207.
 - Wanneer een familielid een verblijfstitel krijgt, moeten alle familieleden de opvangstructuur verlaten. Voor familieleden met een hangende asielprocedure moet er eerst een opheffing van de code 207 opvangstructuur gevraagd worden. Na die opheffing kunnen de familieleden die nog in asielprocedure zitten, een beroep doen op maatschappelijke dienstverlening van het OCMW.
 - Heeft een familielid een ontvankelijke artikel 9ter, terwijl de andere familieleden nog in de asielprocedure zitten of onwettig verblijven, dan geldt een specifieke regeling.
- Heeft de meerderheid van de familieleden na opheffing van de code 207 opvangstructuur recht op maatschappelijke dienstverlening, dan moeten die opheffingen gevraagd worden. Heel het gezin moet dan de opvangstructuur verlaten.
- Is dat niet het geval is, dan zet Fedasil het recht op materiële opvang voor heel de familie voort. In bijzondere omstandigheden kan aan de juridische dienst van Fedasil een afwijking gevraagd worden.

3.2.2. Andere begunstigden van de materiële opvang

In de volgende situaties kunnen asielzoekers die in een opvangstructuur verblijven en van wie de asielprocedure definitief is afgesloten, in aanmerking komen voor een **verlengd recht op opvang**:

- **Familiale eenheid:** de afgewezen asielzoeker woont nog samen met of heeft een effectieve relatie met een familielid (of een persoon die de voogdij uitoefent over dat familielid) met recht op materiële opvang. Familieleden die in aanmerking komen zijn de echtgenoot of partner met wie de aanvrager een duurzame relatie heeft, descendenten (minderjarig of ongehuwd en ten laste), ascendenten en de persoon die de voogdij of het ouderlijk gezag uitoefent.
- **Beëindigen schooljaar:** de afgewezen asielzoeker heeft (ten vroegste drie maanden voor het einde van het schooljaar) een verlenging van het hem betekende bevel om het grondgebied te verlaten gevraagd om het schooljaar te kunnen afmaken. Dat geldt voor het basisonderwijs, middelbaar onderwijs, hoger of universitair onderwijs.
- **Zwangerschap:** de afgewezen asielzoekster legt een recent medisch attest voor waaruit blijkt dat ze minstens zeven maanden zwanger is, of een geboorteakte.
- **Onmogelijke terugkeer:** de afgewezen asielzoeker heeft een verlenging van het hem betekende bevel om het grondgebied te verlaten gevraagd omdat hij onmogelijk kan terugkeren naar zijn herkomstland om redenen buiten zijn wil (bijvoorbeeld weigering van de nationale overheid om documenten af te leveren, staatloosheid).
Hij moet het bewijs van deze aanvraag tot verlenging van het bevel om het grondgebied te verlaten voorleggen samen met het recent bewijs van de onmogelijkheid om terug te keren naar het herkomstland om redenen buiten zijn wil. Dat laatste moet bevestigd worden door Fedasil met bij advies van de Cel vrijwillige terugkeer.

¹⁵ Er zijn uitzonderingen.

- **Ouder van een Belgisch kind:** de afgewezen asielzoeker heeft een Belgisch kind en heeft een regularisatieaanvraag op grond van artikel 9bis Vw ingediend.
Hij moet het bewijs van deze aanvraag (een kopie van de aanvraag en het ontvangstbewijs van het aangetekend schrijven) voorleggen samen met het bewijs dat het kind de Belgische nationaliteit heeft.
- **Medische redenen:** de afgewezen asielzoeker kan de opvangstructuur om bewezen medische redenen niet verlaten en heeft meestal een regularisatieaanvraag op grond van artikel 9ter Vw ingediend.
Hij moet een medisch attest voorleggen dat niet ouder is dan twee maanden waaruit blijkt dat het onmogelijk is de opvangstructuur te verlaten.
Ook het bewijs van de regularisatieaanvraag 9ter (een kopie van de aanvraag en het ontvangstbewijs van het aangetekend schrijven moet hij voorleggen. Uitzonderlijk kan Fedasil een verlenging van materiële opvang toestaan wanneer geen medische regularisatieaanvraag is ingediend of wanneer die intussen onontvankelijk is verklaard. In die gevallen moet de asielzoeker een gemotiveerde aanvraag indienen.

Afgewezen asielzoekers kunnen ook materiële opvang krijgen in een **gespecialiseerde terugkeerplaats**, als de RVV hun beroep verwerpt of als het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS) hun asielaanvraag niet in overweging neemt. Die materiële opvang wordt aangeboden in het kader van een terugkeertraject, met het oog op vrijwillige terugkeer.¹⁶ De afgewezen asielzoekers moeten zich uiterlijk drie dagen na de betekening van de toewijzing aan de open terugkeerplaats melden in het opvangcentrum waar de terugkeerplaats wordt aangeboden. Het recht op materiële hulp wordt bepaald door de termijn van het BGV. Is er meer tijd nodig om de vrijwillige terugkeer uit te voeren, dan kan het BGV op basis van het terugkeertraject verder worden verlengd.

De volgende bewoners kunnen toch in de **oorspronkelijke opvangplaats** blijven:

- bewoners die al een vrijwillige terugkeeraanvraag hebben ondertekend vóór ze een definitieve beslissing van de RVV of een beslissing tot niet-inoverwegingname lijst veilige landen van het CGVS hebben ontvangen, en die over de nodige reisdocumenten voor vrijwillige terugkeer beschikken;
- personen die samen worden opgevangen met een familielid met een lopende asielaanvraag op het niveau van de DVZ, het CGVS of de RVV.

Ook de volgende bewoners kunnen toch in de oorspronkelijke opvangplaats blijven, op voorwaarde dat hun aanvraag tot verlenging van materiële hulp aanvaard is:

- families met schoolgaande kinderen die een negatieve beslissing ontvangen van de RVV of een beslissing tot niet-overwegingname lijst veilige landen van het CGVS tussen 1 april en het einde van het schooljaar op 30 juni;
- schoolgaande voormalige niet-begeleide minderjarige vreemdelingen die tijdens het schooljaar meerderjarig zijn geworden en die tussen 1 april en het einde van het schooljaar op 30 juni een negatieve beslissing ontvangen van de RVV of een beslissing tot niet-overwegingname lijst veilige landen ontvangen van het CGVS;
- bewoners die gehospitaliseerd zijn en hun familieleden (met bewijs);
- ouders van een Belgisch kind en hun familieleden (met bewijs).

Uitzonderlijk kunnen ook vreemdelingen die **nooit een asielaanvraag** hebben ingediend materiële opvang krijgen:

- 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.
In de praktijk moet dit recht veelal afgedwongen worden via de arbeidsrechtbank;
- de niet-begeleide minderjarige vreemdeling.

¹⁶ Bron: Instructie van Fedasil van 13 juli 2012 betreffende terugkeertraject en terugkeerplaatsen voor asielzoekers opgevangen in het opvangnetwerk van Fedasil.

3.2.3. Uitzonderingen: asielzoekers die niet in materiële opvang verblijven

Er zijn ook asielzoekers die geen materiële opvang krijgen: voor sommige asielzoekers is Fedasil bevoegd voor de medische kosten (3.2.3.1), andere kunnen terecht bij het OCMW (3.2.3.2).

3.2.3.1. Asielzoekers voor wie Fedasil enkel tussenkomt in de medische kosten

De volgende asielzoekers hebben geen recht op materiële opvang, maar enkel op een tussenkomst in de medische kosten via de Cel Medische Kosten van Fedasil:

- de asielzoeker die toegewezen is aan een opvangstructuur maar er uit vrije keuze niet (meer) verblijft ('no show'). Ze verliezen daardoor het recht op materiële opvang. Ze hebben evenmin recht op financiële steun. Als ze zich tijdens hun asielprocedure opnieuw melden bij de dienst Dispatching, hebben ze in principe wel opnieuw recht op opvang. 'No show' is niet te verwarren met de tijdelijke maatregel tot vrijwillige opheffing van de code 207, een mogelijkheid die de overheid invoerde als oplossing voor de opvangcrisis.
- de asielzoeker die **voldoende financiële middelen** heeft en bijgevolg de opvangstructuur moet verlaten.¹⁷ Let op, nog niet in werking bij de publicatie van deze tekst, hiervoor moet nog een KB verschijnen.
- de asielzoeker die **niet voor het eerst asiel** aanvraagt en voor wie Fedasil materiële opvang weigert. Meervoudige asielaanvragen geven meestal pas recht op materiële opvang na de overdracht van het dossier door de Dienst Vreemdelingenzaken aan het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen. In afwachting daarvan hebben meervoudige asielzoekers meestal enkel recht op medische begeleiding door Fedasil en niet op materiële of maatschappelijke dienstverlening.¹⁸
- de asielzoeker die wegens de opvangcrisis in een **hotel of noodopvang/transitcentrum** verblijft.

3.2.3.2. Asielzoekers die recht hebben op financiële steun via het OCMW

De volgende asielzoekers hebben geen recht op materiële opvang, maar kunnen wel terecht bij een OCMW voor maatschappelijke dienstverlening als ze behoeftig zijn (zie ook 4.1):

- de asielzoeker die wegens de opvangcrisis geen opvangplaats toegewezen krijgt en bijgevolg gedwongen **buiten een opvangstructuur** verblijft, met uitzondering van de asielzoeker die door de opvangcrisis in een hotel of noodopvang/transitcentrum verblijft (zie 3.2.3.1);¹⁹
- de asielzoeker aan wie een **positieve ontvankelijkheidsbeslissing inzake zijn aanvraag artikel 9ter** wordt betekend: hij moest de opvangstructuur binnen een termijn van twee maanden verlaten;²⁰
- de asielzoeker die **vóór 1 juni 2007 asiel aangevraagd** heeft en die toegewezen is aan een OCMW;
- de asielzoeker die op basis van uitzonderlijke omstandigheden de **opvangstructuur vrijwillig** mag verlaten van Fedasil. Dat mag om twee redenen:
 - omwille van de familiale eenheid;
 - om medische redenen.

¹⁷ Op basis van het nieuwe artikel 35/2 van de Opvangwet.

¹⁸ Op basis van het gewijzigde artikel 4 van de Opvangwet en van het nieuwe derde lid van artikel 57ter van de OCMW-wet.

¹⁹ Fedasil is in principe echter wel bevoegd en is om die reden meermaals veroordeeld om dwangsommen te betalen voor asielzoekers aan wie het geen opvangplaats gaf.

²⁰ Instructies van Fedasil van 13 juli 2012 betreffende het einde van de materiële hulp, de verlenging van de materiële hulp en de overgang van materiële hulp naar financiële steun.

3.3. Welke stappen moet de vreemdeling zetten?

3.3.1. Verblijf in een collectieve opvangstructuur

In het begin van de asielprocedure worden asielzoekers in principe eerst opgevangen in een transit-centrum. Na maximaal tien weken stromen ze door naar een reguliere collectieve opvangstructuur zoals het opvangcentrum Klein Kasteeltje in Brussel, het opvangcentrum in Kapellen en het opvangcentrum van het Rode Kruis in Alsemberg.

De asielzoeker kan er voor medische zorg terecht bij de centrumarts (de arts van het opvangcentrum) of bij een externe huisarts met wie het opvangcentrum samenwerkt. Die arts verwijst zo nodig door naar een specialist of verplegingsinstelling. Het staat de aanvrager vrij een andere arts te raadplegen, maar dan moet hij de kosten voor deze medische verzorging meestal zelf betalen.

Sommige opvangcentra hebben ook een Federaal Opvanginitiatief (FOI). Die gebouwen, voor twintig tot vijftig personen, liggen in de buurt van een moedercentrum dat zelf of via afvaardiging instaat voor de begeleiding van de asielzoekers. De medische zorg wordt verstrekt door een 'vaste' huisarts(enpraktijk), of uitzonderlijk door de medische dienst van het moedercentrum.

Bij verblijf in een gespecialiseerd terugkeercentrum gelden dezelfde regels als in een collectieve opvangstructuur.

3.3.2. Verblijf in een individuele opvangstructuur

Na vier maanden ononderbroken verblijf in een collectieve opvangstructuur kan de asielzoeker doormen naar een individuele opvangstructuur. Vaak is de wachttijd langer dan vier maanden. Uitzonderlijk wordt een asielzoeker meteen bij het indienen van zijn asielaanvraag, of vóór de vier maanden verstreken zijn, toegewezen aan een individuele opvangstructuur. Dat kan bijvoorbeeld een privéwoning zijn onder bevoegdheid van een opvangpartner van Fedasil of een Lokaal Opvanginitiatief (LOI: zie hoofdstuk 4.2.).

Voor medische zorg in een individuele opvangstructuur is de algemene regel de volgende: de aanvrager of een derde (bijvoorbeeld de sociale dienst van een ziekenhuis) neemt **vóór de zorgverstrekking** contact op met de organisatie die hem in opdracht van Vluchtelingenwerk of Ciré effectief opvangt en begeleidt (bijv. Caritas International). Die organisatie zal een requisitorium (betalingsverbintenis) afleveren voor een arts naar keuze; 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 voor spoedeisende zorg noodzakelijk.

3.3.3. Verblijf buiten de opvangstructuur

3.3.3.1. Fedasil komt enkel tussen in de medische kosten (zie ook 3.2.3.1)

Verblijft een asielzoeker buiten de opvangstructuur, maar is Fedasil bevoegd voor de medische kosten, dan is de algemene regel dat de asielzoeker of een derde (bijv. de arts) **vóór de zorgverstrekking contact opneemt** met de Cel Medische Kosten van Fedasil. Dat kan per telefoon, fax of mail. Ze kunnen daarbij gebruik maken 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, het requisitorium (betalingsverbintenis) opstellen en het 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 betaalt Fedasil de zorg als de factuur vergezeld is van een ‘attest voor spoedeisende zorg’ om het spoedeisend karakter van de zorg te verantwoorden. De arts moet na de zorgverstrekking de factuur met het attest voor spoedeisende zorg opsturen naar de Cel Medische Kosten.

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

3.3.3.2. Fedasil is niet bevoegd, wel recht op financiële steun via het OCMW (zie ook 3.2.3.2)

Sommige asielzoekers genieten geen materiële opvang, maar kunnen wel terecht bij een OCMW voor maatschappelijke dienstverlening (zie 4.1).

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?

Wie hulp nodig heeft om menswaardig te kunnen leven, kan zich in principe wenden tot het OCMW van zijn gewoonlijke verblijfplaats. Er bestaan uitzonderingen op die territoriale bevoegdheidsregel van het OCMW, bijvoorbeeld voor een aantal asielzoekers, studenten, daklozen en bij opnames in instellingen zoals rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen, vluchthuizen en opvangcentra voor daklozen.²¹

Het OCMW kan twee vormen van hulp bieden:

- **maatschappelijke integratie** (via leefloon, werk of een geïndividualiseerd project voor maatschappelijke integratie);
- **maatschappelijke dienstverlening** (sociale bijstand in de ruime zin, bijvoorbeeld financiële steun, huisvesting, medische bijstand, juridisch advies, ...).

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 hebben gekregen 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.

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

4.1.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden?

TOEKENNINGSVOORWAARDEN VOOR 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**:

- ze hebben hun werkelijke verblijfplaats in België. Dat veronderstelt een legaal verblijf in België;
- ze zijn meerderjarig (tenzij ontvoegd door huwelijk, of als de minderjarige zwanger is of al een kind heeft);
- ze zijn bereid te werken (tenzij er billijkheids- of gezondheidsredenen zijn, bijv. studie of opleiding. Het OCMW bepaalt wat in aanmerking komt);
- ze hebben de uitkeringen aangevraagd waarop ze volgens Belgische en buitenlandse wetgeving recht op hebben;

²¹ Meer informatie daarover vind je op www.mi-is.be > OCMW's > Bevoegdheidsconflicten.

- ze behoren tot een van de volgende categorieën:
 - vreemdelingen ingeschreven in het bevolkingsregister (bijvoorbeeld vreemdelingen met een elektronische C, D, E, E+, F, F+ kaart of hun papieren equivalent, nl. bijlage 8, bijlage 8bis, bijlage 9);
 - erkende vluchtelingen;
 - erkende staatlozen - op voorwaarde dat ze ook een verblijfsrecht hebben. Een erkenning als staatloze volstaat niet;
 - Unieburgers of familieleden die zich bij hen voegen en die een verblijfsrecht van meer dan drie maanden hebben. Volgens de POD MI moet het gaan om een verblijfsrecht dat toegekend is in het kader van verblijfsprocedures voor Unieburgers en hun familieleden. Concreet betekent het dat ze een van deze documenten moeten hebben:
 - een verblijfskaart Unieburger (E, E+, F, F+);
 - een bijlage 22, 23, 24;
 - een niet verstreken KB tot uitzetting;
 - een niet verstreken bijlage 21;
 - een bijlage 35 waarbij men voor de afgifte al in het bezit was van één van de opgesomde documenten;
 - een BIVR (Bewijs van Inschrijving in het vreemdelingenregister) EU-student.

Een Unieburger die een elektronische A- of B-kaart krijgt én die niet in het bevolkingsregister is opgenomen, heeft geen recht op maatschappelijke integratie, maar wel op maatschappelijke dienstverlening. Nochtans verwijst het art. 3, 3° RMI-wet naar de verblijfswet in het geheel en wordt deze groep nergens in deze wet uitgesloten van dit recht.

Unieburgers en hun familieleden die nog geen duurzaam verblijf hebben in België en hun recht op maatschappelijke integratie uitoefenen, kunnen in bepaalde situaties wel hun verblijfsrecht verliezen. De Belgische overheid moet steeds eerst onderzoeken hoe lang de Unieburger of zijn familielid al financiële steun ontvangt, wat zijn persoonlijke situatie is, hoe lang hij al in België verblijft, en zo meer.

TOEKENNINGSVOORWAARDEN VOOR MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING

Iedereen die behoeftig is en die niet voldoet aan de toekenningsvoorwaarden voor maatschappelijke integratie van het OCMW, heeft recht op maatschappelijke dienstverlening van het OCMW. Voor bepaalde categorieën vreemdelingen zijn er **bepalingen**:

» Unieburgers

Unieburgers en hun familieleden hebben geen recht op maatschappelijke dienstverlening tijdens de eerste drie maanden van hun verblijf.²² De periode van uitsluiting kan ook langer zijn, hoewel dat in strijd is met een Europese richtlijn. Unieburgers en hun familieleden die in de eerste drie jaar van hun verblijf in België hun recht op maatschappelijke dienstverlening uitoefenen, kunnen in bepaalde situaties bovendien hun verblijfsrecht verliezen.

» Asielzoekers (zie ook hoofdstuk 3)

Asielzoekers hebben in principe enkel recht op materiële opvang in de hen toegewezen opvangstructuur tijdens de behandeling van hun asielaanvraag. Asielzoekers die niet in een opvangstructuur verblijven en voor medische zorg evenmin terecht kunnen bij de Cel Medische Kosten van Fedasil (dus geen code 207 opvangstructuur en geen code 207 no show), kunnen zich meestal tot een OCMW wenden voor maatschappelijke dienstverlening. (zie overzicht op volgende bladzijde)

²² Op basis van het nieuwe artikel 57quinquies van de OCMW-wet.

Bij welk OCMW kan een asielzoeker terecht?

1. OCMW van hoofdverblijfplaats

Voor wie?

- Asielzoekers die wegens de verzadiging van het opvangnetwerk geen opvangplaats toegewezen krijgen.
- Asielzoekers die wegens uitzonderlijke omstandigheden niet zijn toegewezen aan een opvangstructuur (geen code 207): namelijk om te garanderen dat ze kunnen samenleven in gezinsverband, of om medische redenen.

Zij kunnen (als ze behoeftig zijn) terecht bij het OCMW van hun hoofdverblijfplaats. De hoofdverblijfplaats is waar ze zijn ingeschreven in het wachtregister onder de code 001/020.

Voor wie niet?

- Asielzoekers die op eigen initiatief de opvangstructuur verlaten maar die niet aan de bovenstaande voorwaarden voldoen (code 207 no show).

Zij kunnen geen beroep doen op maatschappelijke dienstverlening van het OCMW (zie ook 3.2.3.1.).

2. OCMW van gewoonlijke verblijfplaats

Voor wie?

- Asielzoekers die beantwoorden aan de beschrijving in punt 1 hierboven, maar die ingeschreven zijn op het adres van de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) of van het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS).

Het OCMW van hun gewoonlijke verblijfplaats is dan bevoegd, in afwachting van de aanpassing van de gegevens in het wachtregister. De gewoonlijke verblijfplaats is de gemeente waar de aanvrager werkelijk leeft en woont. Ze wordt vastgesteld op basis van feitelijke elementen.

- Asielzoekers die een positieve ontvankelijkheidsbeslissing in hun artikel 9ter-aanvraag krijgen. Ze moeten de opvangstructuur binnen de twee maanden verlaten

Zij kunnen zich, net als andere artikel 9ter-aanvragers met een positieve ontvankelijkheidsbeslissing, wenden tot het OCMW van hun gewoonlijke verblijfplaats.

3. OCMW van feitelijke verblijfplaats

Voor wie?

- Dakloze asielzoekers

Het OCMW van de feitelijke verblijfplaats is bevoegd. Omdat de gewoonlijke verblijfplaats niet vastgesteld kan worden, wordt het OCMW van de gemeente waar de dakloze zich bevindt (op het moment van de vraag om maatschappelijke dienstverlening) verantwoordelijk.

4. Toegewezen OCMW

Voor wie?

- Asielzoekers die vóór 1 juni 2007 asiel hebben aangevraagd en van wie de aanvraag ook vóór die datum ontvankelijk is verklaard.

Zij kunnen terecht bij het aan hen toegewezen OCMW (in het wachtregister onder de code 207, in het kader van het vroegere spreidingsplan).

» Mensen zonder wettig verblijf

Mensen zonder wettig verblijf komen meestal enkel in aanmerking voor dringende medische hulp (zie 4.3.), en slechts uitzonderlijk voor ruimere maatschappelijke dienstverlening. Het OCMW van de gewoonlijke verblijfplaats is bevoegd.

Voor een *dakloze* die verblijft in een verplegingsinstelling is het OCMW van de plaats van zorgverstrekker bevoegd. Is hij (nog) niet opgenomen, dan is het bevoegd OCMW dit van de feitelijke verblijfplaats op het ogenblik van zijn aanvraag. Dit is de plaats waar de dakloze zich bevindt op het moment van de steunaanvraag.

Welke mensen zonder wettig verblijf kunnen recht hebben op maatschappelijke dienstverlening?

- mensen zonder wettig verblijf die zich in een (medische) overmachtsituatie bevinden waardoor ze niet kunnen terugkeren naar hun land van herkomst.

Zij kunnen bij het OCMW een aanvraag indienen voor maatschappelijke dienstverlening. Het OCMW zal die vraag meestal weigeren. In de praktijk veroordelen de arbeidsrechtbanken en -hoven de OCMW's om financiële steun te betalen wanneer uit de medische attesten blijkt dat de persoon niet terug kan naar zijn land van herkomst.²³

- wie minderjarige kinderen heeft en niet in staat is om zijn onderhoudsplicht na te leven.

In principe hebben deze mensen recht op materiële opvang in bepaalde collectieve opvangstructuren. Maar bij gebrek aan een opvangplaats kan de arbeidsrechtbank het OCMW veroordelen om financiële steun toe te kennen;

- wie in afwachting is van vertrek (verbintenis tot vrijwillig vertrek) en voordien al steun trok;
- wie in schorsend beroep ging tegen een negatieve beslissing in zijn (oude) asielprocedure bij de Raad van State en voordien maatschappelijke dienstverlening ontving.

Zij kunnen financiële steun behouden tot de Raad van State het beroep verwerpt of ontoelaatbaar verklaart.

4.1.3. Welke stappen moet de vreemdeling zetten?

Een hulpvrager moet zich indien mogelijk vóór de zorgverstrekking melden bij het bevoegde OCMW. Als de zorg al verstrekt is zonder een voorafgaand akkoord van het OCMW, neemt de hulpvrager of zorgverstrekker het 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 autonoom of iemand in staat is een menswaardig leven te leiden en wat de geschikte dienstverlening is. Elke beoordeling is individueel en concreet. Het OCMW voert daartoe een sociaal onderzoek. Dat sociaal onderzoek kan bestaan uit een huisbezoek en moet minimaal de volgende gegevens vermelden:

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

Het OCMW is verplicht de OCMW-cliënten aan te sluiten bij een ziekenfonds als ze daarvoor in aanmerking komen.²⁴ Als het ziekenfonds een deel betaalt, kan het OCMW tussenkomen voor het remgeld of eventueel het deel dat niet gedekt is door de ziekteverzekering.

²³ Meer info op www.medimmigrant.be of www.vreemdelingenrecht.be.

²⁴ Art. 60, §5 OCMW-wet.

4.2. Materiële opvang in lokale opvanginitiatieven

4.2.1. Wat dekt deze regeling?

Bewoners van collectieve opvangstructuren (zie hoofdstuk 3) kunnen, in theorie, na vier maanden verblijf of in specifieke omstandigheden, vragen om naar een individuele opvangstructuur te gaan. Die individuele opvangstructuur zal vaak een Lokaal Opvanginitiatief (LOI) van een OCMW zijn.

Een LOI is een meer kleinschalige opvang in een huis of woonvoorziening van het OCMW, aangevuld met materiële voorzieningen voor levensbenodigdheden, 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 voor Geestelijke Gezondheidszorg, ...

De betrokkene kan een consultatie vragen bij een zorgverstrekker naar keuze, of kiezen uit een lijst van zorgverstrekkers met wie het OCMW een samenwerkingsovereenkomst heeft. Wil hij toch een andere arts raadplegen dan diegene die hem wordt toegewezen, dan kan hij het OCMW met een gemotiveerde aanvraag proberen te overtuigen van de noodzaak daarvan.

4.2.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden?

Juridisch gezien heeft de vreemdeling die in een Lokaal Opvanginitiatief verblijft (zie ook 3.1) recht op de medische hulpverlening en verzorging bepaald in de Opvangwet. Dat betekent concreet dat de RIZIV-nomenclatuur het startpunt is. Een Koninklijk Besluit vermeldt echter een aantal uitzonderingen.²⁵ Dat KB vermeldt ook een aantal medische zorgverstrekkingen die niet opgenomen zijn in de RIZIV-nomenclatuur, maar toch verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang. In de praktijk zou dat moeilijkheden kunnen veroorzaken: de federale overheid (POD Maatschappelijke Integratie) betaalt aan de LOI's enkel de medische zorg terug die in de RIZIV-nomenclatuur staat, en dus niet de bijkomende prestaties die het KB aan de LOI-bewoner toekent.

Wie in een Lokaal Opvanginitiatief verblijft, kan een beroep indienen tegen de beslissing van de OCMW-raad:

- als hij denkt dat hij ten onrechte bepaalde noodzakelijke medische zorg niet krijgt;
- als er geen beslissing over de vraag wordt genomen.

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.

Voor uitgeprocedeerde asielzoekers die verlengd in een LOI kunnen verblijven (zie 3.2.2), vraagt de POD MI voor de terugbetaling van de medische kosten een attest van dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf.

4.2.3. Welke stappen moet de vreemdeling zetten?

In een LOI regelt de betrokkene en/of de zorgverstrekker alles met het OCMW. Ze hoeven voor de betaling van de medische kosten geen contact op te nemen met Fedasil. Dat verschilt dus van de werkwijze in de meeste andere opvangstructuren.

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

.....
²⁵ 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.

Als de zorg verstrekt is zonder een requisitorium (betalingsverbintenis), dan kan de hulpvrager of zorgverstrekker het best zo spoedig mogelijk contact opnemen met de maatschappelijk werker van het LOI.

Het OCMW is verplicht de OCMW-cliënten aan te sluiten bij een ziekenfonds als ze daarvoor in aanmerking komen.²⁶ 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, is in de **OCMW-wet** (art. 57, §2) het recht op ‘dringende medische hulp’ ingeschreven. Het wordt 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:

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

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 de medische zorgverstrekking ‘noodzakelijk is om de lichamelijke en geestelijke integriteit van de persoon te beschermen’. Het kan onder meer gaan om een bezoek aan een huisarts, tandarts, een onderzoek, een ingreep of 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 dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf in hun gemeente georganiseerd wordt, en toegankelijk is. Elk OCMW werkt zelf de regeling uit en onderzoekt de individuele aanvragen in 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). Het moet de POD MI binnen de 45 dagen vanaf de dag van zorgverstrekking op de hoogte brengen.

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

4.3.2. Wie komt ervoor in aanmerking? Wat zijn de voorwaarden?

De regeling ‘dringende medische hulp’ is alleen van toepassing voor mensen zonder wettig verblijf, voor medische kosten die niet via een andere regeling betaald kunnen worden. OCMW’s nemen de kosten van de dringende medische hulp 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 Unieburgers kunnen illegaal in België verblijven. Dat is het geval wanneer ze hier langer dan drie maanden verblijven én niet onder een van de categorieën van het vrij personenverkeer vallen, noch een ander verblijfsstatuut hebben.²⁷

²⁶ Art. 60, §5 OCMW-wet.

²⁷ Meer info op www.vreemdelingenrecht.be (Home > Verblijfsrecht en documenten > Verblijfsstatuten > Unieburger > Met verblijf boven 3 maanden).

Wanneer de Unieburger 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 Unieburger zonder wettig verblijf heeft alleszins recht op dringende medische hulp als hij behoeftig is (en als zijn Europese ziekteverzekering niet kan tussenkomen).

Voor de POD Maatschappelijke Integratie moet het OCMW aantonen dat de hulpvrager zijn rechten op ziekteverzekering in zijn EU-land heeft laten gelden. 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 die rol toebedeeld.²⁸

Als de Unieburger langer dan een jaar onwettig in België verblijft, mag ervan uitgegaan worden dat hij geen verzekering (meer) heeft en is er geen bewijsstuk nodig. Het OCMW moet zich wel kunnen baseren op concrete gegevens om te concluderen dat de persoon al langer dan een jaar onwettig in België verblijft (bijv. een huurcontract, bewijs van schoollopen van de kinderen, medische consultaties, afspraken op het OCMW, ...). Die concrete gegevens moeten in het dossier terug te vinden zijn.²⁹

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 melden bij het OCMW van zijn **gewoonlijke verblijfplaats**. Als de gewoonlijke verblijfplaats onbekend is, is de plaats van zorgverstrekking bevoegd.

Het OCMW gaat dan na of de persoon aan de voorwaarden van illegaal verblijf (in de gemeente van het OCMW) en van behoeftigheid voldoet. Daartoe 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 (bijv. na een ernstig ongeval), kan de **sociale dienst van het ziekenhuis** in naam van de patiënt een aanvraag indienen bij het OCMW van de gewoonlijke verblijfplaats om de betaling via dringende medische hulp te regelen. In uitzonderlijke omstandigheden kan het ziekenhuis zich wenden tot het OCMW van de gemeente waar het gelegen is.³⁰ Dat 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.

Als de betrokkene aan de voorwaarden voldoet, worden ook de kosten van een ziekenwagen (een forfaitair bedrag) door 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.

²⁸ Zie Informatiedocument op www.mi-is.be: POD Maatschappelijke Integratie, '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 (augustus 2010).

Omzendbrief over het sociaal onderzoek vereist voor de terugbetaling van de medische kosten van 25/03/2010

²⁹ Ibidem

³⁰ Omzendbrief van 9 juli 2002 betreffende de dringende medische hulp verstrekt aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven (bevoegdheidsregeling).

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.

Het attest dringende medische hulp moet in het dossier van het OCMW zitten voor de controle van de POD MI.

Zodra het bevoegde OCMW 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 regelgeving bepaalt geen termijn. Maar veel OCMW's nemen een termijn van 15 (tot 30) dagen op in hun samenwerkingsovereenkomst met de zorgverlener. Het OCMW heeft immers zelf 45 dagen de tijd vanaf de zorgverstrekking om kennis te geven aan de POD MI, en het moet intussen een sociaal onderzoek kunnen voeren.

Het OCMW behandelt de gegevens uit de medische attesten vertrouwelijk. Ze mogen niet gebruikt worden voor andere doeleinden dan voor de (terug)betaling. Ook zorgverstrekkers zijn gebonden aan hun beroepsgeheim.³¹

.....
³¹ Art. 4 van het Koninklijk Besluit van 12 december 1996.

5. Reisverzekering (met inbegrip van privéziekteverzekering)

Een derdelander die uit een visumplichtig land naar België wenst te komen voor een kort verblijf en die dus een (toeristen)visum wil, moet aantonen dat hij beschikt over een reisverzekering (met inbegrip van ziekteverzekering). 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 al lijdt op het moment van het afsluiten van de verzekering, worden in de meeste gevallen uitgesloten.

5.2. Aan welke voorwaarden moet de verzekering voldoen?

Verschillende verzekeringsmaatschappijen bieden een privéziekteverzekering aan die voldoet aan de voorwaarden om aanvaard te worden door de Belgische ambassade. Daartoe moet een verzekering de uitgaven dekken voor repatriëring om medische redenen, voor dringende medische zorg en/of voor spoedbehandeling in een ziekenhuis, voor een minimumbedrag van 30.000 euro.

Het is belangrijk na te kijken in de polis of enkel de betrokkene de kosten bij de privéziekteverzekering kan verhalen, dan wel of ook het ziekenhuis of OCMW dat kunnen doen.

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 aansprakelijk zijn voor de medische kosten of kan voor tussenkomst in de medische kosten een beroep gedaan worden op de verzekering van die derde persoon. Als een derde persoon (of zijn gezinsleden of huisdieren) schade aanrichten, is die derde persoon immers aansprakelijk.

Als die persoon een **familiale polis** (burgerlijke aansprakelijkheid privéleven) heeft afgesloten, dekt die polis de schade. Over het algemeen beschermt die polis de verzekerde gerechtelijk tegen elke klacht over 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 leerlingen tegen ongevallen 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.

Het is aangewezen om de polis van deze verzekeringen goed na te lezen. **De meeste verzekeringen betalen enkel het gedeelte dat niet door het ziekenfonds wordt terugbetaald. Dat betekent maar een beperkte terugbetaling voor de vreemdeling die geen publieke ziekteverzekering heeft.**

Enkel bij een ongeval waarbij de tegenpartij aansprakelijk is, kunnen sowieso alle medische kosten gec recupereerd worden, zelfs als het slachtoffer geen ziekteverzekering heeft. Dat is ook zo bij arbeidsongevallen.

6.2. Garant / borgsteller

Voor de meeste visumplichtige vreemdelingen heeft een borgsteller of garant bij de visumaanvraag een **verbintenis tot tenlasteneming** (of borgstelling) ondertekend. Die gaat daarmee een verbintenis van meestal twee jaar aan om de kosten van gezondheidszorg, verblijf en repatriëring te dragen. De duur van de verbintenis tot tenlasteneming is afhankelijk van het type visum:

- voor een visum kort verblijf (**toeristen**) duurt de verbintenis **twee jaar** vanaf de datum van binnenkomst in Schengen (ook al is het visum zelf slechts geldig voor maximaal drie maanden). Als de vreemdeling tijdens deze twee jaren een verblijfsrecht verwerft, is de tenlasteneming niet meer geldig;
- voor een studentenvisum engageert de garant zich voor de studieduur.

In uitzonderlijke gevallen kan de tenlasteneming eerder worden beëindigd.

De borgsteller moet tijdens die periode ook de niet-verzekerde medische kosten van de hulpvrager betalen. 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'.³² De wetgeving zegt voor de andere visa niet duidelijk of de borgsteller alleen instaat voor courante gezondheidszorg of ook voor de kosten van de dringende medische zorg.

Als de borgsteller niet tussenkomt (bijvoorbeeld als hij weigert mee te werken, onvindbaar is of onvermogen), dan kan de betrokkene terecht bij het OCMW, dat een onderzoek start vooraleer het eventueel tussenkomt. Het OCMW houdt bij de beoordeling van een hulpvraag rekening met de geldige tenlasteneming die de garant ondertekend heeft bij de visumaanvraag. Het kan contact met hem opnemen om hem op zijn engagement te wijzen. Er zijn grenzen aan dat 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 DVZ.³³

De borgsteller van een student heeft zich niet borg gesteld ten aanzien van het OCMW. Dit betekent dat het OCMW de gegeven steun niet kan terugvorderen van de borgsteller.

6.3. Onderhoudsplichtigen in het kader van de OCMW-regelgeving

Wanneer een vreemdeling OCMW-steun vraagt, kan het OCMW hem na onderzoek van de feiten verwijzen naar zijn 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, de adoptanten of geadopteerden. Er wordt naar deze onderhoudsplichtigen verwezen op dezelfde manier als bij Belgen die een beroep doen op OCMW-steun.

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.

³² Volgens de omzendbrief van 9 september 1998 van de toenmalige Minister van Binnenlandse Zaken. De voorbeelden van deze omzendbrief doen denken aan een andere invulling van 'dringende medische hulp' dan de invulling die gegeven wordt aan de 'dringende medische hulp' voor mensen zonder wettig verblijf zoals voorzien in het K.B. van 12.12.1996.

³³ De DVZ informeert 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 samenwoning 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

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

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

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:

- een publieke of privéziekteverzekering (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 bovenstaande betalingsmogelijkheden - zelf een doktersconsultatie of medicatie betaalt, maar dat hij niet zelf in staat is om zijn hospitalisatie te betalen.



Deze begeleidende tekst hoort bij het overzicht 'Verblijfsstatuten en gezondheidszorg voor vreemdelingen' dat kan geraadpleegd worden op onze websites. Dit overzicht geeft voor elk verblijfsstatuut informatie over het recht op opvang of steun, ziekteverzekering en de (terug)betaling van de medische kosten. Beide documenten kunnen geraadpleegd worden op onze websites:

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

REDACTIE

Ellen Druyts Kruispunt Migratie-Integratie, Steunpunt Gezondheid en Vreemdelingenrecht
Veerle Evenepoel & Stéphanie Jassogne Medimmigrant
Anna Van der Borgh Ondersteuningspunt Medische Zorg
Kim Verschuere Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen

TAALCORRECTIES

Els Roger Kruispunt Migratie-Integratie

INHOUDELIJK ADVIES

Fabienne Crauwels Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten

VORMGEVING

Vincent Goussey Oost-Vlaams Diversiteitscentrum vzw

VERANTWOORDELIJKE UITGEVER

Wergroep gezondheid - Kruispunt Migratie-Integratie
Vooruitgangstraat 323 bus 1 1030 Brussel
