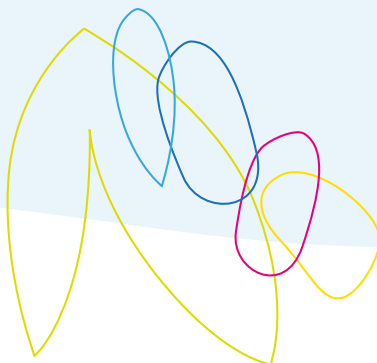


INFORMATIE VOOR PROFESSIONELEN

Update Januari 2026

Financiële toegang tot gezondheidszorg buiten de verplichte ziekteverzekering





In deze Focus verduidelijken we de terugbetalingsregelingen van de gezondheidsverstrekkers en welzijnsdiensten die toegankelijk zijn voor mensen die niet gedekt zijn door een verplichte ziekteverzekering. Zo kunnen gezondheidszorg- en welzijnsprofessionals deze doelgroepen beter begeleiden en contact opnemen met de bevoegde instantie voor de terugbetaling van hun verstrekkingen.

Hoe gebruik ik deze Focus?

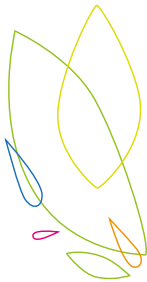
Deze Focus is opgebouwd volgens het administratieve statuut van de persoon:

- Mensen met een wettig verblijf
- Mensen zonder wettig verblijf of mensen zonder papieren
- Bijzondere situaties (9ter, gesloten centra, gevangenis, NBM)

Let op: een verkeerde doorverwijzing kan nadelige gevolgen hebben. Deze brochure is alleen bedoeld ter informatie. Als je twijfels hebt, neem dan contact op met professionals die gespecialiseerd zijn in het begeleiden van mensen zonder wettig verblijf of die een aanvraag tot een wettig verblijf hebben ingediend.

Aan het einde van deze Focus vind je een repertorium waarin de belangrijkste organisaties en hulpbronnen worden opgesomd die nuttig zijn voor de doorverwijzing en ondersteuning van professionals.

We bedanken alle partners die hun expertise en hulp hebben ingebracht bij het opstellen van dit document: Medimmigrant, Dokters van de Wereld, I-Care, Move, Caritas, le Ciré, Huis van Gezondheid en Eerstelijnszone BruZEL.



Deze Focus moet worden gelezen als aanvulling op de Focus "Financiële toegankelijkheid tot zorg - verplichte ziekteverzekering", waarin de regelingen met betrekking tot de aansluiting bij een Belgische ziektekostenverzekering worden toegelicht.

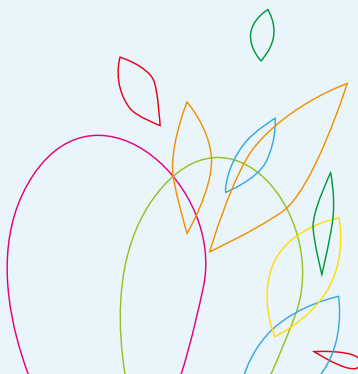
Het huidige document concentreert zich op situaties waarin de verplichte ziektekostenverzekering niet toegankelijk is of onvoldoende dekking biedt voor gezondheidszorg.

Lijst van afkortingen

- ADMH = Attest Dringende Medische Hulp
- BGV = Bevel om het grondgebied te verlaten
- CGVS = Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen
- DMH = Dringende Medische Hulp
- DVZ= Dienst Vreemdelingenzaken
- EER = Europese Economische Ruimte
- ELP = eerstelijnspsychologen
- EU = Europese Unie
- EVA = Europese Vrijhandelsassociatie
- EZVK = Europese ziekteverzekeringskaart
- FEDASIL = Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
- HZIV = Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- LOI = Lokaal opvanginitiatief
- MZWV = mensen zonder wettig verblijf
- NBMA = Niet begeleide minderjarige asielzoekers
- NBMV = Niet-begeleide minderjarige vreemdeling
- OCMW = Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
- ONE = Office de la Naissance et de l'Enfance
- OV/SP = Overschrijvingsnummer/Série de Permis
- RIZIV = Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
- RMP = Refugee Medical Point
- RvV = Raad voor Vreemdelingenbetwistingen
- VIB = Verzoek om internationale bescherming
- VZA = Vrijwillige zwangerschapsafbreking
- WVP= Werkvakantieprogramma



INHOUDSTAFEL



1. INLEIDING: WELKE PERSONEN WORDEN BESPROKEN IN DEZE FOCUS?	p 7
2. WELKE INSTANTIE IS BEVOEGD VOOR DE TERUGBETALING VAN GEZONDHEIDSZORGCOSTEN?	p 9
3. TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG VOLGENS HET ADMINISTRATIEF STATUUT	p 10
VOOR MENSEN MET EEN WETTIG VERBLIJF	p 11
EU-BURGERS, ZWITSERSE ONDERDANEN EN ONDERDANEN VAN ANDERE EER-LANDEN	p 11
MENSEN DIE VANUIT NIET-EU-LANDEN (DERDE LANDEN) KOMEN: PRIVÉVERZEKERING, BORG OF ANDERE TUSSENKOMENDE INSTANTIE.	p 12
VERZOEKERS OM INTERNATIONALE BESCHERMING (VIB) OF MENSEN DIE ASIEL AANVRAGEN	p 13
Modaliteiten van tussenkomst volgens het statuut van de VIB	p 14
Toegangsvoorwaarden in de praktijk	p 16
Facturatie	p 17
Zorg die ten laste wordt genomen door Fedasil	p 18
Einde van de tenlasteneming door Fedasil	p 20
Bijzondere gevallen VIB	p 20
VOOR MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF (MZWV) OF ZONDER PAPIEREN	p 22
Dringende medische hulp via het OCMW	p 22
Aanvraag indienen en toegangsvoorwaarden tot DMH	p 23
Gedekte zorg via DMH	p 26
Praktische stappen voor professionals	p 27
4. BIJZONDERE SITUATIES	p 34
9TER	p 34
MENSEN IN ADMINISTRATIEVE DETENTIECENTRA (GESLOTEN CENTRA)	p 36
MENSEN IN DE GEVANGENIS	p 38
Verzekeringssituatie	p 38
Tenlasteneming van de zorg	p 38
Financiële bijdrage	p 39
Vrijlating uit gevangenis	p 39
Bijzondere situaties	p 40
NIET-BEGELEIDE MINDERJARIGE VREEMDELINGEN (NBMV)	p 42
Erkenning van een NBMV	p 42
Toegang tot zorg voor NBMV	p 43
5. MEER INFORMATIE	p 45

1.

INLEIDING: WELKE PERSONEN WORDEN BESPROKEN IN DEZE FOCUS?

Toegang tot gezondheidszorg is een fundamenteel recht (Verenigde Naties, 1948). Sommige bevolkingsgroepen worden echter geconfronteerd met tal van hindernissen bij de toegang tot dit recht. Hieronder vallen mensen zonder wettig verblijf, verzoekers om internationale bescherming en EU-burgers die niet officieel geregistreerd zijn. Er worden verschillende termen gebruikt om mensen in een migratiesituatie aan te duiden. Sommige termen zijn synoniemen, andere verwijzen naar een specifieke categorie migranten, afhankelijk van het administratief statuut dat hen werd toegekend. We noemen er een paar om deze Focus leesbaarder te maken.

Mensen zonder verblijfstitel, zonder wettig verblijf, zonder papieren, mensen die illegaal in het land verblijven... zijn allemaal synoniemen. In deze Focus gebruiken we de term **mensen zonder wettig verblijf (MZV)**. Deze term verwijst naar een groep mensen met zeer uiteenlopende trajecten:

- Mensen die hun tijdelijke verblijfstitel verloren zijn, zoals mensen van wie het verzoek om internationale bescherming is afgewezen of die hun humanitair, toeristen-, studenten- of werkvisum niet konden verlengen, enz.;
- Mensen 'op doorreis' in België met plannen om zich in een andere land te installeren;
- Mensen die België onwettig zijn binnengekomen, van wie sommigen al jaren in België wonen maar hun verblijf nooit hebben kunnen 'regulariseren';
- Onderdanen van de Europese Unie die niet (meer) voldoen aan de verblijfsvoorwaarden in België;

- NBM die zich niet in België inschrijven of die niet ingaan op het voorgedijaanbod dat door de autoriteiten wordt voorgesteld;
- ...



Goed om te weten

De vereniging PICUM heeft een flyer opgesteld over het gebruik van deze woorden, waarvan sommigen een stigmatiserende en onmenselijke impact kunnen hebben op de betrokkenen. Daarom zullen we het woord 'illegaal' of 'illegaal verblijf' in deze Focus vermijden. [Klik hier](#) voor de flyer van PICUM.

Een **verzoeker om internationale bescherming (VIB)** is iemand die zijn land van herkomst heeft verlaten en asiel aanvraagt in een ander land, in dit geval België, wegens een gegronde vrees voor vervolging, oorlog, geweld of ernstige mensenrechtenschendingen. Hij of zij heeft nog geen vluchtelingenstatuut of andere vorm van bescherming verkregen en zijn of haar dossier wordt onderzocht door de bevoegde autoriteiten.

In deze Focus gebruiken we de term 'verzoeker om internationale bescherming' om te verwijzen naar mensen van wie de asielprocedure loopt. Deze term dekt meerdere situaties:

- Mensen die asiel hebben aangevraagd en in afwachting zijn van een beslissing van de Belgische instanties (CGVS, RvV, enz.);
- Mensen die een negatieve beslissing hebben ontvangen, maar in beroep zijn gegaan of een nieuwe aanvraag hebben ingediend;
- Mensen die een verzoek om internationale bescherming hebben ingediend in een andere lidstaat van de Europese Unie en voor wie België van mening is dat deze andere staat verantwoordelijk is voor de behandeling van hun verzoek (Dublinprocedure).



'De taalbarrière doorbreken' - Brusano. [Link hier.](#)

In deze context is de rol van eerstelijns ambulante zorgverleners doorslaggevend. Hun werk zorgt ervoor dat mensen daadwerkelijk toegang hebben tot zorg, maar helpt ook om de gezondheid en het welzijn van deze mensen te beschermen.

Deze begeleiding past in een logica van volksgezondheid. *Preventie en tenlasteneming van de zorgbehoeften van mensen die niet verzekerd zijn, komt op de lange termijn de hele samenleving ten goede, want het risico op epidemieën wordt kleiner en de kosten van onverwachte spoedeisende zorg dalen.*

2.

WELKE INSTANTIE IS BEVOEGD VOOR DE TERUGBETALING VAN GEZONDHEIDSZORGKOSTEN?

Het kan soms moeilijk zijn om te bepalen welke instelling gezondheidskosten kan terugbetalen. Er is geen uniek loket of gedeelde database met informatie en de wetgeving en het systeem zijn complex. Hieronder vind je enkele van de beschikbare tools.

⚠ Onaangepaste ondersteuning kan nadelige administratieve gevolgen hebben voor de betrokkene. Bij twijfel is doorverwijzing naar een gespecialiseerde sociale of juridische dienst noodzakelijk.



Tool Lexie

De vzw Droits Quotidiens heeft een tool (in het Frans) ontwikkeld om het statuut te bepalen. Aangezien de tool niet gedetailleerd naar specifieke situaties kan kijken, krijg je enkel algemene antwoorden.

Tool Lexie – Droits Quotidiens: [hier](#).

Een paar vragen ter verduidelijking:

Mensen zonder verplichte ziekteverzekering die zorg nodig hebben, weten vaak niet waar ze terecht kunnen voor de tenlasteneming van hun zorgkosten. Hieronder staan een paar vragen die je jezelf of de betrokkene kunt stellen om de situatie te verduidelijken:

- **Is of was de betrokkene aangesloten bij een ziekenfonds?**
- **Als de betrokkene uit een ander land komt, heeft hij of zij dan een gezondheidszorgverzekering in dat land?**
- **Heeft de betrokkene een verzoek om internationale bescherming ingediend? Wat is de status van de aanvraag (in behandeling, afgewezen, enz.)? Bijlage 26**

- **Heeft de betrokkene een identiteitskaart? Welk type identiteitskaart is het?**
- **Beschikt de betrokkene over documenten of een bijlage (bijlage 3, 3ter, 15, enz.) die zijn of haar statuut aangeven?**
- **Heeft de betrokkene een document (medische kaart, requisitorium, enz.) van een OCMW?**
- **Verblijft de betrokkene in een opvangcentrum? Welke type centrum: Fedasil of partner? Noodopvangcentrum?**

Wat als ik twijfel over de doorverwijzing?

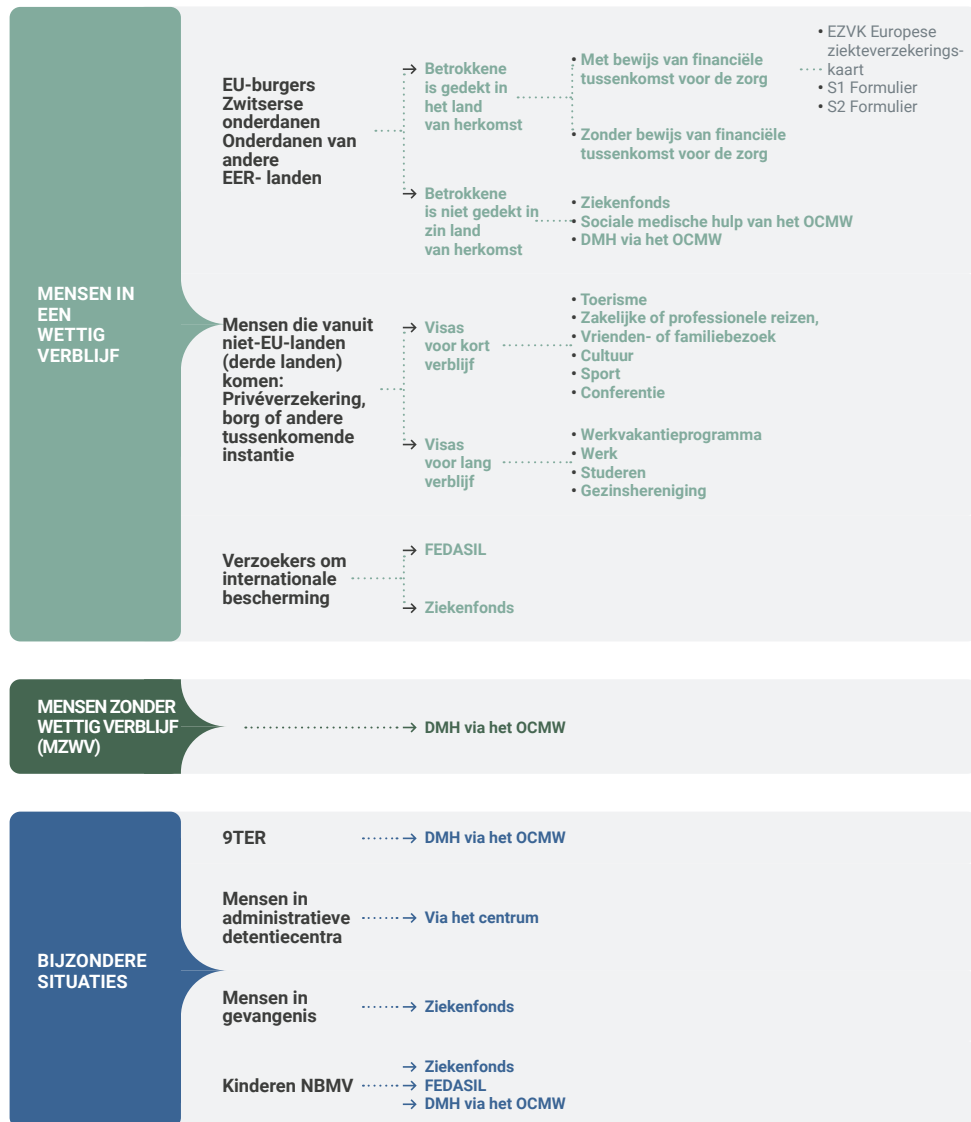


De verschillende verblijfsdocumenten - informatie- en illustratieve van Medimmigrant: [hier](#).

Als er enige twijfel is, of als de situatie complex lijkt, doe je er goed aan om de betrokkene door te verwijzen of contact op te nemen met een aantal actoren die vragen kunnen beantwoorden over toegang tot gezondheidszorg: sociale of welzijnsdiensten, juridische diensten, enz. Het repertorium van deze Focus bevat contactgegevens van deze verschillende eerstelijnsactoren die welzijnssteun en rechtsbijstand verlenen en van actoren die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van specifieke doelgroepen: Zie repertorium.

3.

TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG VOLGENS HET ADMINISTRATIEF STATUUT



VOOR MENSEN MET EEN WETTIG VERBLIJF

Deze rubriek gaat over regelingen die de toegang tot gezondheidszorg ondersteunen voor mensen die wettig in België verblijven, in situaties waar de verplichte ziekteverzekering de kosten voor gezondheidszorg niet of slechts gedeeltelijk dekt. Het gaat om mensen met een tijdelijk of permanent verblijfsrecht (burgers van de Europese Unie, gezinsherenigers, verzoekers om internationale bescherming, enz.).



Voor informatie over de ziekenfondsen: Focus 'Financiële toegang tot gezondheidszorg - verplichte ziekteverzekering' zie [hier](#).

EU-BURGERS, ZWITSERSE ONDERDANEN EN ONDERDANEN VAN ANDERE EER-LANDEN

Onder bepaalde voorwaarden hebben onderdanen van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte of Zwitserland recht op geneeskundige verzorging in België, zelfs als ze niet aangesloten zijn bij een Belgisch ziekenfonds.

Betrokken landen:

B Bulgarije
C Cyprus
D Denemarken, Duitsland
E Estland
F Finland, Frankrijk
G Griekenland
H Hongarije
I Ierland, Italië, IJsland
K Kroatië
L Liechtenstein, Letland, Litouwen, Luxemburg
M Malta
N Noorwegen, Nederland
O Oostenrijk
P Polen, Portugal
R Roemenië
S Slowakije, Slovenië, Spanje
T Tsjechië
Z Zweden, Zwitserland

Hoe kunnen zorgkosten worden terugbetaald?

BETROKKENE IS GEDEKT IN HET LAND VAN HERKOMST	
Zonder bewijs van financiële steun voor de zorg	
De betrokkene schiet de kosten voor en wordt dan terugbetaald door het ziekenfonds in het land van herkomst	
Met bewijs van financiële steun voor de zorg	
Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK)	Met deze kaart wordt de gezondheidszorg ten laste genomen die aan een Europese onderdaan wordt verleend tijdens een tijdelijk verblijf (beroepsmatig of niet-beroepsmatig) op het grondgebied van één van de 27 EU-lidstaten, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland, onder dezelfde voorwaarden en tegen hetzelfde tarief als mensen die in dat land verzekerd zijn.
S1-formulier	Voor mensen die in een ander EU-/EER-land of in Zwitserland wonen, maar aangesloten blijven bij het sociale zekerheidsstelsel in hun land van herkomst (gedetacheerde werknemers, gepensioneerden, studenten op lange termijn, enz.).
S2-formulier	Toestemming voor het ontvangen van geplande medische zorg in een ander EU- of EVA-land (Noorwegen, IJsland en Liechtenstein). Als de reden voor de reis overeenstemt met de toegestane behandeling, wordt dit formulier uitgereikt. Met dit formulier wordt de betrokkene behandeld onder dezelfde voorwaarden en tegen dezelfde tarieven als Belgische inwoners.
BETROKKENE IS NIET GEDEKT IN ZIJN LAND VAN HERKOMST	
• Inschrijving bij een Belgisch ziekenfonds. Cf. Focus verzekeraarheid • Medische sociale hulp van het OCMW. Voor mensen met een wettig verblijf. • Dringende medische hulp (DMH): › Voor EU-burgers zonder inschrijving van verblijfplaats in België, die zich ten minste 3 maanden op het Belgische grondgebied bevinden.	

⚠ Onaangepaste begeleiding kan nadelige administratieve gevolgen hebben voor de betrokkene. Bij twijfel is doorverwijzing naar een gespecialiseerde sociale of juridische dienst noodzakelijk. Je vindt de contactgegevens in het repertorium.



Meer info:

Toegang tot gezondheidszorg voor Europese burgers - medimmigrant: zie [hier](#).

MENSEN DIE VANUIT NIET-EU-LANDEN¹ (DERDE LANDEN) KOMEN: PRIVÉVERZEKERING, BORG OF ANDERE TUSSENKOMENDE INSTANTIE

Mensen uit niet-EU-landen moeten over het algemeen een visum aanvragen om in België te kunnen verblijven. Sommige onderdanen zijn echter vrijgesteld van een visum voor kort verblijf (tot 90 dagen). In dat geval geldt de regel van drie maanden verblijf op het grondgebied voordat dringende medische hulp (DMH) door het OCMW kan worden overwogen. Voor personen die houder zijn van een visum, komt het OCMW daarentegen niet tussen gedurende de geldigheidsduur van dat visum.

¹ In Europese juridische en administratieve taal verwijst een derde land naar elke staat die geen lid is van de Europese Unie.

⚠ Houders van een visum kunnen pas drie maanden na het verlopen van het visum aanspraak maken op terugbetaling van medische kosten.

Het volgende kader geeft een overzicht van de verschillende mogelijke situaties:

VISA VOOR KORT VERBLIJF < 90 DAGEN		
Wie? Toerisme, zakelijke of professionele reizen, vrienden- of familiebezoek, cultuur, sport en/of conferenties. Terugbetaling van de zorg: om een visum voor kort verblijf aan te vragen, moeten aanvragers aantonen dat ze over een medische verzekering voor alle risico's beschikken die geneeskundige verzorging, hospitalisatie en repatriëring dekt.		
VISA VOOR LANG VERBLIJF > 90 DAGEN		
	Om wie gaat het?	Terugbetaling van zorgkosten via
Werkvakantie-programma (WVP)	Ook bekend als Working Holiday Visa (Jongeren 18-30 jaar)	Verzekering voor alle risico's die arbeidsongevallen, gezondheidszorg, ziekenhuisopname en repatriëring gedurende 365 dagen dekt.
Werk	Werknemers, stagiairs, seizoensarbeiders, onderzoekers, vrijwilligers	• Belgische ziektekostenverzekering via de werkgever en het arbeidscontract (verplicht bij het aanvragen en verlengen van het visum). • Mensen die als au pair werken: medische verzekering via gastgezin.
Studeren	Studenten uit derde landen	• Belgisch of buitenlands privéverzekeringscontract dat geldig is vanaf de datum van binnenkomst op het Belgisch grondgebied. • Belgische verzekeringsinstelling.
Gezinshereniging	Familieleden die zich bij een persoon willen voegen die wettig in België is gevestigd. In afwachting van een antwoord van de Dienst Vreemdelingenzaken.	Door de gezinshereniger gekozen ziekteverzekering: • Belgische verzekeringsinstelling. • Reisziekteverzekering waarvoor zij moesten intekenen om het Belgische grondgebied te betreden.

VERZOEKERS OM INTERNATIONALE BESCHERMING (VIB) OF MENSEN DIE ASIEL AANVRAGEN

Een verzoeker om internationale bescherming (VIB) is iemand die een asielaanvraag in België heeft ingediend bij de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) om van de bescherming van het land te genieten wegens het risico op vervolging, oorlog of geweld

waardoor de betrokkene niet in zijn of haar land kan blijven.

Tijdens de behandeling van de aanvraag ontvangt de betrokkene een tijdelijk attest van inschrijving (zie [hier](#)). In afwachting van de beslissing wordt de medische zorg betaald door het Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers (Fedasil).

▲ Mensen van wie het verblijfsstatuut onduidelijk is, verwijst je best door naar gespecialiseerde diensten. Als je bijvoorbeeld iemand van wie de asielaanvraag is afgewezen en een bevel heeft gekregen om het grondgebied te verlaten, naar de DVZ stuurt, bestaat het risico dat hij of zij in een gesloten centrum terecht komt.

Modaliteiten van tussenkomst volgens het statuut van de VIB

Fedasil is verplicht om verzoekers om internationale bescherming de medische hulp te bieden die ze nodig hebben om een menswaardig leven te leiden. Fedasil is dus de belangrijkste bevoegde instelling voor de terugbetaling van de gezondheidszorgkosten voor verzoekers om internationale bescherming.

De meeste personen die om internationale bescherming verzoeken, hebben recht op materiële hulp. Deze hulp omvat huisvesting, voeding, zakgeld, enz. in een centrum van Fedasil of een partnerfaciliteit.

Na het indienen van het verzoek om internationale bescherming (bij de DVZ) kan de betrokkene een opvangplaats aanvragen (zie [hier](#)). Daarna gaat hij of zij naar de Dispatchingdienst waar:

- Een eerste medisch onderzoek gebeurt om te screenen op medische kwetsbaarheden, de eerste basisvaccinaties toe te dienen en te screenen op tuberculose.
- Een opvangplaats 'Code 207' wordt toegewezen als de betrokkene er recht op heeft of 'Code 207 no show' als de betrokkene er geen recht op heeft of als hij of zij afziet

van huisvesting (bv. privéadres). Als er geen plaats beschikbaar is, wordt de status 'Code 207 technische no show' toegewezen.

A) VIB in een opvangcentrum (Code 207)

Mensen die om internationale bescherming verzoeken (VIB) en in een opvangcentrum verblijven dat beheerd wordt door Fedasil of een van zijn opvangpartners (zoals bepaalde centra van Samu Social, het Rode Kruis of Caritas International, enz.) hebben recht op medische verzorging waarvan de kosten worden gedekt door Fedasil of door de opvangpartner, waarbij Fedasil de werkelijk gemaakte kosten terugbetaalt.

Medische en psychosociale opvolging

- VIB die in opvangcentra worden gehuisvest, krijgen medische en psychosociale ondersteuning in het kader van het leven in het centrum.
- De meeste opvangcentra beschikken over interne artsen en verpleegkundigen.

Mensen die internationale bescherming aanvragen zijn daarom minder geneigd om rechtstreeks een eerstelijnsprofessional te raadplegen. Als ze dit wel doen, komen ze meestal aan met een requisitorium van het centrum.

Een requisitorium is een betalingsverbintenis van Fedasil en wordt aangevraagd voor de terugbetaling van gezondheidszorgkosten.

Psychologische ondersteuning

Naast algemene medische zorg hebben aanvragers recht op psychologische ondersteuning. De arts van het centrum kan de betrokkene zo nodig doorverwijzen naar een gespecialiseerde dienst (voor meer info over het leven in een opvangcentrum zie [hier](#)).

B) VIB no show (Code 207 'no show' en 'technische no show')

In tegenstelling tot VIB die een opvangplaats hebben, krijgen VIB 'no show' en 'technische no show' geen medische en psychosociale hulp via de opvangcentra, maar hun medische zorg wordt ook financieel ten laste genomen door Fedasil.

De zorg voor deze mensen wordt dan verleend door het ambulante netwerk.

Deze mensen komen bij dit netwerk terecht:

- Op eigen initiatief.
- Ze zijn tijdelijk gehuisvest in noodopvangcentra die worden beheerd door Samusocial, het Rode Kruis of Belrefugees (niet te verwarren met de Fedasil-centra). In deze centra krijgen ze een eerste welzijns- en medische screening.
- Ze zijn doorverwezen door het Refugee Medical Point (RMP), dat vervolgens contact opneemt met eerstelijnsorganisaties of gespecialiseerde diensten. Het RMP speelt ook een doorverwijzende rol voor professionals in het ambulante netwerk.



Het Refugee Medical Point (RMP) is een medisch centrum van het Rode Kruis dat eerste medische en psychologische zorg en administratieve ondersteuning biedt aan VIB met de steun van bemiddelaars. Het RMP fungeert als eerste contactpunt en verwijst VIB door naar het netwerk, waaronder de ambulante zorg. Voor meer info: zie [hier](#).

Met een code 207 'no show' heeft de betrokkene geen recht op steun van het OCMW. In bepaalde uitzonderlijke gevallen kan Fedasil deze code echter schrappen. In dat geval krijgt de VIB niet langer materiële hulp in een opvangcentrum, maar kan hij of zij wel steun aanvragen bij het OCMW.

Als de Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS) een definitieve negatieve beslissing neemt over het verzoek om internationale bescherming, wordt de steun van het OCMW 30 dagen na de kennisgeving stopgezet.

Bijzondere situatie:

als de VIB werkt of heeft gewerkt (zelfs maar één dag), heeft hij of zij mogelijk recht op ziekteverzekering en kan hij of zij zich aansluiten bij een verzekeringsinstelling (ziekenfonds of HZIV), zie pagina 20-21.

² VIB 'no show' zijn mensen die geen opvang van Fedasil toegewezen krijgen, omdat ze op een privéadres wonen of omdat er voor hen geen plaats is in een opvangcentrum. In het laatste geval spreken we van VIB 'technische no show'. Deze mensen staan op de wachtlijst voor een plaats in een opvangcentrum.

Samenvattende tabel. Verantwoordelijke instellingen afhankelijk van de huisvestingssituatie

1. De betrokkene dient een verzoek om internationale bescherming in bij de DVZ					
2. Hij of zij vraagt een opvangplaats aan bij het Aanmeldcentrum van Fedasil en krijgt code 207 toegewezen					
CODE	Doorkomst in medische dispatching	Opvang	Medische en psychosociale opvolging	Medische hulp	Welzijnshulp (materieel)
Code 207	Ja	Gehuisvest in FEDASIL-centrum of partnercentrum	Voornamelijk in het centrum. Voor specialistische zorg bij externe actoren	Fedasil	Fedasil
Code 207 No show	Ja, maar niet systematisch	Geen opvangplaats (privéadres)	Extern (eerste lijn/ambulant)	Fedasil	/
Code 207 Technische no show	Ja, maar niet systematisch	In afwachting van een opvangplaats	Extern (eerste lijn/ambulant)	Fedasil	/
Code 207 OCMW	per geval	LOI	Extern (eerste lijn/ambulant)	OCMW	OCMW
Geen code (uitzonderlijk)	Nee	Geen opvangplaats	Extern (eerste lijn/ambulant)	OCMW	OCMW

Toegangsvoorwaarden in de praktijk

Om toegang te krijgen tot **niet-dringende gezondheidszorg** die gedekt wordt door Fedasil, moeten VIB:

1. Een requisitorium³ aanvragen bij Fedasil. De betrokkene zelf of een andere persoon die de VIB vergezelt kan dit aanvragen, idealiter tussen 3 en 10 dagen voor de consultatie of de nood aan behandeling. Als de aanvraag eerder of later wordt ingediend, is het nog steeds mogelijk om een requisitorium te krijgen, maar moet je extra opletten dat je het ontvangt. In uitzonderlijke gevallen kan de aanvraag voor een raadpleging bij de huisarts de dag zelf worden ingediend. Als Fedasil toestemming geeft om de zorgkosten te betalen, ontvangt de persoon die de aanvraag indiende het requisitorium op

het e-mailadres dat in de aanvraag is vermeld.

⚠ Het invullen van deze aanvraag kan complex zijn, afhankelijk van de situatie van de betrokkene. Het kan nuttig zijn om deze mensen hierbij te ondersteunen met het oog op het vergroten van hun zelfredzaamheid, als het nodig is, de aanvraag samen met en/of in plaats van de betrokkene in te vullen.

2. De zorgverlener die de betrokkene ontvangt, moet controleren of deze over een requisitorium beschikt. Als dit niet het geval is, moet de zorgverlener nagaan of de betrokkene geregistreerd staat als verzoeker om internationale bescherming (VIB), door contact op te nemen met de procesbeheerdienst van de cel medische kosten van Fedasil (Contact in het repertorium van deze focus).

³ Requisitorium: Verbintenis van Fedasil om zorggerelateerde kosten te betalen.

Deze controle maakt het mogelijk een aanvraag voor een requisitorium in te dienen en een correcte facturatie van de zorgen bij Fedasil te garanderen.

3. Om toegang te krijgen tot geneesmiddelen moet het requisitorium altijd gepaard gaan van een medisch voorschrift dat is opgesteld door een huisarts of specialist.

In geval van **dringende medische zorg** moet de zorgstructuur (en indien dat niet mogelijk is de personen met een DPI-statuu^t) de volgende documenten sturen naar de cel Medische kosten van Fedasil:

- Een attest spoedeisende zorgen (niet van toepassing als de aanvraag van de persoon zelf komt).
- De originele factuur of een duplicaat;
- Het rijksregisternummer (11 cijfers⁴ bovenaan bijlage 26 of op het inschrijvingsbewijs) of OV/SP⁵ (7 cijfers links bovenaan bijlage 26) van de persoon die de zorg heeft ontvangen.

Voor spoedeisende zorg is geen voorafgaande aanvraag nodig. Fedasil zal de zorg met terugwerkende kracht ten laste nemen, als de spoedeisendheid positief wordt beoordeeld.

Hulpbronnen:

- Online aanvraag voor een requisitorium bij Fedasil: www.fedasil.be/fr/rq-language-select
- Model attest spoedeisende zorgen: <https://view.officeapps.live.com>

Meer info:

- Informatieve website van Fedasil (beschikbaar in verschillende talen): www.fedasilinfo.be/nl/theme/gezondheid

Facturatie

Medische kosten worden ten laste genomen door Fedasil en beheerd door de dienst Procesbeheer, cel Medische kosten.

Voor vragen over facturatie (bv.: requisitorium niet ontvangen, fout op requisitorium, verificatie van de status van de persoon, vragen over facturatie) kan contact worden opgenomen met de dienst Procesbeheer van de cel Medische kosten van Fedasil (contactgegevens in het repertorium van deze Focus).

Facturen mogen enkel per post worden verstuurd en moeten op naam van Fedasil (en niet van de VIB) worden opgesteld.

De factuur moet de volgende informatie bevatten:

- Naam, voornaam en geboortedatum van de betrokkene
- Het rijksregisternummer (nummer van 11⁶ cijfers in de linkerbovenhoek van bijlage 26. Titel R.R.Nr.)
- Instelling of zorgverlener
- Factuurbedrag
- Bankrekeningnummer van de zorgverlener.

De volgende documenten moeten bij de factuur worden gevoegd

- Een getuigschrift voor verstrekte hulp (RIZIV-verstrekingen)
- Het requisitorium met de toestemming van Fedasil.

⁴ Het nummer bestaat uit 12 cijfers, waarvan het eerste een 0 is die niet nodig is voor communicatie met Fedasil.

⁵ OV (Overschrijvingsnummer) of SP (Série de Permis), die worden gebruikt als het rijksregisternummer nog niet is toegekend of voor asielzoekers zonder rijksregisternummer.

⁶ Het nummer bestaat uit 12 cijfers, waarvan het eerste een 0 is die niet nodig is voor communicatie met Fedasil.

Dankzij het **ASIPA-project voor administratieve vereenvoudiging** (Fedasil en Dokters van de wereld - Tooline1) moet voor een raadpleging bij de huisarts geen requisitorium worden aangevraagd. Dit project vereenvoudigt de facturatie door maandelijks één tabel te versturen met een overzicht van alle geleverde verstrekkingen. Om gebruik te maken van deze vereenvoudiging moet je als zorgverlener vooraf een verzoek indienen bij Fedasil.

Zorg die ten laste wordt genomen door Fedasil

Mensen die zijn ingeschreven in het opvangstelsel genieten van medische dekking door Fedasil, volgens een duidelijk wettelijk kader. Deze dekking omvat:

- Medische consulten (huisarts, tandarts, specialist)
- Medische onderzoeken
- Ziekenhuisopnames
- Geneesmiddelen
- Verpleegkundige zorg
- Chirurgische ingrepen

Fedasil betaalt medische zorg op dezelfde

manier terug als een ziekenfonds, behalve in bepaalde gevallen waar voorafgaande toestemming van de medische cel vereist is (bv. geplande ziekenhuisopnames, specifieke zorg).

Zorg die is opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur

Geconventioneerde zorgverlener

Fedasil vergoedt tot het maximumbedrag, inclusief het remgeld.

Niet-geconventioneerde zorgverlener

Magenkel het maximale RIZIV-tarief factureren. Geen terugbetaling bij overschrijding.

Om te weten wat wordt terugbetaald door het RIZIV

- Zoek op software van zorgverleners (Medispring, HealthOne, enz.)
- Zoek op nomenclatuurcode of trefwoord op Nomensoft: [hier](#).
- Raadpleeg de lijst met zorgverstrekkingen op de website van het RIZIV: [hier](#) of [hier](#).

Zorg buiten de RIZIV-nomenclatuur

ZORG DIE WORDT VERGOED DOOR FEDASIL (PLUSLIJST)

Geneesmiddelen van categorie D	Verplicht medisch voorschrift, vermelding van de substantie en naleving van de aanbevelingen
Tandheelkundige extracties	Terugbetaald
Tandprothesen (als deze de kauwfunctie herstellen)	Terugbetaald
Bril voor kinderen	Voorgeschreven door een oogarts. Bifocale, multifocale of gekleurde lenzen worden niet vergoed.
Bril voor volwassenen (≥ 1 dioptrie in het betere oog)	Voorgeschreven door een oogarts. Bifocale, multifocale of gekleurde lenzen worden niet vergoed
Aangepaste zuigelingenmelk	Als borstvoeding niet mogelijk is. Bij verblijf in opvangcentra, verrekend met de werkingskosten

ZORG DIE NIET WORDT VERGOED DOOR FEDASIL (MINLIJST)	
Orthodontie	Niet terugbetaald, ondanks het feit dat deze wordt opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur.
Vruchtbaarheidszorg (onderzoeken, geneesmiddelen, operaties)	Niet terugbetaald
Tandprothesen zonder kauwfunctie	Niet terugbetaald, ongeacht leeftijd
Esthetische ingrepen	Niet terugbetaald behalve in geval van reconstructie na een operatie of trauma
Tandheelkundige behandeling of extracties onder volledige narcose	Niet terugbetaald

Humanitaire uitzonderingen

In uitzonderlijke gevallen kan de directeur-generaal van Fedasil zorg toestaan die niet op de lijsten staat, als dit noodzakelijk wordt geacht om medische zorg te garanderen die in overeenstemming is met de menselijke waardigheid (artikel 4 van het koninklijk besluit van 9 april 2007).

Het Medisch vademecum bevat een praktisch overzicht waarmee professionals kunnen nagaan welke zorg en ingrepen al dan niet worden gedekt en welke formaliteiten moeten worden vervuld. Voor specifieke behoeften kunnen gedetailleerde voorwaarden en procedures rechtstreeks in het document worden geraadpleegd:



Voor meer informatie over het kader en de procedures voor terugbetaling door Fedasil: zie [hier](#).

- FAQ Fedasil 2024: zie [hier](#).
- Lijst van geneesmiddelen van categorie D die door Fedasil worden vergoed: zie [hier](#).

Meer weten over de toegang tot zorg voor personen met een VIB : zie [hier](#).

Dokters van de wereld, het Rode Kruis en Fedasil bieden een klein interactief onlineboekje aan met gedetailleerde informatie over al deze onderwerpen - en meer: zie [hier](#) en [hier](#).
(In het Frans met enkele documenten in het Nederlands)

Dokters van de wereld biedt ook een online toolbox aan met informatie, hulpbronnen en tools om te helpen bij de tenlasteneming van patiënten in kwetsbare situaties: zie [hier](#).

Vademecum médical van Fedasil: zie [hier](#).

Einde van de tenlasteneming door Fedasil

Het recht op opvang eindigt wanneer de internationale beschermingsprocedure is afgerond en eventuele beroepsprocedures zijn uitgeput.

In geval van **erkenning van de vluchtelingenstatus of toekenning van subsidiaire bescherming**:

- Tot de dag van de kennisgeving van de positieve beslissing kan een aanvraag tot uitstel van 2x2 maanden of 2x3 maanden worden ingediend voor medische zorg: tijdens deze periode blijft Fedasil bevoegd voor de medische ondersteuning.
- De betrokkene kan naar de HZIV of het gekozen ziekenfonds gaan met zijn of haar bijlage 26, het inschrijvingsbewijs evenals het attest van het CGVS of van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (RvV) (een identiteitskaart is niet verplicht wegens de tijd die nodig is om die te verkrijgen). De zorg wordt met terugwerkende kracht vergoed (vanaf de eerste dag van het inschrijvingskwartaal) als de betrokkene zorg nodig heeft tussen het tijdstip van aansluiting bij de verzekeringsinstelling (HZIV of ziekenfonds) en de datum waarop de verblijfstitel wordt toegekend. Fedasil stelt dan geen requisitorium meer op.

Als de VIB een **negatieve eindbeslissing** ontvangt over de aanvraag om internationale bescherming, eindigt de (medische en andere) hulp van het OCMW of Fedasil 30 dagen na de kennisgeving.

Bijzondere situaties VIB

Dublinprocedure

De Dublinprocedure is een Europese regel die bepaalt welk EU-land verantwoordelijk is voor de behandeling van een asielaanvraag. Als een persoon eerst door een andere lidstaat is gereisd en daar een asielaanvraag heeft ingediend, wordt dat land als verantwoordelijk aangewezen. In dat geval kan België, wanneer de persoon hier een nieuwe aanvraag indient, de overdracht naar de 'verantwoordelijke' lidstaat organiseren. Fedasil blijft echter verplicht om het opvang en de zorg van de persoon te verzekeren zolang de overdracht niet heeft plaatsgevonden.



Voor meer info over de Dublin procedure, lees meer op de website van Vluchtelingenwerk Vlaanderen: [hier](#)

VIB met arbeidsovereenkomst en ziekenfonds

De medische zorg van VIB is ten laste van Fedasil. Tijdens hun procedure kunnen VIB die werken zich echter als 'werknemer' aansluiten bij een ziekteverzekering (ziekenfonds of HZIV).

Als de VIB beslist om zich aan te sluiten bij een ziekteverzekering:

- Voor verstrekkingen die zijn vermeld in de RIZIV-nomenclatuur en in de minlijst van Fedasil, moet de betrokkene het remgeld betalen.

- Voor verstrekkingen die zijn vermeld in de RIZIV-nomenclatuur en in de pluslijst van Fedasil hoeft de patiënt niets te betalen. Fedasil neemt het remgeld ten laste.
- Voor verstrekkingen die niet zijn vermeld in de RIZIV-nomenclatuur maar wel in de pluslijst van Fedasil hoeft de patiënt niets te betalen. Fedasil neemt de volledige kost, inclusief het remgeld, ten laste.

Meer informatie

- VIB, werk en ziekteverzekering: [hier](#).
- Ziekteverzekering - Infofiche Medimmigrant: [hier](#).

De onderstaande tabel is louter indicatief. De begeleiding moet worden afgestemd op de specifieke noden van elke persoon. Voor een optimale afstemming kunt u terecht bij de ondersteunende structuren (zie het repertorium in deze focus).

AANSLUITING BIJ HET ZIEKENFONDS DOOR EEN VIB MET EEN ARBEIDSCONTRACT: WAT JE MOET WETEN	
Voordelen	Risico's
Recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering onder bepaalde voorwaarden	
Volledige of gedeeltelijke vergoeding van medische kosten • Voor zorgkosten die door Fedasil worden gedekt, wordt alles terugbetaald, inclusief het remgeld -> Er moet vooraf een requisitorium worden aangevraagd. • Een ziekteverzekering kan een bredere dekking hebben dan de dekking van Fedasil. Voor bepaalde zorg die niet door Fedasil wordt gedekt, dekt de verzekering: - Orthodontie - Onderzoek en behandeling van onvruchtbaarheid - Tandprothesen, als er geen kauwproblemen zijn, ongeacht de leeftijd - Zuiver esthetische ingrepen, behalve reconstructie na een operatie of trauma - Tandheelkundige behandeling en/of extracties onder volledige narcose	Er moeten extra bijdragen worden betaald (twee jaar later) aan de verzekeringsinstelling wanneer het brutojaarinkomen van de betrokkene onder de 'minimumwaarde' ligt • € 7.976,72 bruto/jaar voor wie ouder is dan 21 jaar • € 5.982,54 bruto/jaar voor jongeren onder 21 jaar Als een VIB de minimumwaarde niet bereikt, moet hij of zij een extra maximumbedrag betalen van (ref. jaar 2023) • € 865,50 voor wie ouder is dan 21 jaar • € 649,16 voor wie jonger is dan 21 jaar *De vermelde bedragen dateren van 2024
Mogelijkheid om in aanmerking te komen voor verhoogde tegemoetkoming	
Als de VIB het aansluitingsrecht verliest, kan hij of zij dit nog gedurende een bepaalde periode behouden en wordt hij of zij dus niet onmiddellijk uitgeschreven.	

VOOR MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF (MZWV) OF ZONDER PAPIEREN

MZWV of 'mensen zonder papieren' verwijst naar een groep mensen met heel verschillende achtergronden. Een niet-limitatieve lijst van mensen die omwille van hun levensparcours beschouwd worden als 'zonder papieren' in België is te vinden in de inleiding van deze Focus.

Deze mensen hebben heel weinig formele rechten in België. Voor hun gezondheidszorg kunnen ze zich niet aansluiten bij een ziekenfonds. Ze komen dus niet in aanmerking voor de verplichte Belgische verzekering.

Dringende Medische Hulp (DMH) is een regeling die voor deze mensen een minimale toegang tot zorg garandeert op basis van het grondrecht op gezondheid dat is vastgelegd in de Belgische grondwet en wetgeving en in de internationale verbintenissen die België is aangegaan. DMH is een residueel recht. Dat betekent dat het kan worden geactiveerd wanneer de betrokkene niet kan betalen voor zijn/haar gezondheidszorg en er geen andere medische hulp (verzekering in het land van herkomst of privéverzekering) kan worden geactiveerd.

Door iedereen op het grondgebied toegang te geven tot gezondheidszorg, wordt de volksgezondheid beter beschermd en worden hogere kosten door te late behandeling van ziekten voorkomen. Het is dus van groot algemeen belang dat de betrokkenen via DMH daadwerkelijk toegang hebben tot gezondheidszorg.

Dringende medische hulp via het OCMW

In tegenstelling tot wat de naam lijkt aan te geven, is DMH niet beperkt tot noodgevallen, maar omvat het alle **preventieve en curatieve zorg die gedekt is door de RIZIV-nomenclatuur tegen de conventietarieven**. DMH kan bijvoorbeeld perinatale en bevallingszorg dekken, een operatie waarvoor ziekenhuisopname nodig is, geneesmiddelen, consultaties, sessies bij een kinesitherapeut, een eerstelijnspsycholoog of psychiater, enz.

De organisatie van DMH valt onder de verantwoordelijkheid van de POD Maatschappelijke Integratie en moet worden aangevraagd bij een OCMW in de gemeente waar de persoon gewoonlijk verblijft. Over het algemeen kunnen deze mensen zich niet domiciliëren op een adres en zullen ze dus hun 'gewoonlijke verblijfplaats' op een andere manier moeten bewijzen aan het betrokken OCMW.

Afhankelijk van de werking van het betrokken OCMW wordt een document (ook wel DMH-kaart, gezondheidskaart, requisitorium... genoemd, afhankelijk van het OCMW dat ze aflevert en van het type gevraagde zorg) afgegeven aan de betrokkene die recht heeft op DMH. Het OCMW registreert de persoon ook op het digitale platform 'MediPrima', waardoor bepaalde zorgverleners zorg elektronisch kunnen factureren via de HZIV. (Zie p. 29-30 voor meer informatie over MediPrima.)

De geldigheidsduur van een geactiveerde DMH verschilt van het ene OCMW tot het andere. Het OCMW moet echter om de drie maanden controleren of de betrokkene nog voldoet aan de toegangsvoorwaarden. Mensen die recht hebben op DMH moeten zich "daarom op dat moment" terug aanmelden bij het OCMW om de tenlasteneming te reactiveren. Als de betrokkene zich niet meldt bij het OCMW, kan het OCMW de tenlasteneming stopzetten. In dit geval, maar ook na het verstrijken van de "volledige" geldigheidsduur van de toegang tot DMH, is het OCMW verplicht om een nieuw sociaal onderzoek uit te voeren.

Zorg die niet kan worden uitgesteld, kan wel met terugwerkende kracht worden gefactureerd: een aanvraag tot tenlasteneming van zorg (die al dan niet al is verleend) is ten vroegste mogelijk vanaf de datum waarop de DMH-aanvraag bij het OCMW is ingediend. Volgens het wettelijke kader heeft een OCMW "bovendien" dagen om zich bevoegd te verklaren voor een factuur voor ambulante zorg en 60 dagen voor een MediPrima-factuur (ziekenhuis- en huisartszorg). Het OCMW moet altijd de mogelijkheid voorzien om zorg te vergoeden die als dringend wordt beschouwd, zelfs als de betrokkene nog geen toezegging van tenlasteneming door een OCMW heeft ontvangen. In dit geval worden de toegangsvoorwaarden tot DMH onderzocht nadat de zorg is verleend.

Bij elke verleende zorg moet een **Attest Dringende Medische Hulp (ADMH)** worden ingevuld door een arts. Zo kan de zorgverstrekking of het geneesmiddel rechtstreeks aan de bevoegde instanties worden gefactureerd.

DMH is een van de soorten sociale medische hulp die OCMW's kunnen verlenen voor de betaling van zorgverstrekkingen. Mensen die aangesloten zijn bij een ziekenfonds kunnen het toch moeilijk hebben om bepaalde zorgkosten te betalen. Het OCMW kan dan aanvullende medische hulp verlenen.

Aanvraag indienen en toegangsvoorwaarden tot DMH

Om aanspraak te maken op DMH moet de betrokkene **een aanvraag indienen bij het OCMW van de gemeente** waar hij of zij 'gewoonlijk' verblijft:

- door tijdens de openingsuren van de onthaalbalie persoonlijk naar het OCMW te gaan
- via een sociale dienst of zorginstelling (bv. door een e-mail te sturen naar een door het OCMW meegedeeld adres)
- op de website van de POD Maatschappelijke integratie.

(Zie kader op p. 25 voor het online indienen van de aanvraag en het repertorium met de contactgegevens van de Brusselse OCMW's)

Als de betrokkene een medische dienst raadpleegt voordat hij DMH heeft verkregen, is het belangrijk om **een ADMH in te vullen** (meer info over het ADMH hieronder). De gerechtigde op DMH kan dat attest dan bezorgen aan het OCMW door er langs te gaan of via een professional die helpt bij het indienen van de DMH-aanvraag bij het OCMW.

Bij het indienen van de DMH-aanvraag moet het OCMW een **ontvangstbewijs** bezorgen aan de betrokkene die de aanvraag indient (op papier of elektronisch). Hij of zij kan dan bewijzen op welke datum de aanvraag is ingediend.

Vervolgens moet een maatschappelijk werker van het OCMW een **sociaal onderzoek** uitvoeren om te beslissen of aan de toegangsvoorwaarden voor DMH is voldaan. In het kader van het sociaal onderzoek wordt vaak een huisbezoek gevraagd. Een **huisbezoek** is niet verplicht is om toegang te krijgen tot het recht op DMH, maar het OCMW moet over het algemeen verantwoorden waarom een bezoek niet mogelijk/noodzakelijk was. Het OCMW moet dit sociaal onderzoek afronden binnen de 30 dagen nadat de aanvraag werd ingediend. Het moet de betrokkene binnen de 8 dagen na de beslissing melden of de DMH al dan niet werd toegekend. Door het grote aantal hulpaanvragen die de OCMW's moeten verwerken, hebben ze het momenteel erg moeilijk om deze **wettelijke termijn van 30 + 8 dagen** te halen.

Concreet worden tijdens het sociaal onderzoek de **volgende voorwaarden** onderzocht:

- **Verblijf op het grondgebied (territoriale bevoegdheid van het OCMW):** Een bewijs van woonplaats in de gemeente van het OCMW is vereist. Daklozen moeten aantonen dat ze 'gewoonlijk aanwezig' zijn, bijvoorbeeld door een bewijs van aanwezigheid bij een sociale of medische dienst dat bevestigt dat de betrokkene in de gemeente woont of er de meeste tijd doorbrengt. Als de betrokkene bij een spoedopname in het ziekenhuis nog geen DMH heeft, kan de aanvraag worden ingediend bij het OCMW van de gemeente waar de zorginstelling zich bevindt.

Als het OCMW zichzelf territoriaal onbevoegd acht, moet het de betrokkene de redenen hiervan melden en de aanvraag binnen 5 dagen doorsturen naar het OCMW dat het bevoegd acht. Als dit tweede OCMW zichzelf ook onbevoegd acht, moet het binnen de 5 dagen een aanvraag indienen bij de POD Maatschappelijke Integratie, zodat die instantie snel een voorlopige beslissing over de bevoegdheid kan nemen.

- **Geen verblijfstitel hebben (beoordeling van niet-verzekeraarheid):** OCMW-steun is een residuele steun, d.w.z. het is hulp die wordt geactiveerd als er elders geen hulp kan worden geactiveerd. Voordat het OCMW DMH toekent, moet het dus aantonen dat de betrokkene geen aanspraak kan maken op tenlasteneming van zorg via een (Belgische, privé- of buitenlandse) ziekteverzekering.

Over het algemeen zijn mensen die recht hebben op DMH:

- › mensen zonder papieren in België die afkomstig zijn uit een derde land (buiten de Europese Unie)
- › niet-ingeschreven EU-burgers (na een verblijf van 3 maanden in België)
- › mensen die al enige tijd uit het Rijksregister zijn geschrapt, zoals soms het geval is voor thuisloze Belgen of niet-Belgen. Noteer ook dat het arrest nr. 131/2015 van 1 oktober 2015 bepaalt dat DMH gegarandeerd is voor mensen die gedurende de eerste drie maanden na de afgifte van bijlage 19 of 19ter uitgesloten zijn van maatschappelijke hulp, en die:
- › EU-burgers zijn die werkzoekend zijn en hun familieleden
- › EU-burgers zijn met de hoedanigheid van student of economisch niet actieve EU-burgers en hun familieleden.

- **Behoeftig zijn (niet over voldoende financiële middelen beschikken):** Er bestaat geen precieze definitie van dit statuut. Het OCMW moet beoordelen of de betrokkene en zijn of haar gezin de noodzakelijke medische zorg kunnen betalen. Tegelijk controleert het OCMW bij de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) of er een 'borgstelling' is voor mensen die minder dan twee jaar in België wonen en uit een land komen waarvoor een visum vereist is om België binnen te komen. De OCMW's zijn gebonden door het beroepsgeheim in alle stappen die worden ondernomen in een steunaanvraag (alleen de naam, geboortedatum en nationaliteit mogen worden meegedeeld aan de DVZ).

Het OCMW kan rekening houden met de bestaansmiddelen van de aanvrager van DMH (soms wordt er rekening gehouden met inkomsten uit onregelmatig werk), de partner met wie de aanvrager samenwoont of de bloedverwanten in de eerste graad in opgaande of neergaande lijn met wie de aanvrager samenwoont. Als het inkomen hoger is dan de bedragen van het leefloon, kan het OCMW DMH toekennen, maar het remgeld voor ambulante zorg kan worden ten laste gelegd van de gerechtigde op DMH.

- **Zorg nodig hebben (attest van dringende medische hulp (ADMH)):** Sommige OCMW vragen een ADMH om de DMH-aanvraag te bevestigen voordat het een sociaal onderzoek start. Dit ADMH moet worden opgesteld door een arts die de noodzaak aan zorg verantwoordt voor de persoon die DMH aanvraagt. Bij dit eerste ADMH voor de aanvraag van DMH, is het aan te raden om een ADMH op te stellen dat een jaar geldig is en daarin de verschillende (noodzakelijke) zorgverstrekkingen aan te kruisen. Wanneer een DMH-aanvraag zonder ADMH wordt ingediend kan het OCMW een sociaal onderzoek uitvoeren en een 'principeakkoord' geven dat geactiveerd wordt zodra de betrokkene zorg nodig heeft en de arts een ADMH bezorgt aan het OCMW.



Online een DMH-aanvraag indienen op de website van de POD Maatschappelijke integratie (voor alle OCMW's in België): zie [hier](#).

In het repertorium van deze Focus vind je de contactlijst van de Brusselse OCMW's.

Er zijn verschillende modellen van attesten voor dringende medische hulp (ADMH). Het ADMH-model dat door de Federatie van Brusselse OCMW's is ontwikkeld, wordt door alle Brusselse OCMW's aanvaard: zie [hier](#).

Voor meer informatie over het sociaal onderzoek (en de facturatie van de zorg) in het kader van DMH stelt de POD MI de OCMW's een gedetailleerde gids ter beschikking Informatiedocument. De medische bewijsstukken: zie [hier](#).

Via DMH gedekte zorg

In het algemeen vallen de volgende zorgen onder DMH:

- Preventieve en curatieve zorg die door een zorgverlener met een RIZIV-nummer ambulant wordt verleend in een zorgdienst of -instelling
- Ziekenhuisopname in algemene of psychiatrische ziekenhuizen, inclusief de spoeddienst
- Zorg die continuïteit van zorg garandeert om de patiënt en de volksgezondheid te beschermen in het geval van een besmettelijke ziekte.
- Geneesmiddelen (behalve geneesmiddelen van lijst D)

De RIZIV-nomenclatuur dient als referentiekader voor de terugbetaling van deze zorgen, maar DMH is niet uitsluitend tot deze nomenclatuur beperkt. Voor zorg 'buiten de RIZIV-nomenclatuur' die niet gedekt wordt door DMH, kan het OCMW beslissen om deze uit eigen middelen te betalen.

Hoe weet je wat wordt terugbetaald door het RIZIV?

- Zoek op software van zorgverleners (Medispring, HealthOne, enz.)
- Zoek in de lijst met de categorieën van door het RIZIV vergoedbare farmaceutische specialiteiten: [hier](#).
- Zoek op nomenclatuurcode of trefwoord op Nomensoft: [hier](#).
- Raadpleeg de lijst met zorgverstrekkingen met een RIZIV-nomenclatuur: [hier](#) of [hier](#).

Bij alle ten laste genomen zorg, moet een attest voor dringende medische hulp (ADMH) worden opgesteld. Dit ADMH verantwoordt de terugbetaling van de zorg door de POD Maatschappelijke integratie via het OCMW of via het elektronische facturatiesysteem MediPrima (zie p. 29-30 voor meer informatie over MediPrima).

Specifieke zorg en verstrekkingen

Psychologische opvolging

De verstrekkingen van **eerstelijnspsychologen (ELP)** hebben een RIZIV-pseudocode en zijn daarom ook toegankelijk voor gerechtigden op DMH. De eerstelijnspsycholoog kan deze consultaties rechtstreeks factureren aan het betrokken OCMW, die dan terugbetaling aanvraagt bij de POD Maatschappelijke Integratie. Bij de factuur moet een specifiek ADMH zijn gevoegd dat is opgesteld door een arts en waarin de noodzaak van paramedische/psychologische zorg wordt vermeld.



Voor meer informatie over geestelijke gezondheidszorg, onder meer over eerstelijnspsychologen: zie de Focus geestelijke gezondheid [hier](#).



Voor meer informatie over toegang tot geestelijke gezondheidszorg afhankelijk van verblijfsstatus:

Toolbox geestelijke gezondheid van Dokters van de wereld : [hier](#).

Vrijwillige zwangerschapsafbreking (abortus) & DMH

Vrijwillige zwangerschapsafbreking (abortus) is legaal, toegankelijk en gereguleerd in België. Iedereen die zwanger is, ongeacht haar administratieve of verzekeringssituatie, kan er binnen de wettelijke termijn (tot 12 weken zwangerschap – 14 weken amenorroe) gebruik van maken. Dit recht geldt ook voor vrouwen zonder ziektekostenverzekering, zonder verblijfstitel of in een precare situatie.

Hoewel abortus een recht is, kunnen de administratieve stappen die nodig zijn om de ingreep te regelen, in de praktijk de toegang tot de zorg binnen de wettelijke termijn bemoeilijken. Het is dus belangrijk om snel te handelen om te voorkomen dat de termijn wordt overschreden.

Praktische stappen voor professionals

- 1. Controleer of de betrokkene al een tenlasteneming van DMH heeft van een OCMW.** Als er nog een DMH-aanvraag moet worden ingediend, is het raadzaam zo snel mogelijk contact op te nemen met het OCMW van de gemeente waar de betrokkene woont of gewoonlijk aanwezig is. Leg uit dat het om een hulpaanvraag voor dringende zorg gaat.
- 2. Verwijs de betrokkene naar een erkend centrum voor gezinsplanning dat abortus uitvoert:** de meeste van deze centra zijn het gewoon om met complexe situaties om te gaan en kunnen helpen met de administratieve formaliteiten.

- 3. Start onmiddellijk de procedure op bij het OCMW of zet die verder:** dien samen met het centrum voor gezinsplanning of een sociale dienst een DMH-aanvraag in voor volledige tenlasteneming.

In sommige centra voor gezinsplanning worden de kosten van de procedure beperkt tot € 200 als de patiënt geen ziektekostenverzekering heeft en geen gebruik kan of wil maken van DMH. Dit maximum biedt een financieel vangnet voor de betrokkene wanneer de DMH niet op tijd kan worden geactiveerd. Sommige centra kunnen een beroep doen op een solidariteitsfonds in geval van hoogdringendheid of administratieve problemen.

Bepaalde gerelateerde kosten worden niet gedekt door het RIZIV en dus ook niet automatisch door DMH of Fedasil (laboratoriumtests, bepaalde anticonceptiemiddelen na de ingreep, enz.) .

Farmaceutische kosten

Geneesmiddelen met een RIZIV-nomenclatuur kunnen worden vergoed voor een DMH-gerechtigde. Daartoe is een voorschrift van de arts en een ADMH vereist.

In het Brussels Gewest hebben de OCMW's zich ertoe verbonden om bepaalde geneesmiddelen van de lijst D uit eigen middelen te betalen. Voor de meeste van deze geneesmiddelen is geen medisch voorschrift nodig, maar doorgaans vraagt het OCMW wel een voorschrift om ze te kunnen vergoeden. De Brusselse OCMW Federatie werkt deze lijst van de geneesmiddelen D regelmatig bij (zie kader hieronder).

OCMW's kunnen gerechtigden op DMH een financiële bijdrage van € 1 of € 2 per doosje geneesmiddelen vragen. Als de gerechtigde op DMH niet in staat is om financieel bij te dragen aan de kosten van de medicatie, is het meestal mogelijk om het betrokken OCMW te vragen om de geneesmiddelen volledig te betalen.

Lijst van geneesmiddelen die worden vergoed door het RIZIV en dus worden vergoed in het kader van DMH: [hier](#).

Geneesmiddelen van lijst D waarvoor de Brusselse OCMW's zich ertoe verbinden ze met eigen middelen te betalen voor patiënten met medische hulp van het OCMW (met een voorschrift): [hier](#).

Medisch materiaal

Bepaalde medische hulpmiddelen kunnen worden vergoed, op voorwaarde dat ze zijn opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur, noodzakelijk zijn en zijn voorgeschreven door een arts. Voor medisch materiaal dat niet onder de RIZIV-nomenclatuur valt, kan een specifieke aanvraag worden ingediend bij het OCMW met een ADMH dat is ingevuld door een arts. Over het algemeen moet de betrokkene een prijsopgave bezorgen voor het materiaal (bijvoorbeeld een bril).

Facturatie van zorg in het kader van DMH

Het beheer van de ADMH en de facturen hangt af van de werking van het betrokken OCMW. Over het algemeen **sluiten de OCMW's overeenkomsten of erkenningen**

af met de zorgverleners, zorgdiensten en zorginstellingen op hun grondgebied om de tarieven en de werking van de zorgfacturatie te verduidelijken. Een zorgverlener **mag akkoorden sluiten met meerdere OCMW's**.

Als een zorgverlener nog geen overeenkomst heeft met een OCMW en zorg wil verlenen aan een gerechtigde op DMH, is het raadzaam om contact op te nemen met het betrokken OCMW. Doorgaans kan een OCMW niet weigeren om zorg ten laste te nemen die wordt verstrekt door een zorgverlener met een RIZIV-nummer die (nog) geen overeenkomst heeft met het OCMW, zolang de zorgverlener de door het RIZIV vastgelegde conventietarieven toepast. Bijvoorbeeld:

- Het is mogelijk om bij verhuizing naar een andere gemeente (en dus een ander bevoegd OCMW) dezelfde huisarts te behouden, zelfs als de huisarts buiten het bevoegdheidsgebied van het OCMW is gevestigd.
- Bij zorg in het ziekenhuis staat het OCMW over het algemeen toe dat de betrokkene naar het ziekenhuis gaat dat zich op het grondgebied van de gemeente bevindt en/of deel uitmaakt van het Iris-netwerk (het repertorium van deze Focus bevat de lijst van de ziekenhuizen in het Iris-netwerk). Het ziekenhuisnetwerk Iris heeft een overeenkomst met de OCMW's van het Brussels Gewest over het facturatiebeheer van de zorg voor patiënten die steun krijgen van een OCMW. Het is echter mogelijk om te vragen om behandeld te worden in een ziekenhuis buiten het Iris-netwerk als het nodig is om een dienst of zorgverlener met een specifieke specialiteit te raadplegen.

Over het algemeen moet dit specifiek worden gemeld aan het OCMW, zodat het de facturatie van dit ziekenhuis via MediPrima kan toestaan (op voorwaarde dat de zorg wordt gefactureerd tegen de conventietarieven of dat de gerechtigde op DMH het honorariumverschil zelf betaalt). Als de zorg via het MediPrima-platform wordt gefactureerd, moet de zorgverlener het ADMH bijhouden en kan hij de zorg elektronisch factureren. Hij hoeft dan niet via het OCMW te factureren (maar de gerechtigde op DMH moet nog steeds langs het OCMW om het recht op DMH te openen).

Voor zorg 'buiten de RIZIV-nomenclatuur' die niet gedekt wordt door DMH, kan het OCMW beslissen om deze uit eigen middelen te betalen. Ook hier hangt de procedure voor een aanvraag van tenlasteneming van zorg zonder RIZIV-nomenclatuur af van het OCMW, maar over het algemeen is er een specifiek ADMH nodig, dat is opgesteld door een arts. Dit kan soms even duren, omdat de aanvraag moet worden voorgelegd aan het bijzonder comité van het OCMW, dat 1 tot 4 keer per maand bijeenkomt.



Model ADMH ontwikkelt door de Brusselse OCMW Federatie, aanvaard door alle Brusselse OCMW's: zie [hier](#).

Gids om beroep in te stellen tegen een negatieve beslissing van het OCMW (enkel in het Fr): [hier](#).

Gedetailleerde handleiding die de dekking en facturatie van gezondheidszorg analyseert in het kader van DMH - POD Maatschappelijke integratie: [hier](#).

Als het OCMW weigert om zorg ten laste te nemen die noodzakelijk wordt geacht door de voorschrijvende arts (zoals bijvoorbeeld tandprothesen), kan de betrokkene de beslissing aanvechten voor de Arbeidsrechtbank binnen 3 maanden na de weigering. Soms veroordeelt de rechtbank het OCMW tot tenlasteneming van deze zorg. Dit wordt per geval bekeken en het OCMW kan dan de kosten terugvragen aan de POD Maatschappelijke integratie.

Facturatie voor zorg in het kader van DMH via MediPrima

Het IT-platform MediPrima is een centrale database met alle beslissingen over de tenlasteneming van medische zorg door de OCMW's. Deze informatie is beschikbaar vanaf het moment dat de gerechtigde op DMH zich registreert tot de terugbetaling van de zorgverleners door de HZIV (voor rekening van de POD MI en de OCMW's). Het platform werd dus opgezet om het werk van de verschillende betrokken actoren, namelijk de OCMW's en de zorgverleners, te vergemakkelijken:

- De OCMW's registreren en raadplegen beslissingen over gerechtigden op DMH;
- De zorgverleners factureren hun diensten elektronisch en krijgen informatie over hun terugbetalingen via hun facturatiesoftware waarin MediPrima is geïntegreerd;
- De HZIV betaalt voor rekening van de POD MI de verschillende zorgverleners volgens de RIZIV- tarieven.

Sinds 2014 is MediPrima geïntegreerd in de facturatiesoftware die door zorginstellingen wordt gebruikt. In principe wordt alle ziekenhuiszorg gefactureerd via MediPrima.

Sinds 1 november 2025 is MediPrima geïntegreerd in alle facturatiesoftware voor huisartsen en zijn alle huisartsen verplicht om via MediPrima te factureren.

Zorgverleners die factureren via MediPrima bezorgen de ADMH niet langer aan het OCMW, maar moeten ze bewaren voor alle zorg die via dit systeem wordt gefactureerd.

Uitzonderingen op de verplichting voor huisartsen om via MediPrima te factureren

Er zijn uitzonderingen op de verplichting om elektronisch te factureren:

- facturatie is technisch niet mogelijk omdat ze buiten de praktijk plaatsvindt;
- in geval van overmacht;
- de huisarts heeft op 1 januari 2023 de leeftijd van 67 jaar bereikt.

In die gevallen mag de arts de factuur en het ADMH naar het bevoegde OCMW sturen. De arts moet dit schriftelijk verantwoorden bij het OCMW, op basis van een van deze wettelijke uitzonderingen op elektronische facturatie.

Overigens vallen huisartsen in een wachtpost die factureren met het RIZIV-nummer en de software van de wachtpost (nog) niet onder de verplichting om via MediPrima te factureren. Zij kunnen de zorg dus aan het OCMW blijven factureren. Huisartsen die werken in **wijkgezondheidscentra die werken met een forfaitair betalingssysteem** en die een vergoeding vragen “per prestatie” voor DMH-gerechtigden, mogen ook blijven factureren via het OCMW, tenzij de software hen toelaat om met hun eigen RIZIV-nummer een vergoeding

“per prestatie” te factureren via MediPrima.

De federale overheid is van plan om MediPrima in de nabije toekomst te integreren in de facturatiesoftware van apothekers. Daarna is het de bedoeling dat de andere categorieën zorgverleners met een RIZIV-nummer in MediPrima worden opgenomen.

Bij (technische) problemen met de facturatie-/MediPrima-software kan contact worden opgenomen met de supportafdeling van de gebruikte software.

Bij een probleem met de registratie van de DMH-patiënt in het MediPrima-systeem kan contact worden opgenomen met het bevoegde OCMW. Je vindt de contactgegevens van de betreffende diensten in het repertorium van deze Focus.



E-learning over MediPrima - POD MI:

FR: [hier](#) | NL: [hier](#)

Didactische tool MediPrima - POD MI: [hier](#)

(PPT FR: [hier](#) | NL: [hier](#))

"FAQ" RIZIV - Verplichte elektronische facturatie:

FR: [hier](#) | NL: [hier](#)

Bij een probleem met facturatie kan je contact opnemen met de HZIV

FR: [hier](#) | NL: [hier](#)

mediprima@caami-hziv.fgov.be

FR: 02/229.34.33 | NL: 02/229.34.34

Praktische stappen voor professionals

1. DMH-aanvraag indienen

- Indienen bij het OCMW van de woonplaats of gebruikelijke verblijfplaats van de persoon:
 - › Ter plaatse gaan tijdens de openingsuren (zie contactgegevens van de OCMW's in het repertorium bij deze Focus)
 - › Afhankelijk van het OCMW is het mogelijk om een aanvraag per e-mail of telefonisch in te dienen. Raadpleeg voor de specifieke voorwaarden een plaatselijk repertorium van OCMW's (bv. Brussels repertorium, Medimmigrant).
 - › Via de POD MI kan ook online een hulpaanvraag worden ingediend (ook voor DMH). De aanvraag wordt automatisch verstuurd naar het bevoegde OCMW en er wordt een ontvangstbevestiging gestuurd naar het e-mailadres dat in de aanvraag is opgegeven: [hier](#).
 - › Het is belangrijk om een ontvangstbevestiging te vragen met de datum van indiening. Deze bevestiging dient als bewijs dat de aanvraag is ingediend en maakt het mogelijk beroep aan te tekenen bij weigering of als er na de wettelijke termijn van 30 dagen geen antwoord is ontvangen. Met de bevestiging kan ook de terugbetaling van de zorg worden verantwoord, voordat het OCMW een beslissing heeft genomen over de aanvraag.
- Als er dringende zorg nodig is, meld dit dan aan het OCMW bij het indienen van de aanvraag.
- Over het algemeen wordt bij het indienen van de aanvraag of tijdens het sociaal onderzoek ook een ADMH gevraagd, dat is ingevuld door een arts.

In het sociaal onderzoek controleert het OCMW dan:

- Zijn territoriale bevoegdheid
- De verblijfssituatie, behoeftigheid en verzekeraarbaarheid van de betrokkene

2. Beslissing van het OCMW

- Het OCMW heeft volgens de wet 30 dagen de tijd vanaf de aanvraagdatum om een beslissing te nemen. Het is echter soms moeilijk voor het OCMW om deze termijn na te leven.
- De beslissing wordt na deze 30 dagen, binnen de 8 dagen per aangetekende post bezorgd of persoonlijk overhandigd.
- Als het OCMW niet bevoegd is, moet het de aanvraag binnen 5 dagen doorsturen naar het OCMW dat het bevoegd acht. Zolang de aanvraag niet is doorgestuurd blijft het oorspronkelijke OCMW verantwoordelijk voor de hulp (artikel 18 RMI-wet). Als de betrokkene verhuist naar een andere gemeente en dus een nieuwe aanvraag moet indienen bij het OCMW van de nieuwe gemeente, blijft het oude OCMW bevoegd tot het nieuwe OCMW een beslissing heeft genomen.
- Als er dringende zorg nodig is, moet dit zo snel mogelijk aan het OCMW worden gemeld. Het OCMW kan zorg met terugwerkende kracht ten laste nemen
 - › tot 45 dagen voor ambulante zorg
 - › tot 60 dagen voor zorg in een ziekenhuis en bij huisartsen die met MediPrima factureren.

3. Consultatie bij de zorgverlener

- Er wordt zorg verleend
- De tenlasteneming wordt gecontroleerd:
 - › Ofwel via een document van het OCMW (DMH/ medische kaart, requisitorium, bon, enz.)
 - › Ofwel via MediPrima (elektronische facturatie, momenteel beschikbaar voor huisartsenconsulten en zorg in het ziekenhuis)
- Er wordt een Attest Dringende Medische Hulp (ADMH) opgesteld:
 - › Het moet opgesteld zijn door een arts (huisarts of specialist).
 - › De wet vereist geen standaardmodel, maar bepaalde vermeldingen zijn wel verplicht. Over het algemeen vraagt het OCMW om een standaardmodel te gebruiken.



*Er zijn verschillende modellen **van het attest van dringende medische hulp (ADMH)**. Het model van ADMH dat door de Federatie van Brusselse OCMW's is ontwikkeld, wordt door alle Brusselse OCMW's aanvaard: zie [hier](#).*

Verplichte vermeldingen op het ADMH:

- Volledige identificatie van de betrokken persoon
- Datum van de consultatie
- Type en aantal zorgverstrekkingen/ ingrepen (consultatie, zorg, afgeleverde geneesmiddelen, enz.)
- Identificatie en handtekening van de zorgverlener
- Opstellingsdatum van het document

4. Mogelijke modaliteiten van tenlasteneming door het OCMW:

Zodra de aanvraag is aanvaard, kan de tenlasteneming op verschillende manieren gebeuren.

- Afhankelijk van het OCMW kan de keuze van de zorgverlener vrij zijn of worden opgelegd op basis van een lijst van door het OCMW erkende zorgverleners. Het is altijd mogelijk om het OCMW te vragen om van zorgverlener te veranderen, zolang de zorgverlener een RIZIV-nummer heeft en de conventietarieven toepast.
- Afhankelijk van het OCMW kunnen verschillende vormen van dekking worden gebruikt:

Requisitorium	Enmalige overeenkomst op naam voor een specifieke verstrekking of specifieke zorg. Over het algemeen wordt het requisitorium in het kader van DMH gebruikt voor raadplegingen van specialisten of medische hulp die gedekt wordt door de eigen middelen van het OCMW (zonder RIZIV-nomenclatuur)	
Individuele DMH/ medische kaart	Recht op toegang tot een reeks behandelingen gedurende een bepaalde periode (variabele duur afhankelijk van het OCMW, tot 1 jaar, over het algemeen dekt deze "kaart" alle zorgverstrekkingen die in de RIZIV-nomenclatuur staan)	• Kan DMH dekken, maar wordt over het algemeen ook gebruikt voor sociale medische hulp voor andere doelgroepen • Steeds meer gebruikt door OCMW's • Hoeft niet bij elke behandelingsperiode te worden vernieuwd
Aankoopbon	Over het algemeen voor materiaal (bril, medisch materiaal, incontinentiemateriaal, enz.)	• Medisch voorschrift vereist • Vaak worden prijsopgaves gevraagd



Meer info:

- *Dokters van de wereld*: zie [hier](#).
- *Droits Quotidiens*: zie [hier](#).
- *Medimmigrant*: zie [hier](#).

4. BIJZONDERE SITUATIES

9TER

Op grond van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 kan iemand die in België verblijft een machtiging tot verblijf aanvragen

- als hij of zij op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit,
- of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij of zij verblijft.

Een **aanvraag voor medische regularisatie** bij de Dienst Vreemdelingenzaken (DZV) bestaat uit 2 delen: eerst de analyse van de ontvankelijkheid en vervolgens een onderzoek van de gegrondheid van het dossier.

- Als DVZ de aanvraag ontvankelijk verklaart, heeft de betrokkene recht op een tijdelijke verblijfstitel (een oranje kaart of een attest van immatriculatie), die wordt verlengd tot er een beslissing is genomen over de grond van de aanvraag. In dat geval kan de persoon via het OCMW van de gemeente waar hij/zij woont financiële sociale bijstand krijgen die gelijkwaardig is aan het leefloon, tot er een beslissing is genomen over de grond van de aanvraag. Een oranje kaart alleen is niet voldoende om een recht op een ziekteverzekering te openen. De betrokkene kan echter worden ingeschreven als persoon ten laste als hij of zij aan bepaalde voorwaarden voldoet, zoals samenwonen met of verwant zijn aan iemand die als gerechtigde is ingeschreven bij de ziekteverzekering.

- Het komt ook vaak voor dat DVZ het tweedelig onderzoek (ontvankelijkheid en gegrondheid van de aanvraag) tegelijk analyseert en het dossier in één enkele beslissing "ontvankelijk maar ongegrond" verklaart. In dit geval verandert de verblijfsstatus van de betrokkene niet en worden er geen bijkomende rechten toegekend tijdens de procedure.

In beide gevallen verloopt de toegang tot zorg via DMH als de betrokkene op het tijdstip van de aanvraag geen verblijfstitel op een andere basis heeft.

Het medisch getuigschrift speelt een cruciale rol in de regularisatie op grond van artikel 9ter. Als iemand voldoet aan de bovenstaande definitie, is het belangrijk om hem of haar door te verwijzen naar een organisatie die gespecialiseerd is in vreemdelingenrecht en/of naar een advocaat om de mogelijkheid te bespreken om een 9ter-dossier in te dienen. Als deze optie wordt overwogen, is een nauwe samenwerking tussen de juridische dienst en/of de advocaat en de huisarts en/of specialisten nodig om het standaard medisch getuigschrift op te stellen.

Om ervoor te zorgen dat het dossier van de hoogst mogelijke kwaliteit is, moet alle nuttige en recente informatie over de ziekte, en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de behandeling in het land van herkomst ook aan de advocaat van de betrokkene worden meegedeeld.

Het model van medisch getuigschrift van de Dienst Vreemdelingenzaken moet worden gebruikt (zie onderstaand kader). Het moet minder dan 3 maanden oud zijn op het tijdstip van de aanvraag.

Bij twijfel of het wenselijk is om een regularisatie op medische gronden aan te vragen, is het belangrijk om het medische getuigschrift in te vullen en de betrokkene door te verwijzen naar een gespecialiseerde dienst. Het ingevulde getuigschrift wordt aan de betrokkene bezorgd. Hij of zij geeft het dan door aan de professionals die helpen bij het indienen van de aanvraag.



Meer info:

- Medisch getuigschrift van de Dienst Vreemdelingenzaken: zie [hier](#).
- Hulp bij het invullen van deze aanvraag (in Fr): zie [ADDE](#).
- Algemene informatie over het indienen van een 9ter-aanvraag: [Medimmigrant](#)
- Informatie over de procedure (in NL): zie [vreemdelingenrecht.be](#).
- Vind in het repertorium van deze Focus een lijst met juridische begeleidingsdiensten.

MENSEN IN ADMINISTRATIEVE DETENTIECENTRA (GESLOTEN CENTRA)

Mensen die niet gemachtigd zijn om in België te verblijven, kunnen wettelijk worden vastgehouden in een administratief detentiecentrum. Het kan gaan om:

- Mensen zonder papieren die een bevel hebben ontvangen om het grondgebied te verlaten (BGV).
- Mensen die een verzoek om internationale bescherming hebben ingediend in een ander Europees land of aan de grens.
- Mensen die bij controles aan de grens worden teruggestuurd als er twijfel is.

Gedetineerden hebben recht op individuele medische, psychologische, sociale en juridische bijstand.

De MOVE-coalitie (Caritas, JRS, Ciré en Vluchtelingenwerk) is momenteel één van de weinige externe teams die regelmatig mensen in administratieve detentie bezoekt. In samenwerking met Artsen zonder Grenzen (AZG) heeft de coalitie ook een groep vrijwillige artsen opgericht, die in bepaalde procedures tussenkomen om medische verslagen op te stellen, vaststellingen te doen of attesten op te maken in verband met regularisatieaanvragen (9ter), en eventueel een tweede advies te geven.

Toegang tot gezondheidszorg

Administratieve detentiecentra moeten beschikken over een medische dienst die op werkdagen toegankelijk is op de uren die vermeld zijn in hun huishoudelijk reglement en die permanent beschikbaar is in noodgevallen.

Deze medische dienst moet informatie bijhouden over de geneesmiddelen die aan de bewoners worden toegediend en over de voorgeschreven behandelingen.

Gedetineerden hebben recht op medische en psychologische opvolging door de sociale dienst van het centrum.

Voor aanvullende onderzoeken kunnen gedetineerden naar medische instellingen buiten het centrum worden gebracht.

Ze kunnen ook vragen om een zorgprofessional van hun keuze van buiten het centrum te raadplegen en hebben op verzoek toegang tot een deel van hun medisch dossier.

Externe artsen

Gedetineerden kunnen een beroep doen op de externe arts van hun keuze. Die moet naar het administratieve detentiecentrum komen en aan de directeur toestemming vragen om de patiënt in het centrum te zien. Het bezoek kan alleen worden geweigerd om één van de volgende drie redenen:

- Afwezigheid van een legitiem belang, gevaar voor de openbare orde;
- Gevaar voor de morele integriteit van de betrokkene;
- Gevaar voor de fysieke integriteit van de betrokkene (art. 37 A.R. 2002: zie [hier](#)).

⚠ Als de externe arts niet wordt toegelaten, kan de betrokkene een klacht indienen.

Goed om te weten :

- De kosten voor een bezoek van een externe arts (verplaatsingskosten, consultatiekosten, enz.) en de kosten voor de voorgeschreven geneesmiddelen en/of behandeling zijn voor rekening van de gedetineerde. Een medische consultatie door een externe arts is daarom financieel moeilijk te regelen.
- De externe arts moet toegang hebben tot het medisch dossier van de betrokkene dat wordt bijgehouden door de medische dienst van het centrum (art. 60 A.R. 2002 : [hier](#)).
- De externe arts moet de voorgeschreven behandeling meedelen aan de arts die verbonden is aan het centrum, om een goede opvolging te garanderen. Als de twee artsen het niet eens zijn over de behandeling, wordt het geschil ter arbitrage voorgelegd aan een derde arts die wordt aangewezen door de directeur-generaal van DVZ (art. 53 A.R. 2002).

Toegang tot een sociale en juridische dienst

Gedetineerden kunnen sociale en juridische steun krijgen van de bezoekers van de MOVE-coalitie, die wekelijks naar de centra gaan.

Gedetineerden hebben het recht om elke dag tussen 8.00 en 22.00 uur gratis te bellen met hun advocaat (behalve tijdens etenstijden). Ze kunnen beroep aantekenen om hun detentie te betwisten.

Als een gedetineerde een klacht wil indienen tegen een schending van zijn rechten, kan hij of zij de sociale dienst van het centrum vragen om contact op te nemen met de directeur van het centrum.



Meer info:

*Belgische administratieve detentiecentra -
Praktische informatiefiches Association
pour le droit des étrangers (ADDE): zie [hier](#).*

*Machtiging tot verblijf om medische redenen
(art. 9ter) - Medimmigrant: zie [hier](#).*

MENSEN IN DE GEVANGENIS

België heeft de internationale “Mandela Rules” ondertekend, die drie belangrijke principes bepalen voor gezondheidszorg in gevangenissen: gelijkwaardigheid van de zorg voor gevangenen aan de zorg die in de maatschappij wordt verstrekt, continuïteit van de zorg en onafhankelijkheid van de zorgverleners.

Gevangenen moeten recht hebben op dezelfde gezondheidszorg als in de vrije maatschappij. Gezondheidszorg wordt intern verleend: in de gevangenissen werken verpleegkundigen, artsen, psychiaters, psychologen, tandartsen en kinesitherapeuten.

Verzekeringssituatie

Gedetineerden en geïnterneerden zijn aangesloten bij de verplichte verzekering via een ziekenfonds. Deze aansluiting bij een ziekenfonds dekt de zorg die ze nodig hebben als hen tijdens de detentie een uitgaansvergunning of penitentiair verlof wordt toegestaan. Daarnaast krijgen gedetineerden vanaf hun eerste dag in de gevangenis recht op het statuut van de ‘verhoogde tegemoetkoming’.

Er zijn twee mogelijke situaties:

- De betrokkene was aangesloten vóór zijn detentie:
 - › Hij of zij blijft tijdens de detentieperiode aangesloten bij hetzelfde ziekenfonds.
 - › Hij of zij kan op elk moment vragen om van ziekenfonds te veranderen.
- De betrokkene was niet aangesloten op het moment van zijn detentie:

- Hij of zij is automatisch aangesloten bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV).
- Hij of zij kan zich later naar keuze aansluiten bij een vrij ziekenfonds. (Uitzondering: mensen met een buitenlandse nationaliteit die niet gemachtigd zijn om langer dan 3 maanden in België te verblijven, blijven aangesloten bij de HZIV tot ze worden vrijgelaten, zonder mogelijkheid van verandering tijdens hun detentie).

⚠ Indien de gedetineerde of geïnterneerde met deze specifieke hoedanigheid van gedetineerde de buitenlandse nationaliteit heeft en niet toegelaten of gemachtigd is om langer dan drie maanden in België te verblijven, mag hij geen gezinslid ten laste nemen.

Tenlasteneming van de zorg

- Zorg binnen de gevangenis: verleend door de interne medische diensten. Deze zorg wordt momenteel georganiseerd en gefinancierd door de FOD Justitie.
- Zorg buiten de gevangenis (consultaties, ziekenhuisopname):
 - › In het kader van uitgaansvergunningen of penitentiair verlof: vergoed door het RIZIV volgens de regels van de verplichte verzekering.
 - › In het kader van een medische extractie: georganiseerd en gefinancierd door de FOD Justitie.

Zorg buiten het ziekenhuis (tijdens uitgaansvergunning of penitentiair verlof) wordt vergoed door het RIZIV, op voorwaarde dat de zorg wordt verleend door een geconventioneerde zorgverlener en wordt vergoed door de verplichte verzekering.

Vroeger moest aan mensen die de gevangenis tijdelijk mochten verlaten (uitgaansvergunning, penitentiair verlof of beperkte detentie) een “detentieattest” of “betalingsverbintenis ziekenfonds” worden meegegeven om aan de externe zorgverlener te overhandigen. Daardoor hoefden ze het remgeld niet te betalen en kon de zorgverlener aan het RIZIV factureren. Dit attest wordt nu nog gebruikt, hoewel het niet langer nodig is, omdat externe professionals nu via de IT-platforms toegang hebben tot de informatie over het statuut van de verhoogde tegemoetkoming van de persoon.

Financiële bijdrage

Het ziekenfonds probeert eerst de verzekeraar van de gedetineerde of geïnterneerde in orde te brengen volgens de algemene regels. Als dit niet mogelijk is, verzekert het ziekenfonds hem of haar als gedetineerde gerechtigde. De gedetineerde betaalt dan geen bijdragen.

Voor zorg die buiten de gevangenis wordt verleend aan gedetineerden of geïnterneerden (tijdens uitgaansvergunningen of penitentiair verlof) factureert de zorgverlener of instelling rechtstreeks aan het ziekenfonds van de patiënt, inclusief het aandeel dat ten laste is van de patiënt (remgeld).

Bij een ziekenhuisopname mag geen supplement worden gefactureerd, noch voor de kamer, noch voor honoraria.

Vrijlating uit gevangenis

Voor iedereen die bij vrijlating onder het verplichte ziekteverzekeringsstelsel valt, loopt de aansluiting bij het ziekenfonds tot het einde van het jaar waarin ze uit de gevangenis zijn vrijgelaten. De betrokkene moet dan de nodige stappen ondernemen om zich opnieuw aan te sluiten.

Voor mensen die niet onder het verplichte ziekteverzekeringsstelsel vallen omdat ze onder de verantwoordelijkheid van andere instellingen vallen (d.w.z. mensen zonder papieren, asielzoekers, Europese of NAVO-ambtenaren, enz.), eindigt de aansluiting bij het ziekenfonds bij de vrijlating uit de gevangenis. Zij moeten dan andere vormen van terugbetaling zoeken, bijvoorbeeld een aanvraag voor dringende medische hulp indienen bij het OCMW van de gewoonlijke verblijfplaats (wat een tijdje kan duren) voor mensen zonder papieren, of een rechtstreekse terugbetaling van de zorgkosten door de verantwoordelijke instelling (FEDASIL, NAVO, enz.).

SITUATIE	STELSEL	BEVOEGDE INSTELLING
De betrokkene was vóór zijn detentie aangesloten bij een ziekenfonds	Behoud van de rechten in de invaliditeitsverzekering van het ziekenfonds	Betrokken ziekenfonds
De betrokkene was bij zijn detentie niet aangesloten bij een ziekenfonds	Automatische aansluiting bij de HZIV tijdens de detentie	HZIV
De betrokkene heeft geen papieren	Ontvangt tijdens de detentie zorg via de HZIV (geen DMH in de gevangenis) zonder mogelijkheid om over te stappen naar een ziekenfonds	HZIV
Bij vrijlating uit de gevangenis	Einde automatische aansluiting; heraansluiting vereist of doorverwijzing naar OCMW	Ziekenfonds of OCMW

Bijzondere situaties

- Ernstig zieke gevangenen worden overgebracht naar het medisch-chirurgisch centrum in de gevangenis van Sint-Gillis, het medisch centrum in het penitentiair complex van Haren of Brugge, of de polikliniek in de gevangenis van Lantin, waar ze gespecialiseerde zorg krijgen. Als het nodig is, kunnen ze ook naar een ziekenhuis buiten de gevangenis worden overgebracht.
- In theorie krijgen ouderen aangepaste zorg. In de praktijk is er niets speciaals geregeld.
- Zwangere vrouwen en vrouwen die net bevallen zijn, hebben toegang tot grotere cellen, soms in een vleugel die enkel bestemd is voor moeders en baby's.
- Voor mensen met een lichamelijke beperking hebben de nieuwe gevangenis aangepaste cellen (PBM = personen met beperkte mobiliteit). De toegankelijkheid in oudere instellingen blijft echter problematisch: de deuropening van de cellen is soms te smal voor een rolstoel.
- Mannen met een verstandelijke beperking worden vaak in psychiatrische bijgebouwen geplaatst. Deze bijgebouwen bestaan niet in vrouwegevangenis, waar ook geen geschikte psychiatrische zorg aanwezig is.
- Gedetineerden moeten zorg krijgen die past bij hun gezondheidstoestand, maar gevangenis zijn hier niet altijd voor uitgerust. In de praktijk blijven veel geïnterneerden in de gevangenis in afwachting van overplaatsing naar een zorginstelling.
- In het kader van het proefproject eerstelijnspsychologen sluit het netwerk voor geestelijke gezondheidszorg BRUMENTA overeenkomsten met eerstelijnspsychologen in Haren. Deze psychologen kunnen zowel intramurale zorg verlenen als veroordeelde gedetineerden buiten de gevangenis opvolgen (uitgaansvergunning, penitentiair verlof, elektronisch toezicht en voorwaardelijke invrijheidsstelling).

Meer informatie in het FR over de
eerstelijnspsychologen van BRUMENTA: [hier](#).

NIET-BEGELEIDE MINDERJARIGE VREEMDELINGEN (NBMV)

Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV) zijn jongeren onder de 18 jaar die alleen (of zonder de aanwezigheid van een wettelijke vertegenwoordiger) in België aankomen. Vaak willen ze asiel aanvragen of zijn ze op de vlucht voor moeilijke levensomstandigheden zoals oorlog, vervolging, geweld of een onstabiele situatie in hun land van herkomst.

Erkenning van een NBMV

NBMV zijn bijzonder kwetsbaar voor misbruik, uitbuiting, mensenhandel en manipulatie door criminele netwerken. In België is er een beschermingssysteem dat begint met het melden van de jongere. Door deze melding worden een aantal regelingen in gang gezet die voordelig zijn voor de NBMV, zoals toegang tot een voogd, onderwijs, psychosociale en juridische begeleiding, specifieke opvang, hulp bij gezinshereniging, enz.

Door deze melding is de dienst Voogdij op de hoogte van de aanwezigheid op het grondgebied van een persoon die bescherming nodig heeft. De melding kan worden gedaan door de jongere zelf, door een particulier of door een organisatie door middel van een meldingsformulier dat naar de dienst Voogdij wordt gestuurd. Openbare diensten (bv.: OCMW, DVZ, gemeente, enz.) zijn wettelijk verplicht de aanwezigheid van een NBMV te melden.

De dienst Voogdij benoemt dan een volwassene als wettelijke voogd. Die heeft als taak om de minderjarige wettelijk te

vertegenwoordigen en ervoor te zorgen dat hij of zij toegang heeft tot fundamentele rechten (onderwijs, huisvesting, gezondheid, enz.).

Sommige NBMV die in België aanwezig zijn, melden zich niet bij de dienst Voogdij. Ze kiezen ervoor om onzichtbaar te blijven omwille van verschillende redenen: wantrouwen tegenover de autoriteiten, onjuiste informatie, angst voor deportatie of overbrenging naar een ander Europees land (Dublinprocedure), wens om hun migratietraject zonder beperkingen voort te zetten, enz.

Als een jongere twijfelt om zich te melden, kan contact worden opgenomen met de dienst Voogdij (officiële dienst) of met verschillende organisaties om informatie te vragen of om een afspraak te maken, die de tijd dan kan nemen om in de eigen taal van de jongere uit te leggen hoe dit in België werkt. Deze diensten werken alleen op vraag van de jongere en geven geen informatie door aan de autoriteiten, tenzij de jongere dit wenst.

Een "nog niet officieel geïdentificeerde NBMV" komt niet in aanmerking voor de rechten die aan het NBMV-statuuut zijn verbonden.



**Meer informatie in het FR over de
eerstelijnspsychologen van BRUMENTA:**
[zie hier.](#)

Toegang tot zorg voor NBMV

De toegang tot gezondheidszorg voor NBMV kan variëren afhankelijk van hun verblijfsstatus en de procedures die ze hebben gevolgd.

Aansluiting bij een ziekenfonds

Jongeren die door de dienst Voogdij worden erkend als NBMV kunnen worden aangesloten bij een ziekenfonds en gebruikmaken van de verplichte ziekteverzekering, op voorwaarde dat ze aan één van de volgende voorwaarden voldoen:

- Als ze ouder zijn dan 5 jaar: moeten NBMV sinds minstens drie opeenvolgende maanden naar een door een Belgische overheid erkende basisschool of middelbare school gaan
- Als ze jonger zijn dan 5 jaar: moeten NBMV aangemeld zijn bij een preventieve gezinsondersteunende dienst (ONE of Kind en Gezin) of ingeschreven zijn in een kleuterschool
- Ze zijn vrijgesteld van de leerplicht door de bevoegde gemeenschapsdienst (bijvoorbeeld bij ernstige ziekte)

Lidmaatschap van het ziekenfonds is mogelijk ongeacht het verblijfsstatuut, op voorwaarde dat de jongere een aangewezen voogd heeft en aan een van de bovenstaande voorwaarden voldoet.

Het is de aangewezen voogd die de NBMV aansluit bij de verplichte ziektekostenverzekering. De NBMV kan worden ingeschreven als gerechtigde of als ten laste van een aangeslotene. Er bestaat een inschrijvingsvolgorde die moet worden

gerespecteerd voor de aansluiting van NBMV bij de mutualiteit. Voor meer informatie kan het interessant zijn om contact op te nemen met organisaties die gespecialiseerd zijn in begeleiding van NBMV en die in het repertorium van deze Focus worden vermeld.

NBMV hebben recht op het statuut van verhoogde tegemoetkoming en hoeven geen bijdrage te betalen voor de verplichte verzekering. Ziekenfondsen vragen echter een bijdrage voor de verplichte aanvullende verzekering.

Tussenkomst van Fedasil

Fedasil neemt NBMV ten laste die internationale bescherming aanvragen (VIB) en beschikken over een code 207. Deze jongeren moeten ingeschreven zijn bij een ziekenfonds zodra ze voldoen aan de schoolvoorwaarden.

Nadat ze zijn aangesloten, wordt de zorg terugbetaald door het ziekenfonds en Fedasil neemt het remgeld ten laste. De NBMV of zijn/haar voogd moet hiertoe vooraf een requisitorium laten opstellen. **Meer informatie over de werking van de requisitoria van Fedasil vind je in het gedeelte over dit onderwerp in deze Focus.**

Tussenkomst van het OCMW

NBMV hebben recht op dringende medische hulp (DMH) van het OCMW als ze niet in een opvangcentrum verblijven, geen code 207 (Fedasil) hebben en niet aangesloten kunnen worden bij een ziekenfonds.

Het gaat dan bijvoorbeeld om:

- Jongeren die bij een familielid of vriend wonen die niet is gedekt door de verplichte ziekteverzekering en die dus niet als persoon ten laste of als gerechtigde kunnen worden ingeschreven bij een verzekeringsinstelling (bijvoorbeeld omdat ze geen schoolattest of een stabiel verblijfsrecht hebben);
- Jongeren die op straat of in kraakpanden leven;
- Jongeren die op hun 18e verjaardag geen bewijs van wettig verblijf hebben.

In dergelijke gevallen moet de voogd of begeleider Dringende Medische Hulp (DMH) aanvragen bij het bevoegde OCMW, om de noodzakelijke medische kosten te dekken.

Het OCMW is verplicht om de aanwezigheid van een NBMV aan te geven bij de dienst Voogdij.



Voor meer informatie over de criteria en het indienen van een DMH-aanvraag:
zie gedeelte over DMH van deze Focus.

- Controleer of de betrokkene is gehuisvest in een centrum (Fedasil, OCMW, NGO, enz.)
- Als de betrokkene geen wettig verblijf heeft (zonder papieren) of geen officiële tenlasteneming heeft: verwijst door naar een organisatie die gespecialiseerd is in de begeleiding van NBMV (zie het repertorium van hulpbronnen van deze Focus)



Voor meer informatie over terugbetaling van gezondheidszorg voor NBMV:

- Hulpbronnen - Platform kinderen op de vlucht: zie [hier](#).
- Richtlijnen van het RIZIV aan de verzekeringsinstellingen betreffende de ziekteverzekering voor NBMV: zie [hier](#).
- Toegang tot de verplichte ziekteverzekering voor NBMV ten laste genomen door Fedasil: zie mensen zonder papieren.

Aandachtspunten voor professionals

- Ga altijd na of er een voogd is aangesteld, want hij of zij is de wettelijke gesprekspartner. De NBMV zou dan aangesloten moeten zijn bij een ziekenfonds. Als dit niet het geval is, kan de voogd daarvoor zorgen

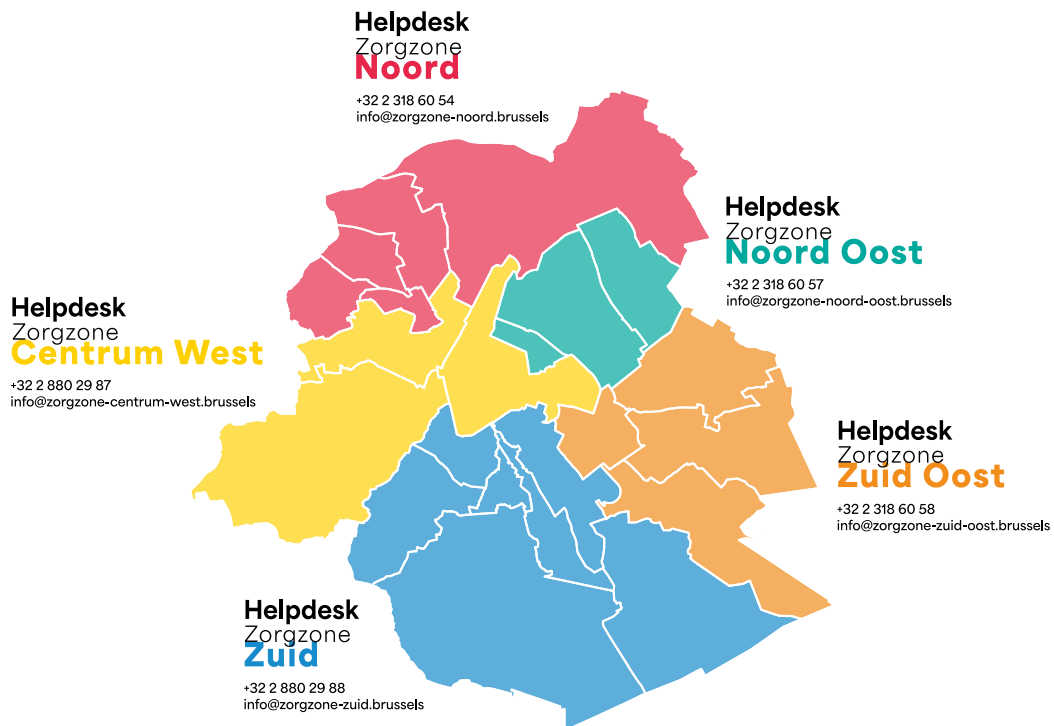
5. MEER INFORMATIE

[Psychologische ondersteuning voor mensen zonder klassieke ziektekostenverzekering in België.](#)

Bij het opstellen van deze Focus, hebben we ons gebaseerd op een reeks documenten.

- Dokters van de Wereld - [Toolbox Brussel](#) (in het Fr met een aantal documenten in het NI)
- [Toolbox Antwerpen](#) (opgepast sommige zaken zijn specifiek aan de situatie in Antwerpen)
- Website van [Medimmigrant](#)
- Website van [Fedasil](#)
- Website van [Droits quotidiens](#)
- Website van [CIRE](#) en [Vluchtelingenwerk Vlaanderen](#)

Er zijn tal van organisaties die dergelijk ondersteunend materiaal bieden. Deze lijst is uiteraard niet volledig.





BESCHIKBARE FOCUSSEN

- Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg
- Palliatieve zorg en levenseinde
- Hulpmiddelen voor een leven thuis
- Zorgsystemen voor diabetes type 2
- Geestelijke gezondheid: aanbod inzake ondersteuning en begeleiding
- Hulp aan huis voor mensen van 60 jaar en ouder
- Perinataliteit : zorg- en begeleidingsaanbod in Brussel



De focussen zijn gekoppeld aan repertoria, FAQ's en Focus Live (webinars).

→ Ga naar brusano.brussels



Collectief actie ondernemen om de welzijns- en gezondheidsorganisatie te veranderen.



Met de steun van de GGC
GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE