



POD | Maatschappelijke Integratie
SPP | Intégration Sociale

FOCUS

"Medische hulp: evolutie sinds 1999"

Nummer 9 - oktober 2014

1. Inleiding

De door de OCMW verstrekte hulp vertegenwoordigt het laatste opvangnet van de sociale bescherming. Deze laat de geholpen personen toe een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid.

Naast een klassieke financiële hulp die de personen in staat moet stellen om te voorzien in de dagelijkse behoeften zoals huisvesting, voedsel en kleding, heeft het OCMW de plicht om medische hulp (MH) aan de geholpen personen te waarborgen. Deze medische hulp moet ze toelaten een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid, of met andere woorden, moet ze toelaten hun fysische en psychische gezondheid te vrijwaren.

2. Medische hulp

In eerste instantie heeft het OCMW de plicht na te gaan of een geholpen persoon in orde is met het ziekenfonds, ofwel als titularis ofwel als persoon ten laste. Is dit niet het geval, moet het OCMW de geholpen persoon aansluiten bij een verzekeraar van zijn keuze, en, bij ontstentenis van deze keuze, bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV). Zo nodig kan het OCMW een financiële bijstand bieden die de basis- en/of aanvullende bijdragen dekt.

Het OCMW kan de gewone of bijzondere gezondheidszorg van de geholpen personen ten laste nemen. Het bedrag van de tussenkomst van het OCMW zal afhangen van de staat van behoefte van de begunstigde. Het OCMW kan eveneens de niet door het ziekenfonds terugbetaalde medische, paramedische en farmaceutische kosten geheel of gedeeltelijk ten laste nemen.

De medische hulp van het OCMW kan verschillende vormen aannemen:

1. **De regularisatie van de situatie van de aanvrager** bij een ziekenfonds.
2. **De medische kaart** die de periode en de voorwaarden bepaalt onder dewelke de medische hulp kan worden verkregen. Door het uitreiken van dit document, verbindt het OCMW zich tegenover de zorgverlener tot de tenlasteneming van de kosten van bepaalde medische handelingen gedurende een bepaalde periode. De medische kaart biedt aan de zorgverlener, die de beschikkingen ervan naleeft, de waarborg dat hij door het OCMW zal worden betaald voor de zorgen die hij heeft verstrekt. Van zijn kant, hoeft de houder niet telkens voor alle prestaties en geneesmiddelen aan het OCMW de toestemming te vragen.
3. **De overeenkomst met zorgverleners:** huisartsen en specialisten; kinesitherapeuten; apothekers, tandartsen, medische centra, diensten voor geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuizen die met het OCMW samenwerken;

4. **Het requisitorium:** het betreft een door het OCMW toegekend betalingsmiddel waarmee de geholpen persoon gratis verzorging kan verkrijgen. Tegelijkertijd heeft de zorgverlener de garantie dat het OCMW de factuur zal betalen.
5. **De terugbetaling van geneesmiddelen:** sommige geneesmiddelen kunnen gedeeltelijk worden terugbetaald als een erkend geneesheer ze voorschrijft of als ze in een bevoegde apotheek werden gekocht.

Men onderscheidt twee soorten begunstigden van medische hulp:

- de buitenlandse burgers met een tijdelijk verblijfsrecht die niet bij een ziekenfonds zijn aangesloten, hoofdzakelijk asielzoekers en buitenlanders met een verblijfsrecht voor medische redenen (artikel 9 ter).
- onwettig verblijvende personen die niet over voldoende middelen beschikken. Deze laatsten kunnen aanspraak maken op zogenaamde "dringende" medische hulp.

3. De dringende medische hulp

Iedere onwettig verblijvende persoon die niet over de financiële middelen beschikt om zelf zijn medische kosten te betalen kan het OCMW van zijn verblijfplaats verzoeken deze kosten ten laste te nemen. De dringende medische hulp is een hulp in de vorm van een financiële tussenkomst van het OCMW in de medische kosten. Deze hulp is geen direct aan de persoon uitgekeerde financiële hulp. Deze heeft enkel tot doel onwettig verblijvende personen een toegang tot de medische zorgen te verzekeren door het betalen van dokter, ziekenhuis, apotheek enz.

De naam laat vermoeden dat het gaat om dringende hulp (bijvoorbeeld na een ongeval of als gevolg van ziekte), maar deze strekt verder dan de dringendheid in strikte zin en kan ook betrekking hebben op een medisch onderzoek, kinesithérapie of een gewone raadpleging van de huisarts. De dringende medische hulp kan dus zowel preventieve als curatieve zorgverlening dekken¹.

De dringendheid van de medische hulp wordt uitsluitend bepaald door een arts, en niet door de patiënt noch het OCMW.

De betrokken persoon dient evenwel vooraf het akkoord van verbintenis tot betaling van het OCMW van zijn gebruikelijke verblijfplaats te verkrijgen, tenzij de omstandigheden van dien aard zijn dat zij het voorafgaand verzoek onmogelijk maken.

¹ Het Koninklijk Besluit van 12 december 1996 bepaalt dat de "Dringende medische hulp" de curatieve maar ook de preventieve zorgverstrekking en de nazorg omvat. Geneesmiddelen, raadplegingen van een huisarts of een specialist enz. kunnen ook door het OCMW ten laste worden genomen. Deze maatregel geldt zowel voor ambulante medische zorgen als voor residentiële medische zorgen in een verplegingsinstelling (ziekenhuis, psychiatrie enz.).

Om aanspraak te kunnen maken op de dringende medische hulp, moet de geholpen persoon voldoen aan de volgende voorwaarden:

1. Onwettig in België verblijven: verblijft onwettig in België de buitenlandse persoon die niet of niet meer beschikt over een verblijfsrecht in België. Het gaat meer bepaald over afgewezen asielzoekers, (voormalige) buitenlandse studenten zonder verblijfsrecht, afgewezen aanvragers van gezinshereniging of illegale migranten.
2. Behoeftig zijn: het bevoegde OCMW stelt, via sociaal onderzoek, de staat van behoefte vast op basis van de beschikbare middelen en de bestaande lasten.
3. Een medisch attest bevestigt de behoefte aan medische zorgen.

Net zoals voor de gewone medische hulp, dekt de dringende medische hulp de medische kosten, ambulante of niet, de farmaceutische kosten, de ziekenhuiskosten.

Via de POD-MI, betaalt de Staat aan het OCMW alle medische zorgen terug waaraan het RIZIV een nomenclatuur-code heeft toegekend.

4. Kerncijfers van de medische hulp

4.1. Evolutie sinds 1999

Het aantal begunstigden van medische hulp stijgt constant van 1999 tot 2002, om zich dan te stabiliseren tot in 2005. Na drie opeenvolgende jaren van daling, volgt het aantal begunstigden opnieuw een stijgende trend van 2009 tot 2010.

Tabel 1: jaarlijks aantal² begunstigden van medische hulp van 1999 tot 2012

Medische hulp	Medische hulp		waarvan niet-dringende		waarvan dringende	
	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage
1999	19 210	-	17 423	-	1 826	-
2000	28 857	50.2%	24 974	43.3%	4 030	120.7%
2001	35 828	24.2%	30 877	23.6%	5 475	35.9%
2002	40 362	12.7%	32 046	3.8%	9 093	66.1%
2003	41 722	3.4%	31 571	-1.5%	11 303	24.3%
2004	40 989	-1.8%	27 760	-12.1%	14 568	28.9%
2005	41 521	1.3%	24 068	-13.3%	18 663	28.1%
2006	37 726	-9.1%	16 393	-31.9%	22 483	20.5%
2007	34 155	-9.5%	13 642	-16.8%	21 730	-3.3%
2008	33 457	-2.0%	13 774	1.0%	21 199	-2.4%
2009	38 313	14.5%	18 244	32.5%	22 291	5.2%
2010	41 438	8.2%	23 346	28.0%	20 332	-8.8%
2011	41 832	1.0%	26 351	12.9%	17 350	-14.7%
2012	41 302	-1.3%	25 838	-1.9%	17 185	-1.0%

² De som van het jaarlijkse aantal begunstigden van dringende medische hulp en niet-dringende medische hulp is groter dan het jaarlijkse aantal begunstigden van medische hulp. Dit komt omdat eenzelfde begunstigde kan genieten van eenzelfde soort hulp in een jaar, in functie van zijn status (asielzoeker, erkende buitenlanders met verblijfsrecht).

Sinds 2010 blijft het aantal begunstigden van medische hulp stabiel. In 2012 hebben niet minder dan 41.302 personen genoten van een terugbetaling uit hoofde van de medische hulp, en dit zowel voor medische als voor farmaceutische of ziekenhuiskosten.

Grafiek 1 - Evolutie van het aantal begunstigden van medische hulp sinds 1999



Op basis van de cijfers voor het eerste semester van 2013³, wordt een daling van 12,9% vastgesteld van het aantal begunstigden van medische hulp ten opzichte van dezelfde periode in 2012. Deze daling is te wijten aan de begunstigden van niet-dringende medische hulp, waarvan het aantal afneemt terwijl het aantal begunstigden van dringende medische hulp stabiel bleef tijdens het eerste semester van 2013.

Tabel 2: begunstigden van medische hulp tijdens het eerste semester van 2013

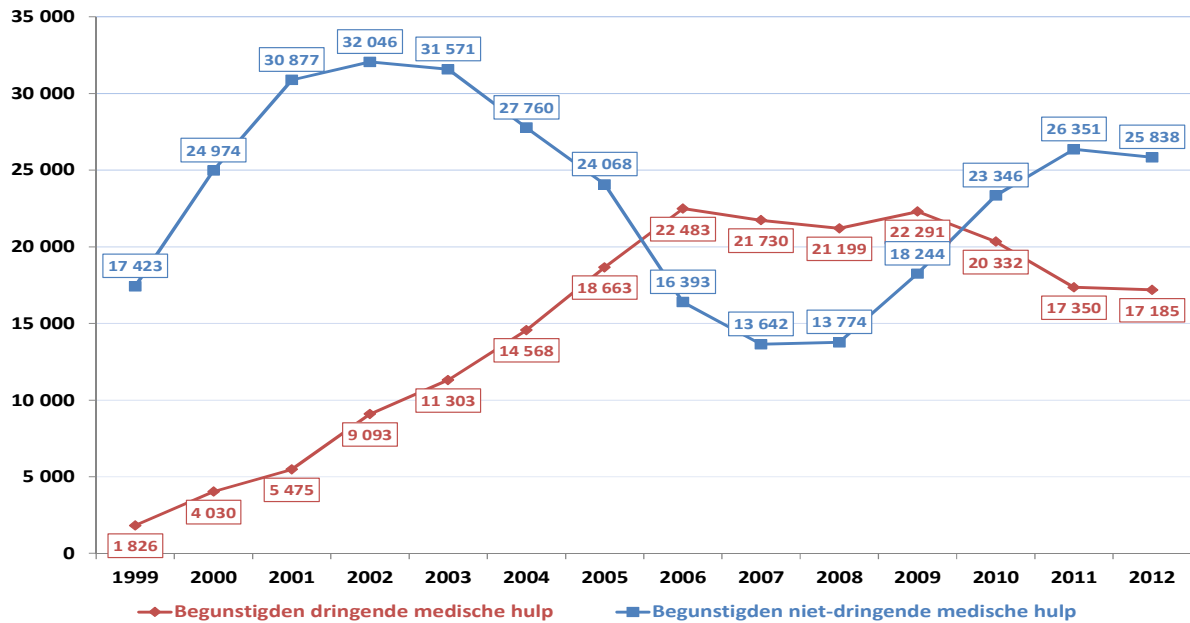
Medische hulp	Medische hulp		waarvan niet-dringende		waarvan dringende	
	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage
2013*	27 168	-12.9%	15 342	-22.0%	12 520	2.8%

* Eerste semester van het jaar. Veranderingspercentages t.o.v. dezelfde periode van het voorgaande jaar.

Zoals aangetoond in de volgende grafiek, verschilt de evolutie van het aantal begunstigden van dringende medische hulp van deze van de niet-dringende medische hulp.

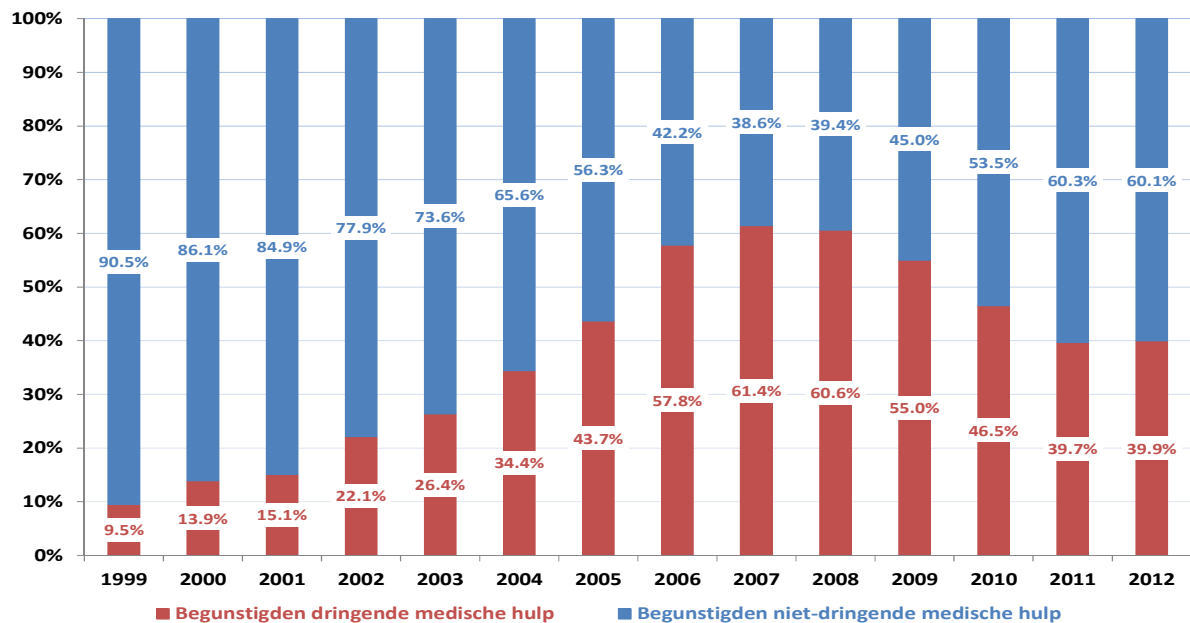
³ De cijfers van de medische hulp worden pas stabiel na 15 maanden daling. Dit is terug te koppelen aan het feit dat de OCMW's over een administratieve periode van 12 tot 15 maanden beschikken om hun terugbetalingsaanvragen in te dienen bij de POD Maatschappelijke Integratie.

Grafiek 2 - Evolutie van het aantal begunstigden van dringende en niet-dringende medische hulp sinds 1999



Vanwege deze verschillende evoluties, bereikte het aandeel van de dringende medische hulp in de totale medische hulp, die slechts 9,5% bedroeg in 1999, in 2007 zijn hoogtepunt met 61,4%. Deze daalt vervolgens tot 39,9% in 2012.

Grafiek 3 - Verdeling van de begunstigden volgens dringende en niet-dringende medische hulp sinds 1999 (%)



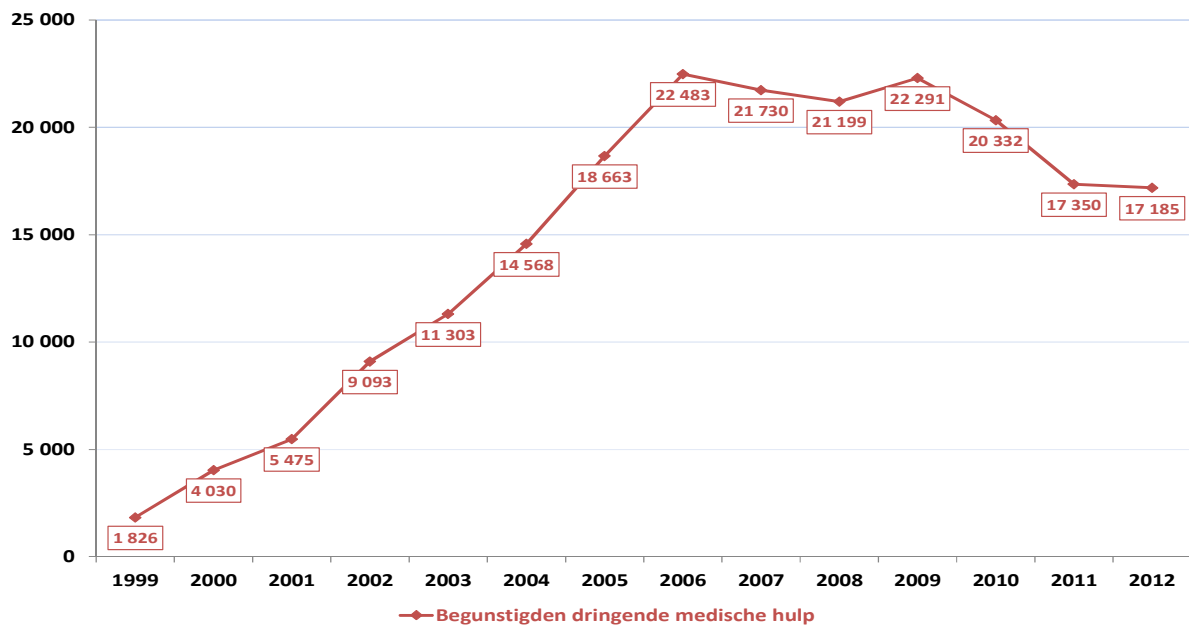
4.2. Dringende medische hulp

Ter herinnering, richt de dringende medische hulp zich tot onwettig verblijvende personen die niet over voldoende middelen beschikken.

Het aantal begunstigden van medische hulp stijgt constant van 1999 tot 2006, van 1.826 tot 22.483 personen, om zich dan te stabiliseren tot in 2009. Sinds 2010 daalt het aantal begunstigden van de dringende medische hulp. In 2012 hebben 17.185 personen van een dergelijke hulp genoten.

Tijdens het eerste semester van 2013, is de daling toegenomen: ze bedroeg 22% ten opzichte van dezelfde periode in 2012.

Grafiek 4 - Evolutie van het aantal begunstigden van dringende medische hulp sinds 1999



De evolutie van het aantal begunstigden van dringende medische hulp is afhankelijk van verschillende factoren. Deze omvatten de evolutie van het aantal illegale migranten. Maar het is moeilijk deze te tellen. Een andere factor is het aantal regularisaties. Deze zijn van aard om het aantal personen die beroep doen op de dringende medische hulp te doen dalen.

De jaren 2009, 2010 en 2011 kenden een uitzonderlijk groot aantal geregulariseerde personen op grond van artikels 9bis (humanitaire redenen) en 9ter (medische redenen). Zodoende gaat men van 1.039 regularisatiedossiers in 2008 naar 4.275 dossiers in 2009 en 12.954 in 2010. In 2011 blijft dit aantal nog hoog met 6.568 dossiers. Deze regularisaties hebben een neerwaartse invloed gehad op het aantal begunstigden van niet-dringende medische hulp.

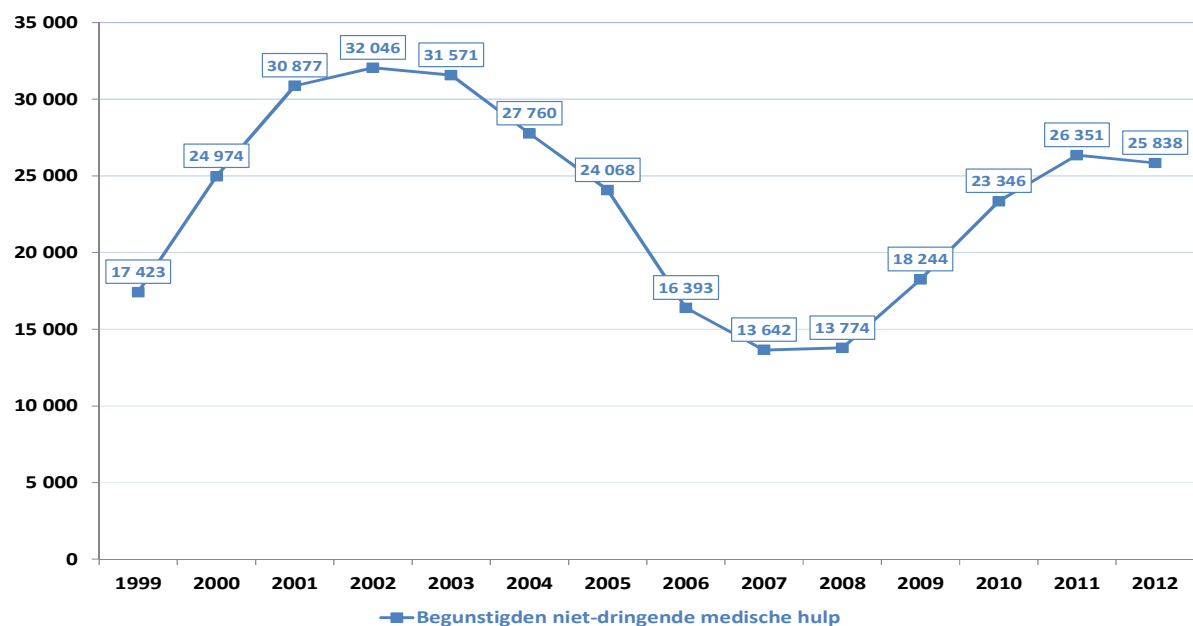
Tabel 3 - Aantal regularisaties 9bis en 9ter 2007-2012

	Regularisaties 9bis en 9ter	
	Dossiers	Personen
2007	65	104
2008	1039	1520
2009	4275	8349
2010	12954	20096
2011	6568	8886
2012	3256	4246

Bron: Vreemdelingenzaken

In tegenstelling met de daling van het aantal begunstigden van een dringende medische hulp stellen we een stijging vast van het aantal begunstigden van een niet-dringende medische hulp. In 2012 heeft de versterking van de toegangsvoorwaarden tot het grondgebied (gezinshereniging en medische filter) dit aantal naar beneden toe beïnvloed.

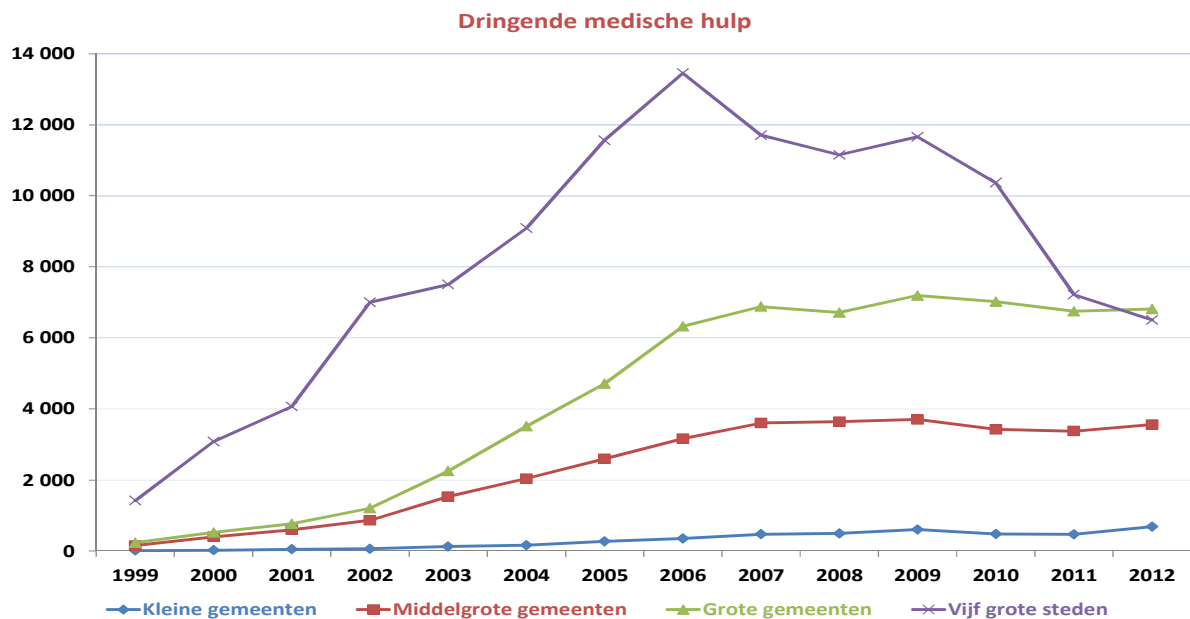
Grafiek 5 - Evolutie van het aantal begunstigden van niet-dringende medische hulp sinds 1999



Het jaar 1999 kende ook een groot aantal regularisaties van onwettig verblijvende personen. Toch is de impact niet zichtbaar in de cijfers voor de dringende medische hulp. Dit is te wijten aan de geleidelijke invoering van de dringende medische hulp, waardoor steeds meer onwettig verblijvende personen er beroep op doen. De bovenstaande grafiek toont echter duidelijk dat het aantal begunstigden van niet-dringende medische hulp op geleidelijke manier is gestegen in het verlengde van de regularisaties van 1999.

Daar waar de toename van het aantal begunstigden van de dringende medische hulp sterker was in de cluster⁴ van de 5 grote steden over de periode 1999-2006, neemt hun aantal er sneller af tussen 2007 en 2012, terwijl het stabiel blijft in de andere clusters. Dit komt omdat de onwettig verblijvende personen geconcentreerd zijn in de 5 grote steden. Er zijn thans evenveel begunstigden van dringende medische hulp in de cluster van de 5 grote steden als in dat van de grote gemeenten.

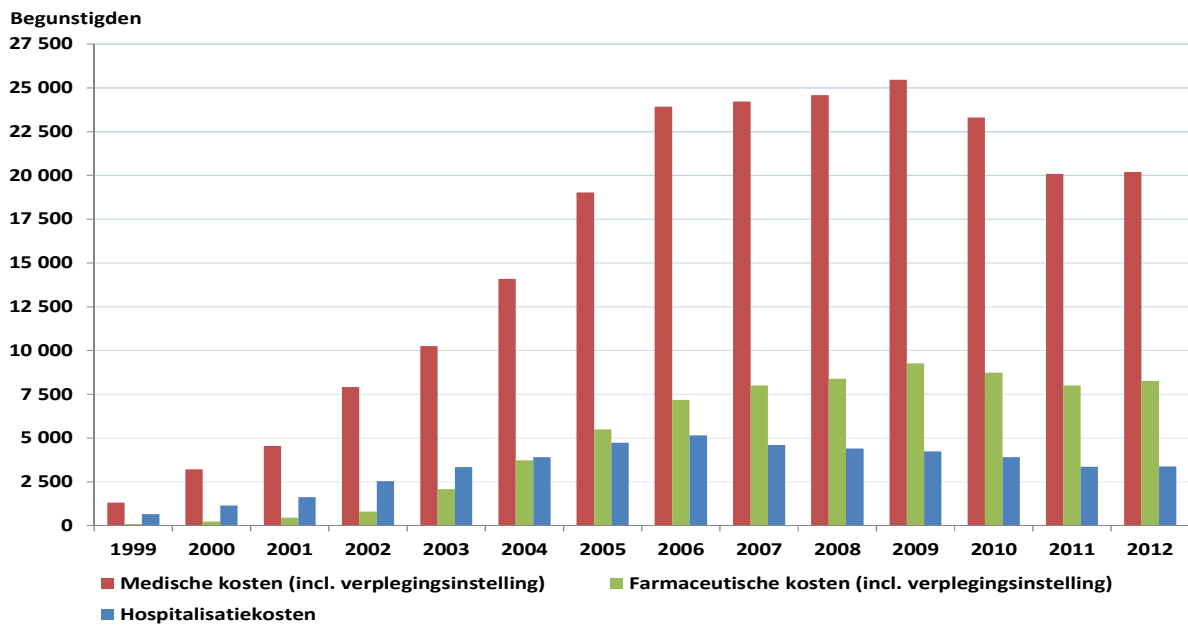
Grafiek 6 - Evolutie van het aantal begunstigden van dringende medische hulp per clustergrootte sinds 1999



Zoals de volgende grafiek het toont, hebben de terugbetalingen van de POD Maatschappelijke Integratie uit hoofde van de dringende medische hulp vooral betrekking op de medische kosten. Ze worden gevolgd door de farmaceutische en de hospitalisatiekosten.

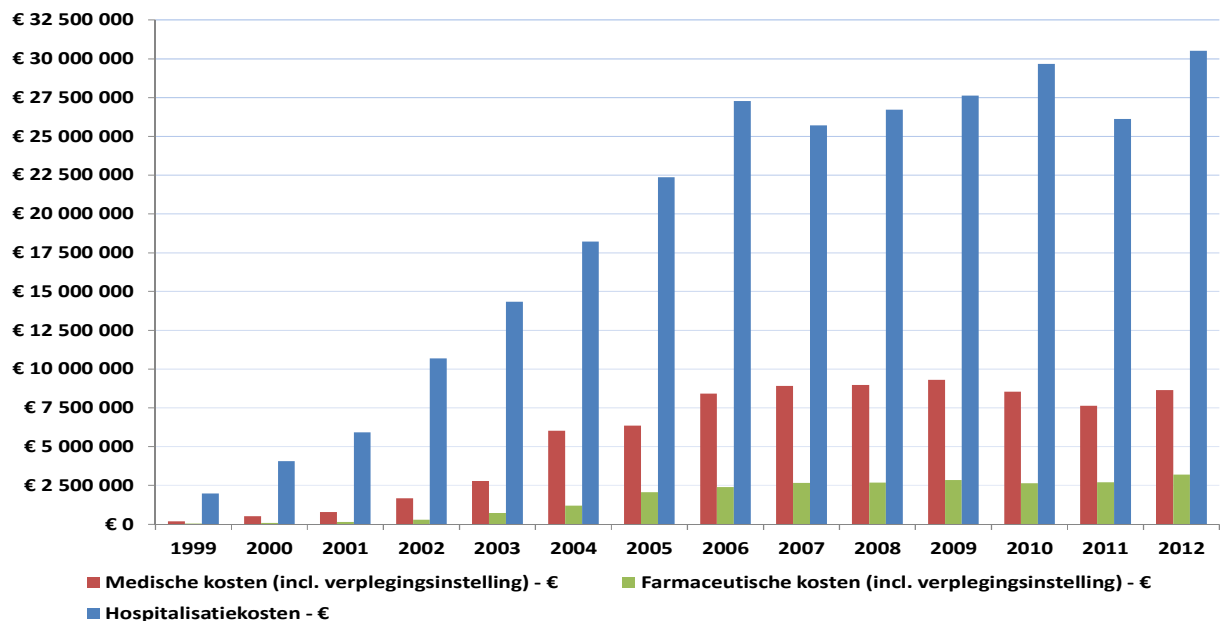
⁴ De 589 Belgische gemeenten zijn gegroepeerd in clusters op basis van hun bevolkingsgrootte. De kleine gemeenten hebben minder dan 15.000 inwoners, de middelgrote hebben een bevolking tussen 15.001 en 50.000 inwoners, en de grote hebben een bevolking van 50.001 tot 150.000 inwoners. De 5 grote steden zijn Antwerpen, Brussel, Charleroi, Gent en Luik.

Grafiek 7 - Begunstigden van de dringende medische hulp volgens type kosten



Als de hospitalisaties een betrekkelijk klein aandeel van het totale aantal tussenkomsten vertegenwoordigt, is hetzelfde niet waar voor de relatieve kostprijs ervan.

Figuur 8 - Rijksbegroting voor dringende medische hulp volgens type kosten



In tegenstelling tot de niet-dringende medische hulp, betaalt de Staat, volgens de nomenclatuur van het RIZIV, aan de OCMW's de totaliteit terug van de gezondheidskosten van de begunstigden van de dringende medische hulp. Het is interessant op te merken dat de kostprijs per capita van een patiënt in de dringende

medische hulp in dezelfde orde van grootte ligt en op vergelijkbare wijze evolueert als deze van een RIZIV-begunstigde in de algemene regeling.

Grafiek 9 - Kostprijs per capita van de dringende medische hulp versus de kostprijs van een RIZIV-begunstigde (algemene regeling)



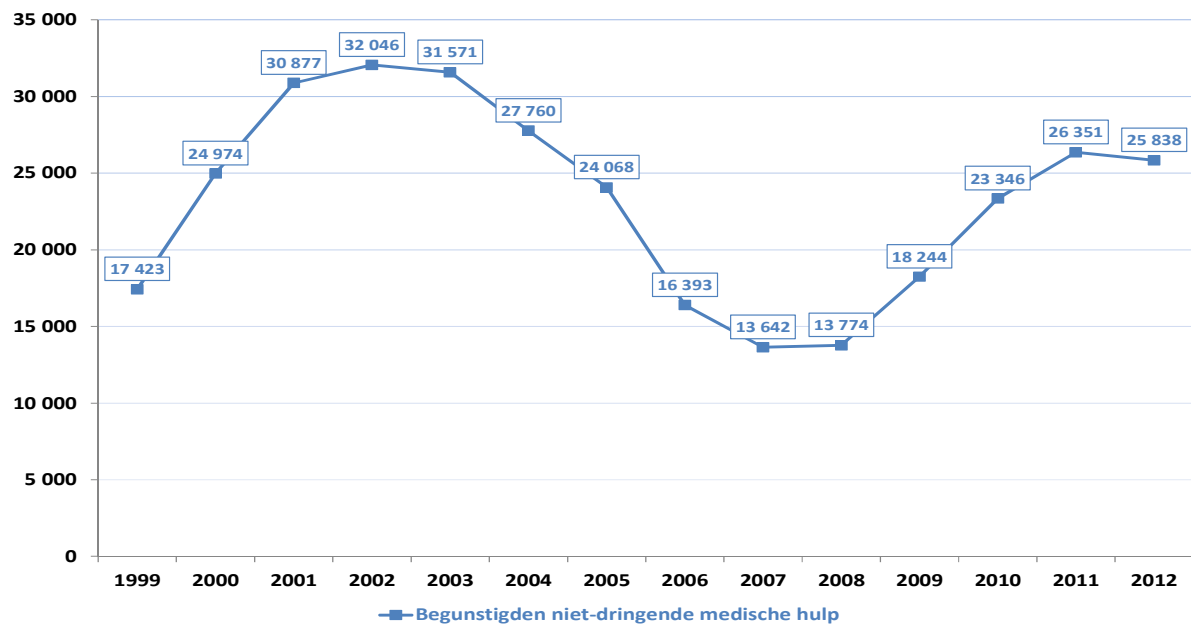
4.3. Niet-dringende medische hulp

Ter herinnering, richt de niet-dringende medische hulp zich tot de buitenlandse burgers met een tijdelijk verblijfsrecht, die niet zijn aangesloten bij een ziekenfonds. Het betreft voornamelijk asielzoekers maar ook op grond van medische redenen geregulariseerde personen (9 ter).

Er zijn ook andere begunstigden van de niet-dringende medische hulp. Het betreft onder andere erkende vluchtelingen en staatlozen; tijdelijke bewoners en buitenlanders op doortocht met een visum; minderjarige kinderen van onbekende ouders of verlaten Belgische kinderen; niet in het bevolkingsregister ingeschreven Belgen; Belgische minderjarige kinderen. Samen vertegenwoordigden deze slechts 8,4% van de bevolking van de begunstigden van de niet-dringende medische hulp in 2012. Zij worden niet in de volgende paragrafen behandeld.

De evolutie van het aantal begunstigden van niet-dringende medische hulp kent verschillende fasen sinds 1999. Deze fasen zijn afhankelijk van externe factoren, zoals migratiestromen, maar ook van de evolutie van het beleid inzake asiel en immigratie.

Grafiek 10 - Evolutie van het aantal begunstigden van niet-dringende medische hulp sinds 1999



Men moet een onderscheid maken tussen de evolutie met betrekking tot de asielzoekers en deze met betrekking tot de buitenlanders met verblijfsrecht.

Tabel 4: jaarlijks aantal begunstigden van niet-dringende medische hulp van 1999 tot 2012

Aide médicale non-urgente	Azielzoekers		Nt in bevolkingsreg. ingeschr. vreemdeling met recht op verbl.		Andere	
	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage
1999	9 044	-	5 045	-	3 425	-
2000	15 684	73.4%	5 733	13.6%	3 709	8.3%
2001	20 240	29.0%	7 415	29.3%	3 717	0.2%
2002	18 183	-10.2%	10 594	42.9%	3 699	-0.5%
2003	16 862	-7.3%	11 491	8.5%	3 524	-4.7%
2004	15 107	-10.4%	9 766	-15.0%	3 138	-11.0%
2005	13 696	-9.3%	8 057	-17.5%	2 627	-16.3%
2006	10 076	-26.4%	4 511	-44.0%	2 023	-23.0%
2007	7 721	-23.4%	4 454	-1.3%	1 767	-12.7%
2008	7 532	-2.4%	5 078	14.0%	1 557	-11.9%
2009	9 587	27.3%	7 838	54.4%	1 589	2.1%
2010	11 331	18.2%	11 817	50.8%	1 830	15.2%
2011	12 786	12.8%	13 102	10.9%	1 970	7.7%
2012	13 149	2.8%	11 839	-9.6%	2 109	7.1%

Na fors te zijn gestegen van 1999 tot 2001, toont het aantal asielzoekers, genietend van niet-dringende medische hulp, een dalende trend tot 2008. Daarna neemt dit opnieuw toe tot in 2012.

De cijfers betreffende het eerste semester van 2013 tonen echter een nieuwe daling van het aantal asielzoekers, genietend van niet-dringende medische hulp: er waren 21,7% minder begunstigden in de eerste helft van 2013 ten opzichte van dezelfde periode in 2012.

Tabel 5: begunstigden van niet-dringende medische hulp tijdens het eerste semester van 2013

Medische hulp	Azielzoekers		Nt in bevolkingsreg. ingeschr. vreemdeling met recht op verbl.		Andere	
	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage	Jaarlijks aantal begunstigden	Groeipercentage
2013*	7 779	-21.7%	6 801	-24.6%	1 130	-12.0%

Eerste semester van het jaar. Veranderingspercentages t.o.v. dezelfde periode van het voorgaande jaar.

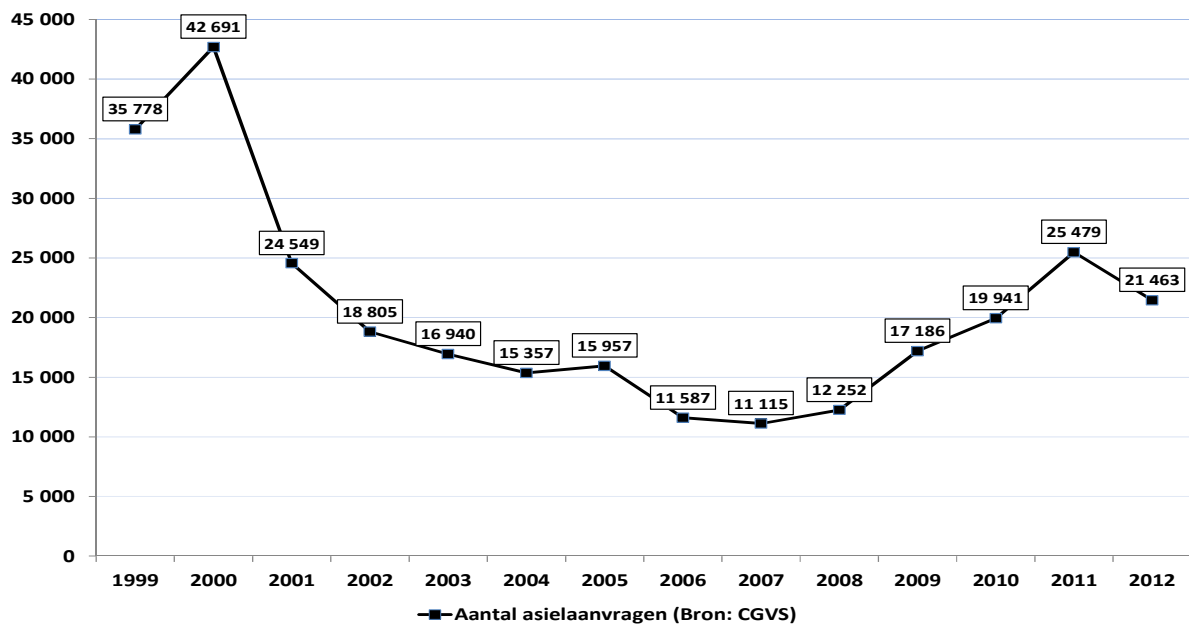
Zoals weergegeven in de volgende grafieken, volgt de evolutie van het aantal asielzoekers, genietend van medische hulp, met een lichte terugval, deze van het aantal inschrijvingen als asielzoeker bij het CGVS⁵.

Grafiek 11 - Evolutie van het aantal asielzoekers, genietend van niet-dringende medische hulp sinds 1999



⁵ Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen. De in deze tabel opgenomen inschrijvingen hebben enkel betrekking op meerderjarige en niet-begeleide minderjarige asielzoekers, met uitsluiting van minderjarigen begeleid door een meerderjarige asielzoeker. Het gaat zowel om de eerste als om herhaalde aanvragen.

Grafiek 12 - Evolutie van het aantal asielaanvragen sinds 1999

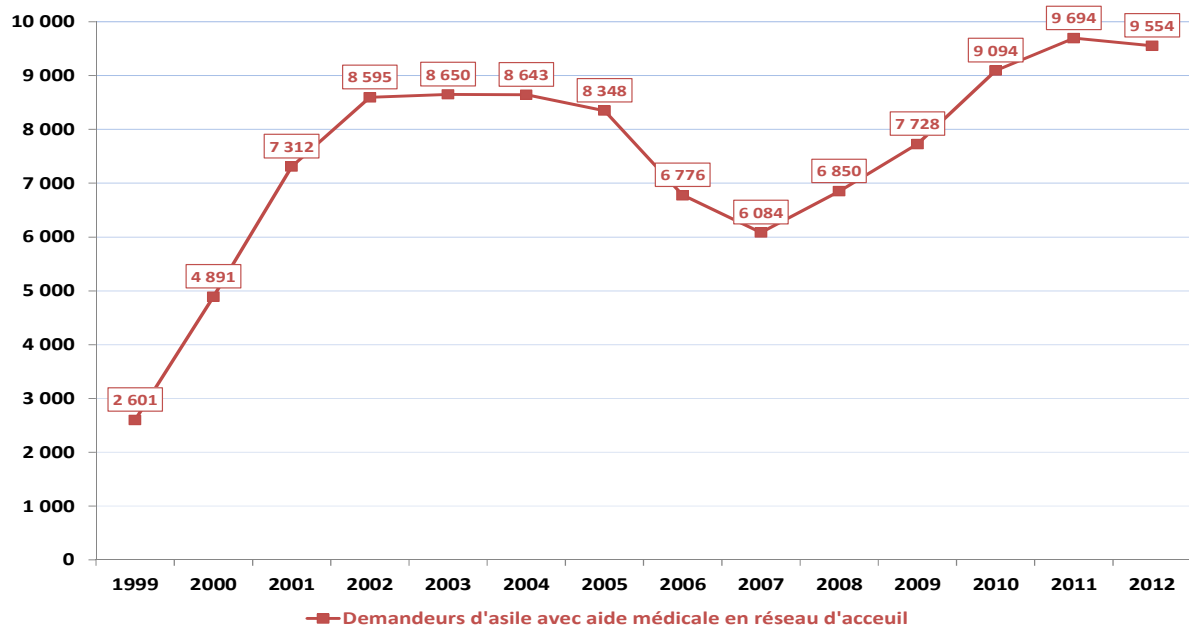


Onder de asielzoekers, genietend van medische hulp, worden sommige gehuisvest in een Lokaal Opvang Initiatief⁶ (LOI) en krijgen een materiële hulp toegewezen, terwijl anderen een financiële hulp ontvangen. Met het vervangen van de financiële hulp door een materiële hulp, heeft het aantal begunstigden in een LOI de neiging te stijgen.

Men stelt echter een lichte stijging vast van het aantal asielzoekers buiten LOI tussen 2008 en 2012. Dit moet in verband worden gesteld met de crisis van de opvang van nieuwe immigranten. De Wet van 2007 bepaalt inderdaad dat in geval van verzadiging van het opvang-netwerk, er "overgeschakeld" wordt van materiële op financiële hulp. Dit betekent dat bepaalde asielzoekers niet langer verplicht zijn in een LOI te leven en worden doorverwezen naar een OCMW voor hun financiële tenlasteneming.

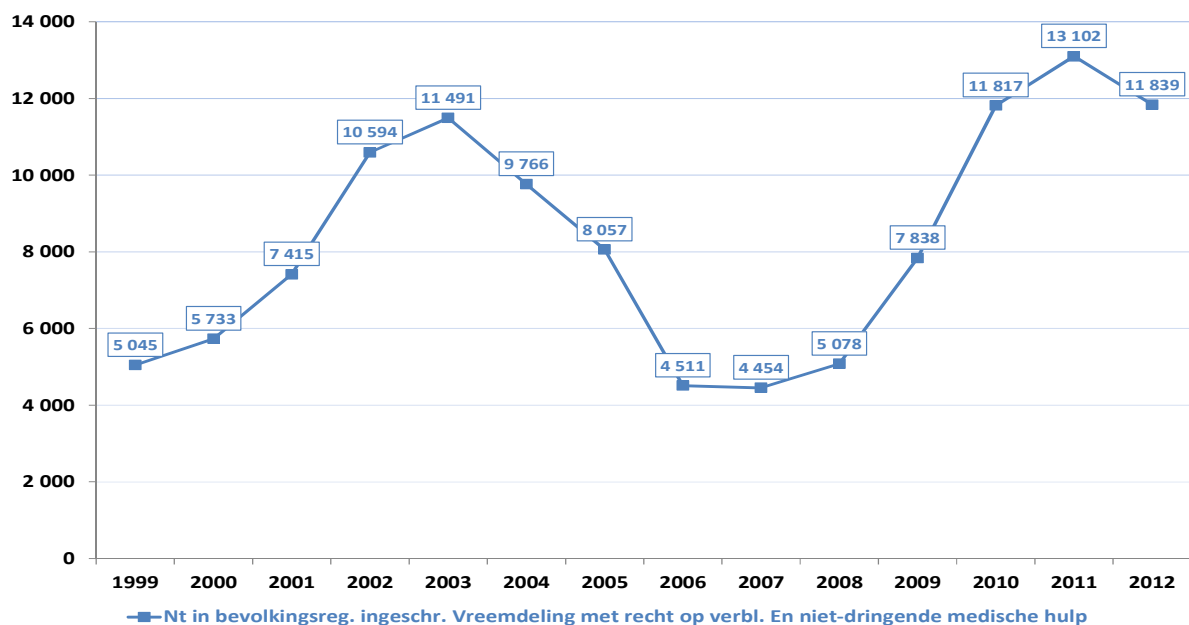
⁶ Een LOI is een door een OCMW georganiseerde accommodatie bestemd voor asielzoekers, gedurende de aanvraagprocedure van het vluchtelingenstatuut. Een LOI is meestal een privé accommodatie, bemeubeld en uitgerust met de nodige voorzieningen, zodat de asielzoekers in hun dagelijkse behoeften kunnen voorzien. Het OCMW zorgt van zijn kant voor de sociale en medische begeleiding van deze verblijfhouders.

Grafiek 13 - Evolutie van het aantal asielzoekers in opvang-netwerk, genietend van medische hulp sinds 1999



Wat betreft de evolutie van het aantal buitenlanders met verblijfsrecht, genietend van niet-dringende medische hulp, is deze gekoppeld aan de evolutie van het aantal asielzoekers, aan de regularisaties en aan het beleid inzake asiel.

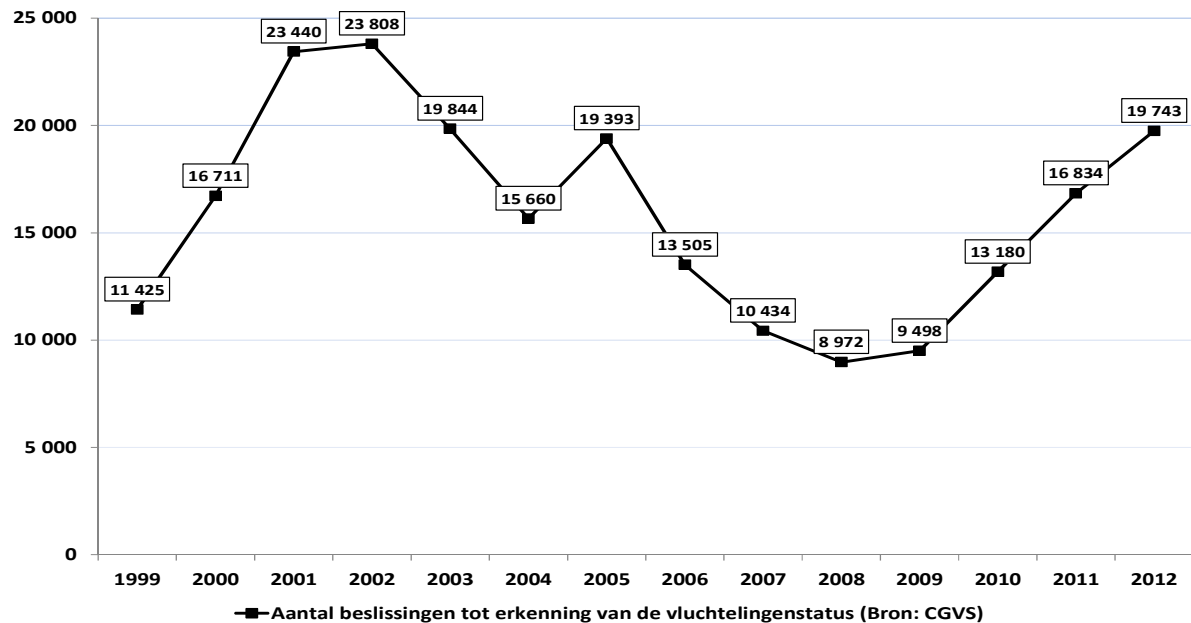
Grafiek 14 - Evolutie van het aantal buitenlanders met verblijfsrecht, genietend van niet-dringende medische hulp sinds 1999



Zoals hierboven vermeld, hebben de opeenvolgende golven van regularisaties op humanitaire (9bis) of medische (9ter) gronden een opwaartse impact gehad op het aantal begunstigden van niet-dringende medische hulp na 1999 en na 2010, maar de

erkenning van de status van vluchteling heeft eveneens een opwaartse invloed op dit aantal.

Grafiek 15 - Evolutie van het aantal beslissingen tot erkenning van de vluchtelingenstatus sinds 1999



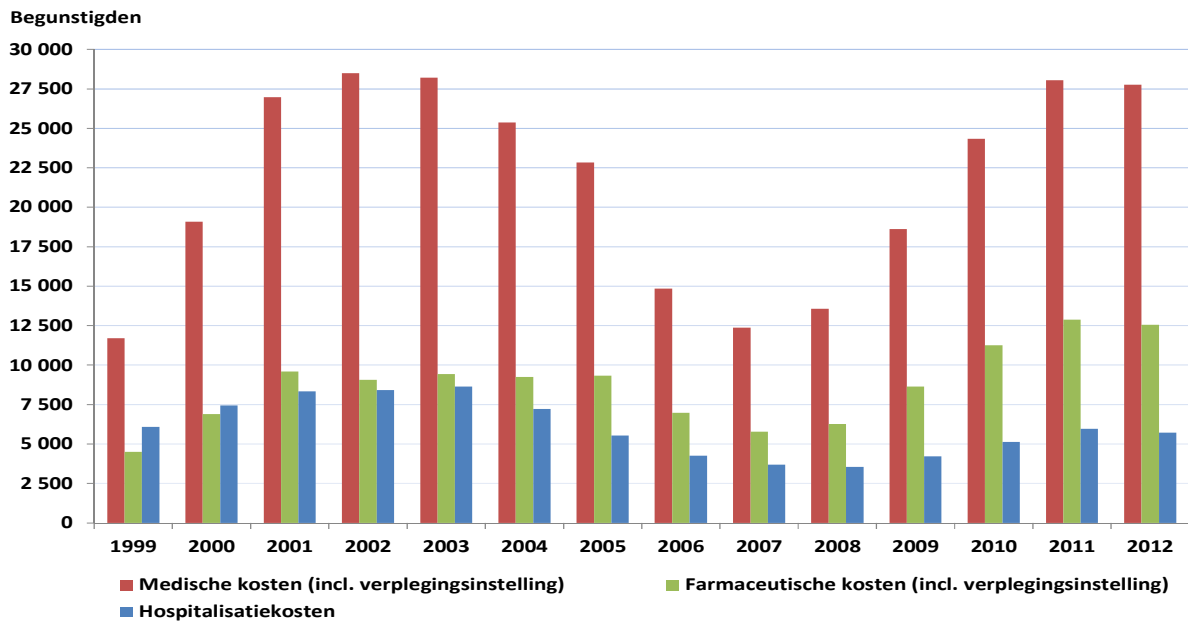
De daling van het aantal begunstigden van niet-dringende medische hulp in 2012 is van haar kant parallel te trekken met de versterking van de toegangsvoorwaarden tot het grondgebied door het invoeren van een medische filter voor de medische aanvragen 9ter⁷.

De cijfers betreffende het eerste semester van 2013 bevestigen de daling van het aantal buitenlanders met verblijfsrecht, genietend van niet-dringende medische hulp: er waren 12% minder begunstigden ten opzichte van hetzelfde semester van 2012.

Net zoals voor de dringende medische hulp, hebben de terugbetalingen van de POD Maatschappelijke Integratie uit hoofde van de niet-dringende medische hulp vooral betrekking op de medische kosten.

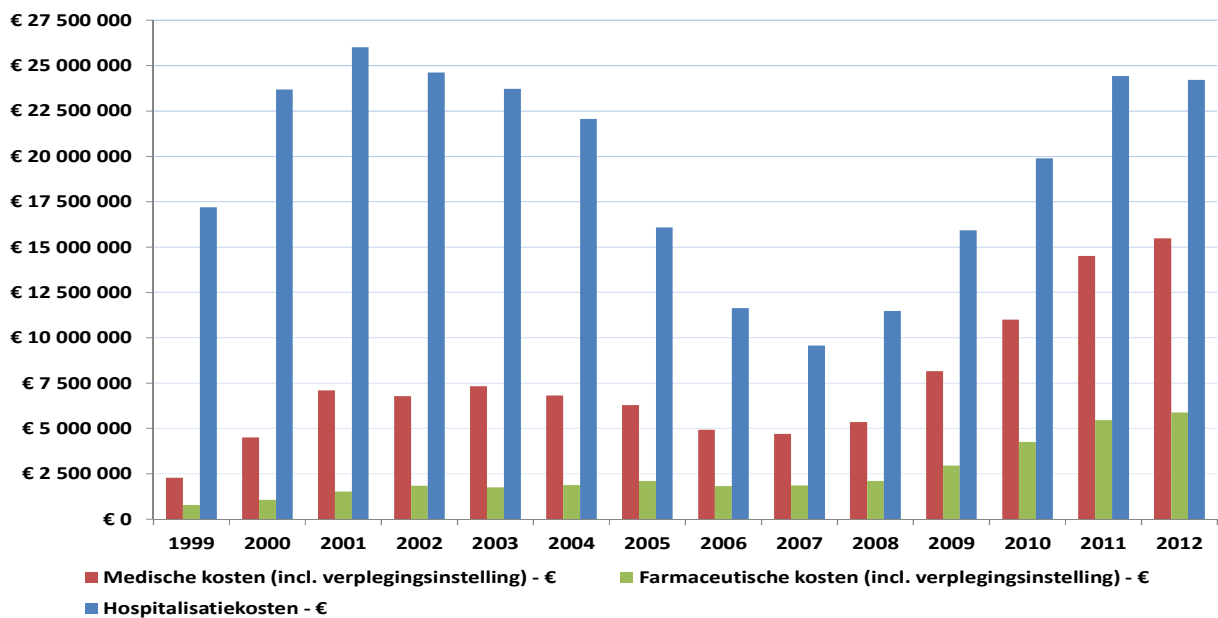
⁷ Van bij de ontvankelijkheidsfase wordt medisch advies verstrekt door een arts van Vreemdelingenzaken, die het verzoek onontvankelijk zal kunnen verklaren.

Figuur 16 - Aantal terugbetalingen uit hoofde van niet-dringende medische hulp volgens type kosten



Op het vlak van de kosten, zijn het evenwel de hospitalisatiekosten die veruit het zwaarste doorwegen in de aan de niet-dringende medische hulp toegewezen rijksbegroting.

Figuur 17 - Rijksbegroting voor niet-dringende medische hulp volgens type kosten



5. MediPrima

MediPrima is het geautomatiseerde systeem dat het elektronische beheer toelaat van de beslissingen van de tenlasteneming van de medische hulp door het OCMW. Dit systeem bestrijkt de volledige cyclus van door de OCMW's genomen beslissingen van medische hulp, vanaf hun aanmaak in een database tot hun gebruik door de zorgverleners. De elektronische beslissingen zijn aldus toegankelijk voor al degene die deze, in het kader van de medische hulp, dienen te raadplegen. Dit laat inderdaad de verleners toe hun tussenkomsten ten behoeve van een begunstigde aan de juiste schuldenaars en voor de correcte bedragen te factureren.

Het MediPrima-systeem wordt gebruikt door:

- de OCMW's die de beslissingen van tenlasteneming nemen en raadplegen en de elektronische facturen verzenden;
- de zorgverleners - ziekenhuizen, artsen, verpleegkundigen enz.;
- de HZIV, die de facturen van de zorgverleners voor rekening van de Belgische Staat betaalt;
- andere belanghebbenden spelen een essentiële rol door het verstrekken van de IT-diensten ter ondersteuning van het MediPrima-systeem: HZIV, POD MI, NIC, KSZ, eHealth, enz.

Het MediPrima-systeem werd in oktober 2013 in dienst gesteld. Enkel de door de ziekenhuizen uitgegeven facturen werden door het systeem in aanmerking genomen. Sinds 1 juni 2014 is het systeem verplicht geworden voor de facturatie van alle ziekenhuizen. Sinds 1 januari mag geen enkele ziekenhuisfactuur, waarvoor een terugbetaling door de Staat is voorzien, nog langs een OCMW passeren.

In enkele cijfers, betrof MediPrima 515 OCMW's aan het einde van september 2014. 39.052 niet-verzekerbare of niet-verzekerde personen hebben via het systeem een beslissing ontvangen voor een totaal gefactureerd bedrag van 767.875,52 euro.

Meer cijfers?

Deze focus behandelt slechts enkele kerncijfers met betrekking tot begunstigden van een door de POD MI gefinancierde maatregel. Op onze website zult u eveneens andere interessante cijfers vinden per regio, provincie, arrondissement en gemeente, per leeftijdsgroep, geslacht, nationaliteit, categorie of status. Naast tal van te downloaden tabellen, zult u tevens onze andere statistische publicaties vinden.

Bijkomende informatie?

Voor bijkomende informatie, gelieve contact op te nemen met onze afdeling "communicatie", op volgend nummer: 02/508.85.86 of via onze website: <http://www.mi-is.be/be-nl/contact>

Bronvermelding

POD MI - Maatschappelijke Integratie