

De rol van de Brusselse OCMW's in de gezondheidszorg van hun cliënteel

Een bevraging naar de diverse tegemoetkomingen in de medische
kosten met in het bijzonder de toepassing van de
medische/farmaceutische kaart

BWR (Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad)

In samenwerking met het Gezondheidsobservatorium van Brussel-
Hoofdstad.

Brussel, juni 2001

De rol van de Brusselse OCMW's in de gezondheidszorg van hun cliënteel

Een bevraging naar de diverse tegemoetkomingen in de medische kosten met in het bijzonder de toepassing van de medische/farmaceutische kaart

Inhoud

Inleiding

De bevraging

Uitgangspunt

Specifieke doelstellingen

De vragenlijst

De respons

De verwerking van de gegevens

De resultaten

1. Belangrijkste instrumenten voor toepassing van art. 57

1.1. De medische- farmaceutische kaart

1.2. Het requisitorium (betalingsverbintenis)

1.3. Eigen zorgverstrekking

1.4. De sociale franchise

1.5. De derdebetalersregeling

1.6. Andere

1.7. De toepassing van art. 57 wanneer niét met het systeem van de medische kaart wordt gewerkt

2. Toepassing van de medische/farmaceutische kaart

2.1. Toekenning

2.2. Zorgverstrekkers

2.3. Zorgen, genees- en hulpmiddelen

3 Evaluatie

3.1. Tevredenheid over de toepassing van de kaart

3.2. De wenselijkheid van een aanpassing of uitbreiding van het systeem van de kaart

3.3. De wenselijkheid van een aanpassing of uitbreiding van het globale systeem van tegemoetkomingen

3.4. De wenselijkheid van een harmonisatie in de door de verschillende OCMW's gehanteerde systemen

3.5. Overleg tussen de OCMW's aangaande de toepassing van art. 57

3.6. Privacy van de cliënt

3.7. De continuïteit van de zorgen

Samenvatting

Besluit en aanbevelingen

Inleiding

De enquête werd gevraagd door de **Werkgroep Toegankelijkheid** die in de schoot van de Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad (B.W.R.)¹⁸ organisaties of diensten groepeerd die actief zijn in de welzijns- en gezondheidssector in het Brusselse gewest, hetzij door hulpverlening aan cliënten, hetzij beleidsmatig¹. Voor de uitvoering deed de werkgroep een beroep op de B.W.R. en het Centrum voor Gezondheidsobservatie.

Aanleiding tot de bevraging was de vaststelling door de leden van de werkgroep dat heel wat hulpverleners en cliënten geen inzicht krijgen in de manier waarop elk OCMW de bijstand in de medische kosten organiseert. Het is hun ervaring dat elk OCMW een eigen beleid voert en andere criteria en tarieven hanteert. Vaak wordt er van cliënt tot cliënt geoordeeld volgens uiteenlopende criteria of - bij gebrek aan criteria - volgens het inzicht van de Raad of de maatschappelijk werker. Er is zelden transparantie op het niveau van elk OCMW afzonderlijk en zeker niet op het niveau van het gewest. Voor hulpverleners die cliënten in verschillende gemeenten hebben is het lastig om de verschillende systemen uit elkaar te houden. Zij kunnen hun cliënten bijgevolg niet vertellen op welke bijstand ze kunnen rekenen. Cliënten die naar een andere gemeente verhuizen ervaren dat wat bij het ene OCMW kan, elders niet mogelijk is. Vooral de praktijk van de medische/farmaceutische kaart werd ervaren als ondoorzichtig.

Met de bevraging wilden de leden van de werkgroep een overzicht krijgen van de tussenkomsten van de OCMW's m.b.t. de medische kosten van hun cliënten.

De bevraging

Uitgangspunt

De bevraging vertrekt van het artikel 57 van de OCMW-wetgeving:

*Art. 57. Het OCMW heeft tot taak aan de personen en de gezinnen de dienstverlening te verzekeren waartoe de gemeenschap gehouden is.
Het verzekert niet alleen lenigende of curatieve doch ook preventieve hulp.
Deze dienstverlening kan van materiële, sociale, geneeskundige, sociaal-geneeskundige of psychologische aard zijn. (...)*

¹ Leden op 1-3-2001: Brussels Overlegplatform Thuiszorg, Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad, Centrum voor Gezondheidsobservatie, Regiovergadering Thuislozenzorg Brussel (waaronder Albatros, Ariane, De Schutting, Araña en Leger des Heils), Brussels Aidsoverleg (waaronder Het Buddysysteem, Adzon en Zorgwonen), Medisch Steunpunt Mensen zonder Papieren, de VZW Brusselse Huisartsen, Brussels gezondheidsoverleg (Logo), Preventief Zorgcentrum Dansaert en Artsen zonder Grenzen. Er zijn tevens contacten gelegd met de FAMGB, de Fédération des Maisons Médicales en het Brussels Forum voor Strijd tegen de armoede.

De bevraging wil aan het licht brengen op welke manier de OCMW's dit artikel in praktijk brengen. Omdat de meeste OCMW's met een medische/farmaceutische kaart werken, wou de werkgroep in het bijzonder nagaan op welke manier dit instrument gehanteerd wordt.

Specifieke doelstellingen

De bevraging had tot doel na te gaan:

welke instrumenten de OCMW's hanteren om tegemoet te komen in de medische kosten van hun cliënten,

in welke mate deze instrumenten gehanteerd worden,

hoeveel OCMW's met de medische-farmaceutische kaart werken,

- welke categorieën van cliënten in aanmerking komen voor de kaart,
- welke criteria gehanteerd worden bij de toekenning van de kaart,
- wie er beslist over de toekenning/verlenging van de kaart, van de zorgverlening en de medicatie,
- of er vrije keuze is van zorgverstreker, apotheker en ziekenhuis,
- welke zorgverstrekkers en -voorzieningen, genees- en hulpmiddelen via het systeem van de kaart betaald worden en in welke mate,
- hoe de sociale diensten de effectiviteit van hun tussenkomsten evalueren.

De vragenlijst

In maart 2000 werd begonnen met de opstelling van een vragenlijst. De vragen werden door de werkgroep gegenereerd en beoordeeld op relevantie en invulbaarheid door een OCMW-maatschappelijk werker. Vervolgens werden ze getoetst en op punt gesteld door de BWR en het Centrum voor Gezondheidsobservatie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC). In juli 2000 ontvingen de 19 Brusselse OCMW's een invulformulier met een begeleidend schrijven van de voorzitter van de BWR en van de leidend ambtenaar van de GGC.

De respons

Door de tijdsdruk en overbevraging waarmee de sociale diensten van de OCMW's kampen, kostte het veel tijd om de formulieren ingevuld terug te krijgen. Van de 19 OCMW's hebben er uiteindelijk 16 de enquête ingevuld. De vragenlijst werd meestal ingevuld door het hoofd van de Sociale Dienst, éénmaal door een maatschappelijk werker, éénmaal door een verpleegster van de medische dienst, éénmaal door een secretaris van de administratie. Van twee OCMW's kregen we geen antwoord. Eén OCMW zou de vragenlijst teruggestuurd hebben, maar we hebben ze helaas niet ontvangen. Bij deze drie OCMW's hebben we uiteindelijk een korte telefonische bevraging gedaan.

De verwerking van de gegevens

Bij de verwerking van de gegevens bleek dat sommige vragen anders werden geïnterpreteerd door verschillende respondenten. Sommige vragen waren niet beantwoord. Daarom werd in februari 2001 nog een bijkomende telefonische bevraging gedaan met het oog op correcte en meer volledige gegevens.

Voor de weergave en bespreking van de gegevens hebben we er meestal voor geopteerd de gegevens globaal weer te geven i.p.v. per respondent, omdat we het systeem van tegemoetkomingen in het *hele* gewest willen evalueren en niet van elk OCMW afzonderlijk. Het aantonen van de onderlinge verschillen is hier belangrijker dan de individuele systemen.

In deel 1 worden de belangrijkste instrumenten behandeld die een OCMW kan gebruiken om tegemoet te komen in de medische behoeften van hun cliënten. Deel 2 gaat specifiek over de toepassing van de medische/farmaceutische kaart. In deel 3 geven de respondenten hun mening over de kwaliteiten van het bij hun OCMW gehanteerde systeem.

Vooraleer de resultaten van de enquête te bespreken willen wij toch vermelden dat wij de indruk hebben dat de meeste sociale diensten van de OCMW's zich bijzonder inspannen om hun cliënten tegemoet te komen. Wij onderschatten ook de werkdruk niet van de maatschappelijk werkers. Het aantal taken dat hen van overheidswege wordt opgelegd, het aantal cliënten en de complexiteit van de zorgvragen nemen nog voortdurend toe. Wij zijn de invullers van de vragenlijst dan ook zeer erkentelijk voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

De resultaten

1. Toepassing van art. 57

We behandelen hier de 5 belangrijkste instrumenten die de OCMW's hanteren om tegemoet te komen in de medische behoeften van hun cliënten. Deze instrumenten worden vaak gecombineerd toegepast.

1.1. De medische- farmaceutische kaart:

Een medische en/of farmaceutische kaart is een kaart die door het OCMW aan de cliënt wordt toegekend, voor een bepaalde termijn en discipline. De kaart vermeldt doorgaans de huisarts (soms ook kinesist, ziekenhuis,...) op de medische kaart en de apotheker op de farmaceutische kaart. De cliënt hoeft dan niet voor elke prestatie of geneesmiddel vooraf een toelating aan het OCMW te vragen, terwijl deze laatste (het grootste deel van) de factuur betaalt.

Eén OCMW werkt met geen enkele kaart, één OCMW heeft de medische kaart afgeschaft en werkt enkel nog met de farmaceutische kaart. Twee OCMW's gebruiken enkel de medische kaart. Eén OCMW werkt met een systeem van bonnen voor de apotheker en een ander met een blad, dat door de apotheker per maand wordt ingevuld en waarmee de cliënt het grootste deel van zijn kosten terugbetaald krijgt. Eén OCMW werkt niet met de medische kaart strictu sensu, maar met requisitoria die voor een bepaalde periode geldig kunnen zijn. Omdat deze praktijk gelijklopend is aan die van de medische kaart, beschouwen we dit ook als een medische kaart. In één OCMW is het regelmatig gebruik van de medische-farmaceutische kaart in 1996 afgeschaft, om budgettaire redenen. De kaart wordt wel nog gebruikt in enkele gevallen.

Dit betekent dat bijna alle OCMW's, 17 van de 19, met de medische kaart werken. Elf hiervan werken veel met dit systeem, terwijl 6 soms.

De farmaceutische kaart wordt door 16 van de 19 OCMW's toegepast. Elf OCMW's maken er veel gebruik van en 5 soms.

11 OCMW's combineren beide kaarten, soms 'gezondheidskaart' genoemd.

Eén OCMW gebruikt 3 kaarten: één voor de verzekerden, één voor de cliënten zonder ziekteverzekering en één die uitsluitend geldt voor de raadplegingen in het Irisziekenhuis op hun grondgebied (het systeem zou binnenkort gewijzigd worden).

Het requisitorium

Een requisitorium is een betalingsverbintenis die door het OCMW aan de cliënt wordt verstrekt en waarmee deze laatste kosteloos zijn zorgen kan verkrijgen, terwijl de zorgverstrekker de garantie heeft dat het OCMW zijn prestaties betaalt.

Requisitoria worden uitgereikt voor huisartsen en specialisten, apothekers, thuisverpleging, tandartsen, ziekenhuizen, paramedici etc. Alle OCMW's gebruiken requisitoria, waarvan 15 vaak en 4 soms. Hoe minder er met de medische kaart wordt gewerkt, hoe vaker er met requisitoria wordt gewerkt.

Requisitoria worden uitgereikt door het OCMW, bij één OCMW ook door de huisarts bij verwijzing naar een Iris-ziekenhuis.

Het gebruik van requisitoria in de ziekenhuizen:

Slechts 2 OCMW's gebruiken de medische kaart voor consultaties in het openbaar ziekenhuis op hun grondgebied. In alle andere gevallen worden er requisitoria uitgereikt voor een consultatie of opname in een ziekenhuis. Het gebruik van het requisitorium voor de ziekenhuizen is geconventioneerd in de Iris-overeenkomst van 2/4/96. De conventie vermeldt de voorwaarden waaronder de cliënt verzorgd wordt, dit om de kostprijs onder controle te houden. We ontvingen een model van requisitorium, waarop 15 OCMW's vermeld worden. 4 OCMW's hebben geen Iris-conventie. Bij deze OCMW's kan de cliënt zijn ziekenhuis vrij kiezen. Drie van deze 4 respondenten zien de noodzaak van een conventie niet in, vermits ze geen openbaar ziekenhuis in de gemeente hebben. "Volgens de wet van '65 kunnen de cliënten zich in een openbaar ziekenhuis laten verzorgen en wordt de factuur door het OCMW betaald als ze die krijgen". Eén van deze OCMW's heeft daarenboven een eigen conventie met 2 privé-ziekenhuizen. Een ander OCMW heeft een conventie met een openbaar en een privé-ziekenhuis.

De 15 OCMW's, die de Iris-conventie tekenden, werken niet allemaal (uitsluitend) met de 9 Iris-ziekenhuizen. Elf OCMW's verwijzen *bij voorkeur* naar de 9 Iris-ziekenhuizen. Eén OCMW heeft bovendien een conventie met het 2 privé-ziekenhuizen. Eén OCMW verwijst *bij voorkeur* naar slechts 2 Irisziekenhuizen. Twee OCMW's verwijzen *bij voorkeur* naar het Iris-ziekenhuis op hun grondgebied, waar de medische kaart geldig is voor de consultaties. Bij een ander OCMW heeft de cliënt de vrije keuze. Wanneer er 'bij voorkeur' wordt verwezen wil dat zeggen dat in sommige gevallen een ander ziekenhuis kan bezocht worden: wanneer het om een bepaalde specialisatie gaat of (soms) wanneer de cliënt elders al een dossier heeft.

Eigen zorgverstrekking:

Weinig OCMW's bieden zelf medische zorgen aan. Eén OCMW beschikt over een polikliniek, en ander over een eigen medisch centrum. Nog een ander heeft een dispensarium met een arts en verpleegster, waar ook aandacht is voor preventie, maar waar het nodige personeel ontbreekt om huisbezoeken te doen. Eén OCMW heeft een dispensarium en een thuisverzorgingsdienst. Nog één heeft enkel een thuisverzorgingsdienst.

1.2. De sociale franchise:

Dit systeem zorgt er voor dat bepaalde welomschreven categorieën van mensen met een laag inkomen jaarlijks niet meer dan 15.000 F aan remgeld betalen². Hoewel dit mechanisme bij wet voorzien is, zeggen slechts 8 OCMW's rekening te houden met dit systeem, waarvan 6 vaak en 2 soms. Sommige OCMW's houden rekening met de voordelen van de sociale franchise in de tegemoetkoming voor de medische kosten, andere niet.

² Niet alle remgelden worden in de franchise verrekend, o.a. niet die van de geneesmiddelen. Momenteel treedt echter een nieuw systeem in werking, de 'Maximumfactuur', die op termijn meer remgelden (en doelgroepen) in de franchise zal opnemen.

In één OCMW wordt de medische kaart om die reden slechts in een beperkt aantal gevallen toegekend. Men gaat ervan uit dat 15.000 : 12=1250 F per maand voor de meeste cliënten draagbaar is. Men vindt ook dat als de federale staat op die manier tegemoet komt, de cliënt niet nog eens terugbetaald kan worden. Er zou hier sprake zijn van een overlapping in de systemen van tegemoetkomingen.

Een ander OCMW heeft een overeenkomst met de mutualiteiten, waardoor het remgeld dat te veel werd betaald (door het OCMW) aan het OCMW wordt terugbetaald i.p.v. aan de cliënt.

1.3. De derdebetalersregeling

Met dit systeem betaalt de cliënt enkel het remgeld. Het wordt steeds toegepast voor ziekenhuiskosten en geneesmiddelen. Ook bij de huisarts en andere zorgverstrekkers kan het aangevraagd worden door de cliënt indien hij zich in een financiële noodsituatie bevindt. De zorgverstrekker is hier niet toe verplicht.

Van de 16 OCMW's die de vragenlijst hebben ingevuld zijn er 8 die geen cliënten hebben waarvoor deze regeling wordt toegepast. Twee respondenten melden dat zij cliënten hebben die van de regeling gebruik maken zonder dat het OCMW daar een rol in speelt. Bij 6 OCMW's speelt het OCMW een intermediaire rol in deze regeling.

Welke rol speelt het OCMW ? Wat is de procedure ?

Meestal als volgt: Het OCMW betaalt de zorgverstrekker aan RIZIV-tarief, vraagt volmacht aan de cliënt om bij zijn mutualiteit het terugbetaalbare deel te innen en verzendt de volmacht samen met de getuigschriften van verstrekte zorgen aan de mutualiteit om de gemaakte kosten te recupereren.

Soms betaalt de cliënt het remgeld, soms het OCMW.

De cliënten die er gebruik van willen maken moeten een 'attest van noodtoestand' door de zorgverstrekker laten invullen. In één OCMW is dit niet nodig voor de bestaansminimumgerechtigden en -equivalenten.

Een ander OCMW laat in een conventie de meewerkende artsen en één kinesist zich ertoe verbinden de derdebetalersregeling toe te passen en bovendien geen remgeld te vragen. Deze artsen regelen rechtstreeks hun honoraria met het ziekenfonds. Het OCMW hoeft hier dus niet tussen te komen, behalve voor de cliënten die geen ziekteverzekering hebben.

1.4. Andere tussenkomsten:

Hier vermeldt men soms terugbetaling van geneesmiddelen (wanneer de farmaceutische kaart niet werd toegekend) en tussenkomsten in andere kosten zoals voor de Centra Geestelijke Gezondheidszorg. Hier zijn weinig antwoorden, *waarschijnlijk omdat men bijna steeds óf met de medische/farmaceutische kaart óf met requisitoria werkt.*

Naar andere instrumenten die in de sociale zekerheid bestaan om tegemoet te komen aan de gezondheidsnoden werd niet gevraagd (wijkgezondheidscentra met een forfaitair betalingssysteem, het globaal medisch dossier, de voorkeurregeling, tussenkomsten voor chronische zieken en zeldzame aandoeningen, ...). Ze werden ook niet spontaan genoemd.

1.5. De toepassing van art. 57 wanneer níét met het systeem van de medische kaart wordt gewerkt

Hier werd gevraagd naar *de mate waarin* gebruik wordt gemaakt van requisitoria, de sociale franchise, eigen dienstverlening of 'andere' tegemoetkomingen.

Algemeen kan gesteld worden dat requisitoria wijd verspreid zijn voor alle soorten zorgverstrekkingen. Met het systeem van de sociale franchise wordt slechts beperkt rekening gehouden. Eigen dienstverlening wordt bijna niet aangeboden. Andere tegemoetkomingen worden niet genoemd. Ook de regeling derde betaler wordt hier niet spontaan vernoemd.

2. Toepassing van de medische/farmaceutische kaart

2.1. Toekenning

Tabel 1: Aantal bestaansminimumtrekkers en aantal verstrekte medische kaarten

	Aantal Bestaansminimumtrekkers jan. '00 ³	Verhouding tot de bevolking ² dec. '99 in %	Aantal medische kaarten
Brussel	2663	2,2	6593 in 2000
Elsene	1499	2,0	bijna alle cliënten
Sint-Jans-Molenbeek	1410	2,0	
Sint-Gillis	1396	3,3	
Schaarbeek	1251	1,2	2090 in 2000
Anderlecht	1074	1,2	208
Etterbeek	942	2,4	
Ukkel	695	1,0	
Sint-Joost-ten-Noode	613	2,7	201
Vorst	600	1,2	650
Jette	447	1,1	275
Evere	406	1,2	
St.-Lambrechts-Woluwe	295	0,6	54 in 1999
Oudergem	290	1,0	
Watermaal-Bosvoorde	143	0,6	82
St.-Agatha-Berchem	135	1,2	10
Koekelberg	151	1,0	171
St.-Pieters-Woluwe	153	0,4	bijna alle cliënten
Ganshoren	78	0,4	29

We hebben naar het aantal medische (niet naar de farmaceutische) kaarten gevraagd. Niet alle OCMW's konden ons dat aantal geven. Deze cijfers moeten onder voorbehoud bekeken worden omdat sommige OCMW's de cijfers geven voor een jaar, andere op één datum (bvb. 31/1/01). Ook wordt het systeem op verschillende manieren toegepast. Het gaat hier dus enkel om een aanwijzing.

We vermelden het aantal bestaansminimumtrekkers als indicatie voor de omvang van het cliënteel. Uiteraard vormt het totale cliënteel een nog grotere groep. Hier blijkt dat er enorme verschillen bestaan tussen de OCMW's in de omvang van het cliënteel. Soms gaat het om tientallen bestaansminimumtrekkers, soms om honderdtallen, soms om duizendtallen.

De verschillen in het aantal uitgereikte medische kaarten t.o.v. het aantal bestaansminimumtrekkers (als indicatie) lijken nog veel groter. Sommige OCMW's reiken in

³ Rapport over de staat van de armoede in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, jaarverslag 2000, Centrum voor Gezondheidsobservatie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

verhouding de medische kaart uit aan zeer veel cliënten, in andere gemeenten wordt dit sterk beperkt.

Aan welke categorieën van cliënten wordt de medische/farmaceutische kaart verstrekt?

Tabel 2: Aantal OCMW's die een medische en/of farmaceutische kaart verstrekken

	<i>Nooit</i>	<i>soms</i>	<i>vaak/altijd</i>
A. Bestaansminimumgerechtigden		5	13
B. Equivalent bestaansminimum (zoals gewaarborgd inkomen bejaarden)	1	5	12
C. Bestaansminimumgerechtigden, tewerkgesteld i.k.v. art. 60 of doorstromingsprogramma	9	7	2
D. Mensen met te hoge medische kosten in verhouding tot hun inkomen	1	8	9
E. Mensen die voorschotten ontvangen	6	10	3
F. Legale vluchtelingen	7	5	6
G. Mensen zonder papieren	13	4	

Globaal genomen zijn het vooral de bestaansminimumgerechtigden (of equivalent) die gebruik maken van de kaart. Mensen met een arbeidsinkomen - m.i.v. de mensen tewerkgesteld i.k.v. art 60 of Doorstromingsprogramma - veeleer niet, maar wel wanneer hun inkomen ontoereikend is voor de (hoge) medische kosten die ze dragen. Voor mensen die voorschotten ontvangen en legale vluchtelingen hangt het erg af van gemeente tot gemeente: in sommige gemeenten nooit, in andere soms, in nog andere vaak of altijd. Voor mensen zonder papieren wordt het KB op de 'dringende medische hulp' toegepast, doorgaans zonder medische of farmaceutische kaart.

In één OCMW krijgen net die mensen die van de sociale franchise genieten géén medische kaart. In een ander OCMW is dat het geval voor mensen die in orde zijn met de mutualiteit. In deze gemeenten is de kaart beperkt tot cliënten in een specifieke probleemsituatie.

Hoewel sommige OCMW's beweren de kaart vaak/altijd te verstrekken aan bestaansminimumtrekkers, blijkt dat niet uit hun cijfers in tabel 1. Eén OCMW beweert de kaart vaak of altijd te verstrekken aan mensen uit cat. A, B, D en F, terwijl uit tabel 1 blijkt dat slechts één vijfde van het aantal bestaansminimumtrekkers de medische kaart krijgt. Deze discrepantie geldt in mindere mate voor nog twee andere OCMW's. Vermits we in tabel 1 enkel naar het aantal medische kaarten hebben gevraagd en in tabel 2 beide kaarten samen hebben genomen, zou het wel kunnen dat de farmaceutische kaart in deze gemeenten meer wordt uitgereikt.

Bijkomende specifieke criteria of een reglementering om de kaart te verstrekken

- Drie OCMW's hanteren geen bijkomende criteria.

In één OCMW wordt de gezondheidskaart automatisch gekoppeld aan de toekenning van het bestaansminimum (of equivalent).

- Eén OCMW kent de kaart niet toe, wanneer men in regel is met de ziekteverzekering, behoudens categorie D. Men rekent hier op de sociale franchise. Idem dito voor een ander OCMW waar de kaart niet wordt toegekend aan de WIGW's.

Drie respondenten stellen over een eigen reglement te beschikken: in één OCMW zijn de criteria vastgelegd door de Raad, maar we konden dit document niet krijgen. Het zou er op neer komen dat mensen, die sociale hulp van het OCMW krijgen, een gezondheidskaart kunnen krijgen van de Sociale Dienst zonder bijkomende toestemming van het Bijzonder Comité. Twee OCMW's hebben wel een document bijgevoegd, maar er staan geen criteria in m.b.t. de toekenning.

Doorgaans worden zowel financiële als sociale criteria gehanteerd.

Volgende (bijkomende) criteria werden vernoemd:

- Op een stabiele manier in de gemeente wonen (één OCMW)
- Inkomen lager dan anderhalf keer het bestaansminimum (één OCMW)
- Ernst en chroniciteit van de ziekte (zie ook categorie D)
- Het niet-bezitten van een auto (één OCMW)
- Bijzondere sociale situatie : schulden, kinderlast, ...
- In één OCMW berekent men per cliënt wat hij overhoudt na aftrek van zijn vaste lasten. Wanneer dit dagelijks gemiddelde lager ligt dan 324 F, kan hij een medische kaart krijgen en een gedeeltelijke terugbetaling van zijn geneesmiddelen.

Beslist de Raad over de toekenning van de kaart ?

Dit is meestal het geval. De Raad beslist vaak of altijd in 11 van de 15 OCMW's, soms in 3 OCMW's, nooit in 1 OCMW.

Indien niet, wie beslist er ? In welke gevallen ?

5 OCMW's vernoemen het Bijzonder Comité van de Sociale Dienst (BCSD).

In dringende gevallen beslist soms de voorzitter of het hoofd van de Sociale Dienst. (In sommige OCMW's neemt het BCSD zeer veel beslissingen. In één OCMW bvb. vergadert het Comité zo'n 6 à 7 uur per week om te delibereren over de toekenning van steun. Over de tijd die besteed wordt aan beslissingen i.v.m. medische zorgen hebben we geen gegevens.)

Is de kaart voor een welbepaalde periode geldig ?

Dit is -op één na - overal het geval.

De periode varieert van een dag tot max. één jaar, meestal 3 tot 6 maanden.

In één OCMW is de kaart niet voor een welbepaalde periode geldig, maar wel jaarlijks herzienbaar.

Wie beslist over de verlenging ?

Bij 9 OCMW's beslist het Bijzonder Comité hierover, soms de Raad, hier en daar een maatschappelijk werker, één enkele keer de voorzitter of het hoofd van de sociale dienst.

Eens de kaart is toegekend, wordt het advies/voorschrift van de verwijzende arts steeds gevolgd?

In 7 OCMW's wordt het advies of voorschrift van de zorgverstrekker steeds gevolgd, in 4 OCMW's meestal. In 4 OCMW's is er altijd nog een toestemming nodig van de Raad. Tabel 3: Aantal OCMW's waar de Raad moet instemmen met het advies of voorschrift van de zorgverstrekker

	Vaak/Altijd	Soms
de aanschaf van voorgeschreven geneesmiddelen	1	5
raadpleging specialist	3	3
raadpleging Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg	3	3
onderzoek/behandeling in openbaar ziekenhuis	3	1

onderzoek/behandeling in privé-ziekenhuis	4	3
paramedische zorgverstrekking	2	2

Er dient hier opgemerkt dat - op de eerste categorie na - het hier gaat om zorgen die doorgaans niet door de medische/farmaceutische kaart worden gedekt, zoals zal blijken uit tabel 4.

De politiek verschilt veel van het ene OCMW tot het andere. Bij drie OCMW's is er voor zowat alles nog toestemming nodig van de Raad.

Bij diegenen die 'soms' aanduiden gaat het om niet door de mutualiteit terugbetaalde middelen e.d. of niet op een door hen gehanteerde lijst voorkomende middelen.

Eén OCMW geeft aan dat - niettegenstaande de toekenning van de kaart en de toestemming van de Raad - de begunstigde nog op elk voorschrift een stempel moet laten zetten door de administratie en een requisitorium nodig heeft voor een aantal zorgverstrekingen.

In één OCMW schrijft de (geconventioneerde) arts zelf een requisitorium waarmee de patiënt rechtstreeks en zonder bijkomende toestemming van de Raad een Iris-ziekenhuis kan consulteren.

2.2. Zorgverstrekkers

Wordt op de kaart één vaste zorgverstrekker per discipline vermeld?

Dit is het geval bij 9 OCMW's: in één OCMW is dat de eigen huisarts. In de andere gevallen kiest de cliënt een arts uit de lijst met geconventioneerde artsen⁴.

Zes OCMW's vermelden geen vaste zorgverstrekker, waarvan 3 een lijst aan de cliënt bezorgen waaruit hij telkens kan kiezen.

In 5 OCMW's kan de cliënt kiezen uit alle apotheken van de gemeente.

Wanneer er een vaste zorgverstrekker is:

- Tot wie moet de cliënt zich wenden in afwezigheid van die zorgverstrekker (weekend, vakantie) ?

In 5 van de 9 OCMW's kan de cliënt een beroep doen op gelijk welke door de zorgverstrekker aangeduide vervanger.

In 3 gemeenten moet de vervanger geconventioneerd zijn met het OCMW.

In één gemeente kunnen en in een andere gemeente moeten de cliënten zich tot het ziekenhuis wenden.

In 3 gemeenten kan de cliënt bovendien een beroep doen op de wachtdienst.

- Is de cliënt in deze gevallen evengoed ontslagen van de betaling van het honorarium ?

6 van de 9 OCMW's antwoorden hier positief.

- Wordt de vervanger op dezelfde manier betaald als de vaste arts van de cliënt ?

Dit is het geval bij 6 van de 9 OCMW's

Kan elke zorgverstrekker die dat vraagt, zich kandidaat stellen om met de kaart te werken?

Dit is zonder meer het geval bij 5 OCMW's . Acht OCMW's vragen dat de kandidaat toetreedt tot een conventie al dan niet mits akkoord van de Raad. In de conventie staat onder meer dat de artsen werken aan het officiële ereloon van het RIZIV.

⁴ Met geconventioneerde artsen bedoelen we die artsen die met het OCMW een conventie hebben getekend. Het gaat hier dus niet om alle artsen die met het RIZIV een conventie hebben getekend.

Twee OCMW's accepteren artsen alleen op vraag van de cliënt.

Welke zorgverstrekkers worden erkend binnen het systeem van de kaart ?

OCMW's die geen aantallen (bij benadering) kunnen geven, duiden de disciplines aan met een kruisje.

Twee OCMW's zijn hier niet opgenomen, één omdat het alleen met de farmaceutische kaart werkt, een ander omdat het overal met requisitoria werkt.

Tabel 4: Aantal zorgverstrekkers die erkend worden binnen het systeem van de kaart

OCMW	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k,l,m
Huisarts	32	80	80	x	11	>500	10+ ⁵	30	alle ⁶	x	X
Apotheker	46	100	alle ⁷	alle ⁶	5	Alle ⁷	alle ⁸	6	alle ⁶	x	X
Thuisverpleging zelfst. Thuisverpleging dienst			4 x								
Tandarts			ZH ⁹					2		x	
Kinesist		±10	27					2		x	
CGGZ		1	x					1			
Openb. Ziekenhuis Algemeen Psychiatrisch	1 ¹⁰		1 ⁹								
Privé-ziekenhuis Algemeen Psychiatrisch											
Andere		4	11 ¹¹								

De medische/farmaceutische kaart wordt vooral gebruikt voor de huisarts en apotheker. Voor de geneesmiddelen is in sommige OCMW's wel nog telkens een toelating nodig. Het OCMW heeft daardoor controle op het verbruik. Het aantal meewerkende artsen/apothekers verschilt sterk van gemeente tot gemeente. Sommige OCMW's werken met slechts enkele huisartsen en apothekers, andere met alle huisartsen en apothekers van de gemeente of van de cliënten, een ander met meer dan 500 huisartsen waarvan ook huisartsen van buiten de gemeente. Thuisverpleging wordt zelden gedekt door de medische kaart, tandartsen in 3 gemeenten, kinesitherapie in 4 gemeenten, het centrum voor geestelijke gezondheidszorg in 3 gemeenten.

Voor een consultatie of opname in een (Iris-)ziekenhuis is steeds nog een requisitorium vereist. De ziekenhuizen vragen zelf deze betalingsverbintenis. Bij twee OCMW's geldt de medische kaart wel voor consultaties in het Iris-ziekenhuis op hun grondgebied. De medische kaart dekt sporadisch ook andere zorgverstrekkers: de specialisten van de polikliniek, een podologe, optiekers, een centrum voor gezinsplanning.

Zijn er voldoende zorgverstrekkers bereid mee te werken met het systeem?

10 OCMW's antwoorden bevestigend. Drie OCMW's antwoorden negatief. Twee daarvan geven als verklaring dat de zorgverstrekkers te lang moeten wachten op de betaling door het OCMW.

⁵ 10 huisartsen + de artsen van de polikliniek

⁶ Alle huisartsen van de cliënten

⁷ Alle apothekers van de cliënten

⁸ Alle apothekers van de gemeente

⁹ De tandartsen van het ziekenhuis Etterbeek-Elsene

¹⁰ Enkel voor consultaties

¹¹ Eén podologe en 10 optiekers

Op één OCMW is de vraag niet van toepassing omdat steeds met de huisarts van de patiënt wordt gewerkt. De vraag kon niet beantwoord worden door één OCMW, omdat de sociale dienst er niet betrokken wordt bij het opstellen van de lijst.

2.3. Zorgen, genees- en hulpmiddelen

Welke zorgen/middelen komen wel en niet in aanmerking voor betaling door het OCMW via het systeem van de kaart ?

Indien gedeeltelijk, werd gevraagd te specificeren welk gedeelte (in procent of forfait) door het OCMW wordt betaald.

Tabel 5: Zorgen en middelen die door het OCMW volledig of gedeeltelijk worden terugbetaald (aantal OCMW's)

	alles	gedeeltelijk
Raadpleging huisarts	10	1 OCMW: 20% van het remgeld niet. 2 OCMW's: Riziv-gedeelte
Thuisverpleging: Zelfstandigen Diensten	1	
Raadpleging CGGZ	2	
Raadpleging specialist	7 (<i>Dit wordt in twijfel getrokken door de werkgroep</i>)	
Tandarts	1	
Kinesist	2	
Onderzoek/behandeling in openbaar ziekenhuis: - Algemeen - psychiatrisch	2 (alleen consultaties in Irisziekenhuis in de eigen gemeente)	
Onderzoek/behandeling in privé-ziekenhuis: - algemeen - psychiatrisch		
Andere zorgverstrekkers:	1	
Tandprothesen	4 (waarvan 1 soms)	1
Andere prothesen	2	3 (waarvan één al naargelang het geval)
Bril (monturen, glazen)	3	3 (waarvan één al naargelang het geval)
Andere hulpmiddelen:		
Geneesmiddelen	8 (waarvan 2 soms)	7 (onder allerlei voorwaarden)

Deze tabel werd aanvankelijk veel rijker ingevuld, maar er bleek dat veel respondenten niet alleen de tegemoetkomingen die *door de medische kaart* worden gedekt invulden. Een bijkomende bevraging bracht niet de verhoopte duidelijkheid. De tabel kan onmogelijk volledig zijn en moet dus onder voorbehoud bekeken worden.

Twee respondenten voegen hier aan toe dat de cliënt nog telkens met zijn voorschrift een stempel moet halen op de administratieve dienst . Enkel de door het RIZIV terugbetaalde geneesmiddelen komen in aanmerking.

Eén OCMW werkt niet met de medische kaart. Men werkt vooral met requisitoria, waarbij er een volledige betaling is voor de huisarts, de specialist, de tandarts, de kinesist, het centrum voor geestelijke gezondheidszorg, het openbaar ziekenhuis en de thuisverpleging. Voor zorgen in een privé-ziekenhuis komt men ten dele tussen. Brillen en tandprothesen worden ook betaald, soms betaalt de cliënt hiervan een deel. Geneesmiddelen worden terugbetaald na aankoop, hetzij volledig, hetzij gedeeltelijk, afhankelijk van de sociale situatie.

Eén OCMW werkt niet meer met de medische of farmaceutische kaart strictu sensu. Men reikt requisitoria uit in drievoud (met een exemplaar voor de cliënt, het OCMW en de zorgverstrekker). Zo' n requisitorium kan wel voor een bepaalde *periode* geldig zijn, bvb. wanneer iemand regelmatig bij zijn huisarts op controle gaat. Het OCMW komt volledig tussen voor een consultatie of opname in een ziekenhuis. Tandprothesen, brilmonturen en geneesmiddelen worden soms volledig terugbetaald naargelang de financiële en sociale situatie van de cliënt. Het OCMW komt ook tussen voor alle andere zorgverstrekkingen, maar hoeft weinig te betalen vermits de meeste zorgverstrekkers er zonder remgeld werken.

Een ander OCMW bedingt kortingen bij de meewerkende apothekers.

We vroegen tevens om een lijst met tarieven toe te voegen. Dit bleek onmogelijk. De OCMW's nemen de tarieven van het RIZIV als basis. Daarenboven heeft elk OCMW eigen tarieven voor bepaalde genees- of hulpmiddelen. Voor bepaalde zorgen of middelen is een maximum-tussenkomst vastgelegd, soms een percentage, soms wordt een forfaitair bedrag afgehouden. Geen enkel OCMW kon ons een overzichtelijke lijst met tarieven bezorgen. We ontvingen wel het organiek reglement van de sociaal-geneeskundige dienst van een OCMW. Daarin is een lijst opgenomen van genees- en hulpmiddelen die het OCMW ten laste neemt. Het bevat ook een lijst met geneesmiddelen die niet door het RIZIV (en wel door het OCMW) worden betaald. Een ander OCMW bezorgde ons een door hen gehanteerde lijst met medicamenten die door de FAMGB (Franstalige huisartsen is opgesteld en een lijst van door het OCMW aanvaarde geneesmiddelen.

Met deze vraag wilden we tot een overzicht komen van wat wel en niet wordt terugbetaald door de verschillende OCMW's. De regels die de OCMW's hier hanteren zijn helaas zo ingewikkeld dat het invullen van de tabel niet volstond om tot het gewenste overzicht te komen. Een bijkomende telefonische vraag tot verduidelijking gaf evenmin het verhoopte resultaat.

2.3. Evaluatie

Hier werd gevraagd naar de mening *van de respondent* over de toepassing van art. 57 in het OCMW waar hij/zij werkzaam is.

2.3.1. Tevredenheid over de toepassing van de kaart

Volgens 8 op de 15 respondenten verloopt de toepassing van de medische kaart naar tevredenheid van zowel het cliënteel als van de hulpverleners (één ervan betwijfelt echter of het cliënteel tevreden is).

6 op 15 respondenten zien voor- en nadelen aan het bij hun gehanteerde systeem.

Eén respondent is zeer ontevreden.

Het OCMW dat niet met de medische kaart werkt is tevreden over hun systeem van tussenkomsten.

De aangehaalde voordelen zijn

- de preventieve functie van de medische kaart. De hulpvrager kan zich rechtstreeks tot de zorgverstreker wenden en moet niet betalen. Sommigen betalen wel een deel, op die manier beseffen ze dat niet alles gratis is.
- het respect voor de keuze van de arts (groot aanbod, ook van specialisten in het ziekenhuis op hun grondgebied).
- de gratis zorgen, gemakkelijk in toepassing en uitgebreid.
- de praktische toepassing voor maatschappelijk werkers en cliënten.
- de controle op de verzorgers, de cliënt wordt gemotiveerd voor verzorging, voorkomen van overconsumptie van medische zorgen en medicamenten, raad en bijstand, multidisciplinaire equipe.
- de toegang tot de zorgen, een beter budgetbeheer.
- minder administratieve formaliteiten (de cliënt moet niet elke keer tussenkomst vragen).
- de trouw aan 1 arts. De bestaansminimumtrekkers en -equivalenten ontvangen automatisch de kaart.
- de cliënten die over een medische kaart beschikken moeten zich niet meer verplaatsen naar het OCMW (is vooral een voordeel voor chronisch zieken en bejaarden).
-

Globaal genomen hebben de voordelen betrekking op de toegankelijkheid: lage kostprijs voor het cliënteel, weinig administratieve formaliteiten, weinig verplaatsingen, budgetbeheer, preventieve functie.

De trouw aan één arts, de vrije keuze van arts.

De aangehaalde nadelen zijn:

- de medische kaart is beperkt tot één ziekenhuis
- het risico op misbruik, refacturatie van de apothekers
- De medische kaart wordt niet altijd ingeleverd wanneer de steun ophoudt. Het is soms moeilijk om de volmacht van de cliënt t.o.v. de mutualiteit te bekomen. Er is weinig controle op de consumptie van medische verzorging.
- de administratieve opvolging is zwaar.
- er zijn zorgverstrekkers die weigeren de persoon te behandelen als ze niet dadelijk betalen. De cliënten moeten het geld voorschieten en zich laten terugbetalen.
- er wordt te veel administratieve controle uitgeoefend ten koste van de efficiëntie en het recht op privacy van de begunstigde

Globaal genomen hebben de nadelen betrekking op:

beperkingen voor het cliënteel: in de keuze van zorgverstreker of ziekenhuis, gebrek aan privacy

- misbruiken: de medische kaart wordt niet altijd ingeleverd als de steun ophoudt, weinig controle op de consumptie van medische zorgen
- administratieve rompslomp, gebrek aan efficiëntie
- gebrek aan medewerking door de zorgverstrekkers
-

2.3.2. De wenselijkheid van een aanpassing of uitbreiding van het gehanteerde systeem van de kaart

10 respondenten zijn tevreden over het bij hun gehanteerde systeem. Eén OCMW kon hier nog niet antwoorden. Hun systeem werd onlangs aangepast en moet nog geëvalueerd worden.

Sommige respondenten wensen een uitbreiding of aanpassing van het systeem van de kaart:

- Een betere samenwerking met de apothekers die een rol te spelen hebben in de responsabilisering bij het gebruik van de kaart. Momenteel is er overconsumptie (grote hoeveelheden en ook: shampoo, babyvoeding,...). De cliënt is te vrij in de aanschaf van geneesmiddelen.
- Het systeem zou uitgebreid moeten worden naar alle Iris-ziekenhuizen.
- De gehanteerde lijst van medicamenten moet aangepast worden.
- De raadsleden zijn zich onvoldoende bewust van het belang van de medische hulpverlening, ze letten vooral op de financiës.
- De toepassing van de medische kaart zou uitgebreider mogen zijn voor mensen met een laag inkomen en grote medische kosten.

2.3.3. De wenselijkheid van een aanpassing of uitbreiding van het gehanteerde globale systeem van tussenkomsten in de medische kosten

7 respondenten zijn tevreden

De andere geven diverse opmerkingen:

- De 'geval per geval' aanpak is verdedigbaar i.k.v. het toegankelijkheidsprincipe.
- De tussenkomst in de geneesmiddelen zou uitgebreid moeten worden tot de hele nomenclatuur van het RIZIV.
- De tegemoetkomingen zouden beter beperkt worden i.f.v. de toepassing van het WIGW-regime, de verzekeraarbaarheid en (in mindere mate) van de fiscale en sociale franchise, waardoor enkel nog uitzonderlijke gevallen met hoge medische kosten extra steun nodig hebben.
- Het reglement voor de 'Gratis Medische en Farmaceutische Zorgen' dat door de Raad is vastgelegd zou uitgebreid mogen worden.
- Er zou overleg moeten zijn met dokters, apothekers, andere zorgverstrekkers en de administratieve en sociale dienst om tot een beter systeem te komen op dit gebied.
- Er is teveel papierwerk. De steun zou op een eenvoudiger manier verleend moeten kunnen worden. De zorgen zijn toch gratis.

2.3.4. De wenselijkheid van enige harmonisatie in de door de verschillende OCMW's gehanteerde systemen

Slechts één OCMW vindt een harmonisatie niet nodig. Een ander OCMW vindt dit moeilijk realiseerbaar omdat elk OCMW een eigen systeem heeft dat afhankelijk is van het voorkomen op haar grondgebied van een ziekenhuis en een daaraan verbonden apotheek. De andere veertien respondenten zijn voorstander van een harmonisatie.

Eén respondent vindt dit wenselijk omwille van meer duidelijkheid zowel voor gebruikers als voor zorgverstrekkers, maar hij voegt eraan toe dat het moeilijk realiseerbaar wegens de beslissingsautonomie en het verschillend beleid in de verschillende gemeenten. Verscheidene respondenten geven aan dat het voor cliënten die naar een andere gemeente verhuizen niet prettig is dat de systemen zo verschillend zijn. Deze cliënten begrijpen niet waarom in de ene gemeente niet kan wat in een andere wel kan.

2.3.5. Overleg tussen de OCMW's aangaande de toepassing van art. 57

Volgens 10 respondenten bestaat er -bij hun weten- geen overleg tussen de OCMW's over deze materie.

Twee OCMW's verwijzen naar het Iris-akkoord van 2-9-96.

Eén respondent maakt gewag van ontwerpen die ter studie voorliggen in het kader van de Conferentie van voorzitters en secretarissen van de OCMW's van het Brusselse gewest, maar hij kon ons daar geen informatie over geven.

2.3.6. Privacy van de cliënt (de maatschappelijk werker of administratief bediende weet nl. welke geneesmiddelen de cliënt gebruikt, welke ingrepen hij moet ondergaan).

9 respondenten zien geen probleem inzake de privacy. Drie OCMW's vinden dit wel problematisch.

Wat kan er gedaan worden om de privacy te waarborgen ?

5 respondenten vinden dat het beroepsgeheim volstaat. Eén respondent specificeert dat de artikels 36 en 50 van de organieke wet gerespecteerd moeten worden, alsook artikel 458 van het strafwetboek. (Artikel 36 handelt over het beroepsgeheim, artikel 50 ook maar uitgebreid tot alle personeelsleden).

- Eén respondent wenst dat er minder controle door de administratieve diensten zou plaats hebben omdat zij de bevoegdheid niet bezitten om te beslissen wat wel en wat niet nodig is voor de patiënt.
- Eén respondent stelt voor met een raadgevend arts te werken die verbonden is aan het OCMW, zoals in Charleroi.

2.3.7. De continuïteit van de zorgen

12 respondenten vinden dat hun systeem voldoende de continuïteit van de zorgen garandeert. Eén respondent maakt een uitzondering voor vluchtelingen die buiten het gewest wonen, een andere voor de illegalen. Eén respondent voegt eraan toe dat het systeem net de trouw aan één arts bevordert.

4 respondenten signaleren wel problemen:

- Er zijn te veel drempels. Sommige problemen (bvb. behoud van de huisarts) kunnen opgeheven worden door de tussenkomst van de maatschappelijk werker, mits verslag aan de Raad, maar men is niet steeds op de hoogte van die mogelijkheid of de maatschappelijk werker schenkt er onvoldoende aandacht aan (ook door tijdsdruk). Andere drempels zijn te wijten aan de organisatie, bvb. de begunstigde van de medische kaart moet zich wenden tot de administratieve dienst op bepaalde uren (10-11 uur). Wat als zij dringend geneesmiddelen nodig hebben na die uren enz...
- De uitreiking van het requisitorium duurt te lang.
- Er is een probleem voor de psychiatrische opname /consultatie. Een conventie met Bru-Psy-net zou dit moeten verbeteren.
- De traagheid van betaling van de zorgverstrekkers met als gevolg dat ze weigeren cliënten te verzorgen zonder directe betaling.

Samenvatting

Omdat heel wat Brusselse hulpverleners moeilijkheden ondervonden inzake de tegemoetkomingen in de medische kosten van hun cliënten door de Brusselse OCMW's werd door de werkgroep Toegankelijkheid de opdracht gegeven aan de Brusselse Welzijns- en gezondheidsRaad en het Centrum voor Gezondheidsobservatie om deze praktijk in kaart te brengen, in het bijzonder de toepassing van de medische kaart. 16 OCMW's vulden de vragenlijst in. Telefonisch werden ontbrekende gegevens opgevraagd.

Resultaten van de bevraging

Aard van de tussenkomsten

Om te voldoen aan art. 57 van de OCMW-wet maken bijna alle Brusselse OCMW's gebruik van een 'kaart' (medische, farmaceutische of gezondheidskaart), waarmee de cliënt zich - kosteloos of mits een kleine bijdrage - tot de huisarts of apotheker kan wenden, zonder dat

hij telkens een toelating van het OCMW nodig heeft. Daarnaast wordt veel gebruik gemaakt van het requisitorium of betalingsverbintenis, dit voor ad-hoc-gevallen. Weinig OCMW's bieden zelf medische dienstverlening aan. Ongeveer de helft van de OCMW's houdt rekening met het systeem van de sociale franchise, een kleine helft speelt een rol in de regeling derde betaler. Deze vormen van tegemoetkoming in de medische kosten worden vaak gecombineerd.

Een onderwerp apart is de doorverwijzing naar het ziekenhuis. 15 OCMW's hebben een conventie met de 9 openbare ziekenhuizen. Sommige OCMW's hebben een conventie met één of 2 privé-ziekenhuizen. De cliënt wordt bij voorkeur naar de ziekenhuizen verwezen, waarmee het OCMW een conventie heeft afgesloten, maar vaak is de keuze beperkt tot één of twee.

Toepassing van de medische-farmaceutische kaart

Doelgroepen: De verschillen in het aantal uitgereikte kaarten in verhouding tot het aantal bestaansminimumtrekkers zijn zeer groot. Sommige OCMW's reiken aan zeer veel cliënten een kaart uit, andere aan slechts een zeer beperkte groep. Globaal genomen zijn het vooral de bestaansminimumtrekkers (of equivalent) die gebruik maken van de kaart, mensen met een arbeidsinkomen veeleer niet, maar wel wanneer hun inkomen ontoereikend is voor de (hoge) medische kosten die ze dragen. Voor mensen die voorschotten ontvangen en legale vluchtelingen is het erg afhankelijk van de gemeente: in sommige gemeenten nooit, in andere soms, in nog andere vaak of altijd. Voor mensen zonder papieren wordt het KB op de 'dringende medische hulp' toegepast, doorgaans zonder medische of farmaceutische kaart. In twee OCMW's krijgen die mensen die aangesloten zijn bij een mutualiteit, resp. van de sociale franchise genieten géén medische kaart. In deze gemeenten is de kaart beperkt tot de echte 'probleemgevallen'.

De behoefte is de belangrijkste maatstaf die gehanteerd wordt om een kaart te krijgen, vaak gekoppeld aan het inkomensstatuut. Hier en daar hanteert men bijkomende criteria, verschillend van OCMW tot OCMW. Slechts weinig OCMW's beschikken over een geschreven reglement ter zake.

De kaart is bijna steeds voor een bepaalde periode geldig en verlengbaar. Meestal beslist de Raad of het Bijzonder Comité van de Sociale Dienst over de toekenning of verlenging van de kaart.

Eens de kaart is toegekend, wordt het advies van de arts meestal gevolgd. Toch hebben cliënten in 4 op de 15 OCMW's, die met de medische kaart werken, voor elk voorschrift nog een toestemming van de Raad nodig. Bij de andere is dat enkel nodig in de gevallen die afwijken van de voorschriften. De politiek verschilt veel van het ene OCMW tot het andere.

Op de kaart wordt in 9 op de 15 OCMW's een vaste zorgverstrekker of apotheker vermeld. Bij de andere kan de cliënt steeds kiezen uit een lijst met zorgverstrekkers of apothekers, doorgaans geconventioneerd met het OCMW. In 5 OCMW's kan elke arts die dat wenst met de medische kaart werken. Acht OCMW's vragen dat de kandidaat toetreedt tot een conventie met het OCMW. Wanneer ze niet geneigd zijn mee te werken komt dit omdat ze vrezen te lang op de betaling te moeten wachten.

De medische/farmaceutische kaart wordt vooral gebruikt voor de huisarts en apotheker. Het aantal meewerkende artsen/apothekers verschilt sterk van gemeente tot gemeente. Thuisverpleging, tandheelkunde, kinesithérapie en geestelijke gezondheidszorg worden zelden gedekt door de medische kaart. Voor een consultatie of opname in een (Iris-

)ziekenhuis is (bijna) steeds nog een requisitorium vereist. De medische kaart dekt sporadisch ook andere zorgverstrekkers.

We hebben getracht tot een overzicht komen van wat wel en niet wordt terugbetaald door de verschillende OCMW's. De regels die de OCMW's hier hanteren zijn helaas zo ingewikkeld dat geen enkel OCMW een duidelijk antwoord op deze vraag kon geven. Geen enkel OCMW kon ons een overzichtelijke lijst met tarieven bezorgen. De meeste OCMW's nemen de tarieven van het RIZIV als basis. Daarenboven heeft elk OCMW eigen tarieven voor bepaalde genees- of hulpmiddelen. Voor bepaalde zorgen of middelen is een maximum-tussenkomst vastgelegd, soms een percentage, soms wordt een forfaitair bedrag afgehouden.

Evaluatie

Zowat de helft van de respondenten is tevreden over de manier waarop de kaart in hun OCMW wordt toegepast. Eén is ronduit ontevreden. De anderen zien voor- en nadelen. Voordelen: de toegankelijkheid (lage kostprijs voor het cliënteel, weinig administratieve formaliteiten, weinig verplaatsingen, preventieve functie), de trouw aan één arts, de vrije keuze van arts, de continuïteit van de zorg, voorkomen van overconsumptie. Nadelen: beperkingen voor het cliënteel (in de keuze van zorgverstreker of ziekenhuis, gebrek aan privacy), misbruiken, administratieve rompslomp, gebrek aan efficiëntie, gebrek aan medewerking door de zorgverstrekkers. Wensen: een uitbreiding van de meewerkende ziekenhuizen, van de lijst met geneesmiddelen of van de doelgroep, meer overleg, minder papierwerk. Ten slotte zijn de meeste respondenten voorstander van een harmonisatie van het OCMW-beleid van de 19 gemeenten.

Besluit en aanbevelingen

1. Voor de toepassing van art. 57 worden niet alle instrumenten (voldoende) benut

Voor de toepassing van art. 57 gebruiken de meeste OCMW's een medische en/of farmaceutische kaart, zij het niet allemaal in dezelfde mate. De helft van de respondenten zijn hier tevreden over. Een kleine helft ziet voor- en nadelen, slechts één respondent is ontevreden.

Het OCMW kan ook een beroep doen op de mechanismen van de sociale zekerheid die door de federale overheid zijn voorzien met het oog op een betere toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor kwetsbare doelgroepen¹².

Uit de bevraging blijkt dat de OCMW's deze instrumenten niet altijd benutten, vooral de 'regeling derde betaler'.

¹² de grotere verzekeraarbaarheid en de invoering van selectieve maatregelen zoals de sociale franchise/Maximumfactuur, de uitbreiding van de voorkeurregeling, de mogelijkheid om de regeling derde betaler toe te passen, de forfaitaire betaling in wijkgezondheidscentra, het globaal medisch dossier voor 50-plussers en de tussenkomsten voor chronisch zieken en voor zeldzame aandoeningen (voor de volledigheid voegen we daar nog het speciaal onderstandsfonds van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie aan toe)

Aanbeveling: De sociale diensten moeten er in de eerste plaats voor zorgen dat hun cliënten van deze sociale zekerheidsmechanismen maximaal gebruik kunnen maken. De regeling derde betaler moet voor dit publiek veralgemeend worden.

2. Ontevredenheid over de grote verschillen tussen de OCMW's in de toepassing van de medische/farmaceutische kaart

Met de bevraging wilden de leden van de werkgroep ook een inzicht krijgen in de verschillende manieren waarop de OCMW's de medische/farmaceutische kaart toepassen. Een overzicht van de tussenkomsten die in de verschillende OCMW's door de kaart gedekt zijn werd niet verkregen. Het onderzoek bevestigt wel dat er grote verschillen bestaan in de toepassing van de medische kaart door de 19 OCMW's. De meeste respondenten zijn dan ook voorstander van een harmonisatie van de verschillende systemen.

De verschillen stellen een probleem op volgende vlakken:

1. De criteria voor de toekenning van de kaart:

Probleem: De criteria zijn overal verschillend, als er al criteria vastliggen. Dat maakt de cliënt afhankelijk van de goodwill van het OCMW op die plaats en op dat ogenblik. Cliënten noch hun hulpverleners weten op welke steun ze kunnen rekenen.

2. De beslissingsbevoegdheid van de verschillende actoren:

Probleem: In het ene OCMW heeft de Raad of het Bijzonder Comité (B.C.) een verregaande beslissingsbevoegdheid, in het andere heeft de sociale dienst meer autonomie. Om misbruik van de kaart te voorkomen moet de Raad, het B.C. of de administratie op vele plaatsen nog een toestemming geven over elk voorschrift. Zij zijn echter niet bevoegd om te oordelen over het noodzakelijk zijn van zorgen of middelen. Het administratief traject dat de cliënt moet afleggen is vaak te lang. Bovendien komt de privacy van de cliënt hierdoor in het gedrang.

3. De verschillende soorten zorgen, middelen en diensten die door de kaart gedekt zijn.

Probleem: De OCMW's nemen de tarieven van het RIZIV als basis. Daarenboven heeft elk OCMW eigen tarieven voor bepaalde genees- of hulpmiddelen. Voor bepaalde zorgen of middelen is een maximum-tussenkomst vastgelegd, soms een percentage, soms wordt een forfaitair bedrag afgehouden. Sommige OCMW's nemen zeer veel ten laste, andere weinig. Er is geen overzicht en transparantie op dit gebied. Zorgverstrekkers noch cliënten weten op welke tussenkomst ze kunnen rekenen. Voor de OCMW-medewerkers vraagt het veel werk de kluwen aan richtlijnen na te leven

4. De criteria waaraan de zorgverstrekker of apotheker moet voldoen om met de kaart te werken

Probleem: In sommige OCMW's kan elke zorgverstrekker die dat wenst met de medische kaart werken, zonder voorwaarden. Andere OCMW's voeren beperkingen in en vragen aan de zorgverstrekkers een conventie met het OCMW te ondertekenen. Daardoor werken sommige OCMW's met zeer veel zorgverstrekkers samen, ook van buiten de gemeente, andere met een beperkt aantal. Sommige zorgverstrekkers worden niet toegelaten. Dit beperkt de vrije keuze van de cliënt. Ook kunnen niet alle disciplines met de medische kaart werken.

De cliënt dient soms zijn eigen huisarts de bons te geven. Moeten veranderen van zorgverstrekker of medische dienst komt de continuïteit van de zorg niet ten goede en ook niet de kwaliteit, gezien het belang van een opgebouwde vertrouwensrelatie.

5. De inschakeling van een vervangende zorgverstreker in afwezigheid van de vaste arts
Probleem: De cliënt kan niet altijd kiezen tot wie hij zich wendt in afwezigheid van zijn huisarts. Soms moet hij naar de spoeddienst van een ziekenhuis gaan, waardoor een oneigenlijk gebruik van de spoeddienst aangemoedigd wordt.
Apothekers aanvaarden soms het voorschrift niet dat door een andere arts is afgeleverd dan door diegene die op de kaart vermeld staat.
De vervanger ondervindt soms problemen bij de betaling van zijn honorarium.

6. De samenwerking met de ziekenhuizen :
Probleem: Sommige OCMW's werken samen met slechts één tot enkele ziekenhuizen. Niet alleen beperkt dat de keuzevrijheid van de cliënt, ook gaat zich een kansarm publiek in sommige ziekenhuizen concentreren, terwijl de andere toch ook een sociale verantwoordelijkheid hebben.

Aanbeveling :

Het is wenselijk dat de OCMW's aangaande de medische/farmaceutische kaart zouden overleggen met elkaar om tot een geharmoniseerd en transparant systeem te komen dat duidelijk gecommuniceerd kan worden naar het cliënteel, de hulpverleners, de zorgvertrekkers, de apothekers, ziekenfondsen en ziekenhuizen.

Begripsverklaring rapport medische kaart

Remgeld

Het RIZIV betaalt een groot deel van de medische kosten van de patiënten die aangesloten zijn bij een ziekenfonds. De patiënt betaalt zelf een beperkt deel, het remgeld. Deze persoonlijke bijdrage moet overconsumptie tegengaan.

De voorkeurregeling

Enkele categorieën van mensen genieten van een verminderd remgeld: gepensioneerden en weduwen en weduwnaars met een laag inkomen, mensen met een invaliditeits- of gehandicaptenuitkering, bestaansminimumtrekkers en hiermee gelijkgestelden, langdurig werklozen (deze enkel voor langdurige ziekenhuisopname).

Deze hoedanigheid (de vroegere WIGW's) is vermeld op de SIS-kaart.

Sociale franchise

Deze is/was van toepassing op bovenstaande categorieën en gezinshoofden of alleenstaanden die langer dan 6 maanden werkloos zijn.

De mutualiteit houdt bij hoeveel remgeld er betaald is. Van zodra de patiënt een bepaald plafond aan remgeld overschreden heeft, wordt hem voor de rest van het jaar de volledig kostprijs van zijn medische uitgaven terugbetaald (dus inclusief remgelden, behalve de supplementen).

Tot voor kort werden geneesmiddelen en de meeste ziekenhuiskosten niet mee verrekend. Het systeem van de Maximumfactuur dat sinds dit jaar wordt ingevoerd komt daaraan tegemoet. Ook is er een uitbreiding naar de hele bevolking en een verfijning van de plafonds (te beginnen met 18.000 F voor de laagste inkomens).

Regeling Derde Betaler

Deze regeling komt erop naar dat de patiënt enkel het remgeld betaalt aan zijn zorgverstreker of apotheker. Deze laatste ontvangt de rest van zijn ereloon of verkoopprijs (bij geneesmiddelen) van het ziekenfonds. Deze regeling wordt steeds toegepast voor ziekenhuis- en farmaceutische kosten. Ook voor andere zorgverstrekingen (huisarts, tandarts, kinesist, thuisverpleging, ...) bestaat deze mogelijkheid. Hiervoor komen ongeveer dezelfde categorieën in aanmerking als voor de voorgaande maatregelen. Toch kan 'iedereen die zich in een individuele noodsituatie bevindt' aan zijn zorgverstreker vragen deze regeling toe te passen. De zorgverstreker is hiertoe niet verplicht.
