

SYNTHESE

WELKE GEZONDHEIDSZORG VOOR PERSONEN ZONDER WETTIG VERBLIJF?



SYNTHESE

WELKE GEZONDHEIDSZORG VOOR PERSONEN ZONDER WETTIG VERBLIJF?

DOMINIQUE ROBERFROID, MARIE DAUVRIN, INES KEYGNAERT, ANJA DESOMER, BIRGIT KERSTENS, CÉCILE CAMBERLIN, JULIE GYSEN, VINCENT LORANT, ILSE DERLUYN



■ VOORWOORD

In 2014, publiceerde het RIZIV, in samenwerking met Dokters van de Wereld, een witboek voor een meer inclusief gezondheidssysteem. Dit document was het hoogtepunt van een gezamenlijke denkoefening van meer dan 300 actoren uit de sociale en gezondheidszorg in ons land. Hun eerste aanbeveling was het vereenvoudigen van de toegang tot de gezondheidszorg voor verschillende categorieën personen die momenteel uitgesloten zijn van de ziekteverzekering. In het kielzog van deze belangrijke maatschappelijke mobilisatie werd beslist om het huidige onderzoek uit te voeren waarvan u nu de resultaten kan lezen. Het KCE kreeg inderdaad de opdracht om de toegangswegen tot de gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf in ons land grondig te analyseren, iets wat tot nu toe nog niet gebeurd was.

Het is een gevoelig onderwerp. Zeer gevoelig zelfs, wegens de huidige asielcrisis. Deze maakt het meer dan ooit nodig om dergelijke objectieve, wetenschappelijke studie uit te voeren, los van alle standpunten en emotionele reacties. Hiervoor hanteerde het KCE verschillende onderzoeksmethodes, zowel kwantitatieve als kwalitatieve, en consulteerde het een groot aantal rechthebbenden en mensen van het terrein. Onze conclusie: de recente procedures hebben hun merites, maar ze zijn complex en variabel. Het gevolg is dat de toegang tot de gezondheidszorg in veel situaties niet goed is, wat zorgt voor een hogere werklast voor alle betrokken partijen.

De reorganisatie die wij voorstellen, en waarvan u in dit rapport de grote lijnen kan vinden, wil een nieuw evenwicht tot stand brengen tussen een toegang tot gezondheidszorg voor iedereen – niet te vergeten een fundamenteel mensenrecht– en een correcte en goed afgebakende inzet van onze publieke middelen. Deze hervorming moet het leven voor iedereen eenvoudiger maken, met meer leesbare, eenvoudige en geharmoniseerde regels, met minder zware administratieve taken, met aangepaste financiële stromen en een betere globale opvolging van de situatie.

We hebben er extra op toe gezien om bij deze studie geen ideologische overtuigingen te laten meespelen. Toch moeten we trouw blijven aan de missie van het KCE. De toegang tot de gezondheidszorg verminderen of weigeren kan geen legitiem middel zijn voor een asielbeperking. Ons land is zeker geen slechte leerling op gebied van mensenrechten, en wij zijn daarop trots, terecht trouwens. Hier hebben wij de gelegenheid om degenen die het nodig hebben zorg te blijven bieden, maar op een vlottere manier en beter omkaderd. Dit zou zelfs de meest huiverachtigen onder ons moeten geruststellen.

Christian LÉONARD
Adjunct-directeur-generaal

Raf MERTENS
Directeur-generaal



■ KERN- BOODSCHAPPEN

- Personen zonder wettig verblijf kunnen zich niet aansluiten bij een ziekenfonds. Ze kunnen wel toegang tot de gezondheidszorg verkrijgen via de procedure Dringende Medische Hulp (DMH) na aanvraag bij het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) van hun gemeente, op voorwaarde dat hun behoefte is aangetoond tijdens een sociaal onderzoek. DMH omvat in principe alle gezondheidszorgen zowel preventief als curatief, verleend in een ziekenhuis of ambulant.
- In 2013 deden 17 602 personen een beroep op DMH, wat neerkomt op 10% tot 20% van het geschatte aantal personen zonder wettig verblijf. Gemiddeld bedroeg de jaarlijkse overheidskost per begunstigde 2539€. Het jaarlijks aantal DMH-aanvragen is stabiel sinds 2011. Tot op heden zijn er geen objectieve elementen die een onrechtmatig gebruik van deze gezondheidszorg aantonen.
- DMH is een sterk signaal dat België het fundamenteel recht voor iedereen op toegang tot gezondheidszorg respecteert. Maar de complexiteit van de huidige procedures is nefast voor alle betrokken partijen: de toegang tot de gezondheidszorg voor de personen zonder wettig verblijf is onzeker en variabel, de administratieve procedures zijn zwaar en duur voor de OCMW's, moeilijkheden in praktijksbeheer voor de zorgverstrekkers, en het is voor de publieke overheden moeilijk om de zorgpraktijk en de kosten te monitoren.
- Wij stellen een hervorming van de DMH in 9 punten voor, om een beter evenwicht te bereiken tussen een voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg en een rationeel gebruik van de publieke middelen. Deze hervorming volgt twee grote lijnen: het vereenvoudigen en harmoniseren van de administratieve procedures en het rationaliseren van de toegang tot de gezondheidszorg en het informatiesysteem.
 - De aanvraag voor hulp vergemakkelijken
 - Het sociaal onderzoek rationaliseren
 - De medische kaart standaardiseren
 - De gedekte zorg harmoniseren
 - Het gebruik van de gezondheidszorg rationaliseren
 - De financiering vereenvoudigen
 - Zorgen voor de continuïteit van zorg en informatie
 - De communicatie verbeteren
 - Monitoring van de zorgpraktijk en de kosten
- Voor de verwezenlijking van deze hervorming is een overleg noodzakelijk tussen alle betrokken partijen: de POD MI, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de HZIV en de Vereniging van Steden en Gemeenten.



■ **SYNTHESE**

INHOUDSOPGAVE

■	VOORWOORD.....	1
■	KERNBOODSCHAPPEN.....	2
■	SYNTHESE	3
■	LEXICON.....	4
1.	WIE ZIJN DE PERSONEN ZONDER WETTIG VERBLIJF?.....	6
2.	WAT IS DRINGENDE MEDISCHE HULP?	7
3.	WAAROM IS DMH ZO BELANGRIJK?	7
3.1.	RECHTEN VAN DE MENS	7
3.2.	VOLKSGEZONDHEID.....	7
3.3.	KOSTPRIJS.....	7
4.	WAAROM DIT RAPPORT?	8
5.	HOEVEEL PERSONEN ZIJN BETROKKEN BIJ DMH?	9
6.	HOE WERKT DMH?	11
6.1.	WAT ZIJN DE VOORWAARDEN VOOR DMH?	11
6.1.1.	Territorialiteit	11
6.1.2.	Sociaal onderzoek om de behoefte te bepalen.....	11
6.1.3.	Medisch attest DMH.....	12
6.2.	WELKE BESLISSINGEN KAN HET OCMW NEMEN?	14
6.2.1.	DMH toekennen of weigeren.....	14
6.2.2.	De omvang en de duur van de toegekende dekking bepalen	14
7.	HOEVEEL KOST DMH?	15
7.1.	WIE BETAALT?	15
7.2.	WAT IS HET JAARLIJKSE DMH-OVERHEIDSBUDGET?	15
7.3.	MOETEN WE BANG ZIJN VAN HET “MEDISCH TOERISME”?	18
8.	WAT ZIJN DE STERKE PUNTEN VAN DE HUIDIGE ORGANISATIE?	18
8.1.	TYPES ZORGEN	18
8.2.	ACTIVEREN VAN HET RECHT OP DMH	18
8.3.	CRUCIALE ROL VAN HET OCMW	19
9.	WAT ZIJN DE ZWAKKE PUNTEN VAN DE HUIDIGE ORGANISATIE?	19
9.1.	VARIABILITEIT IN HET SOCIAAL ONDERZOEK	19
9.1.1.	Variabiliteit in de evaluatie van de behoefte.....	19



9.1.2.	Grote variabiliteit in de weigeringen	20
9.2.	VARIABILITEIT IN DE TOEGEKENDE DEKKING	20
9.2.1.	Globaal of beperkt.....	20
9.2.2.	Beperkt tot de RIZIV-nomenclatuur of meer	20
9.2.3.	Van korte of lange duur.....	20
9.3.	ADMINISTRATIEVE LAST	20
9.3.1.	Sociaal onderzoek.....	20
9.3.2.	Territorialiteit	20
9.3.3.	Zorgen verstrekt voor het verkrijgen van de DMH	21
9.3.4.	MediPrima	21
9.3.5.	Human resources	21
9.4.	VERWARRING ROND DE TERM “DMH”	21
9.5.	BEPERKTE VRIJE KEUZE VAN ZORGVERLENERS	22
9.6.	MOEILIJKE COMMUNICATIE	22
9.7.	MOEILIJKE MONITORING VAN GEZONDHEIDSPRAKTIJKEN EN KOSTEN	22
10.	AANBEVELINGEN VOOR EEN HERVORMING VAN DMH	22
10.1.	DE AANVRAAG TOT MEDISCHE HULP VERGEMAKKELIJKEN	23
10.2.	HET SOCIAAL ONDERZOEK RATIONALISEREN	23
10.2.1.	Gezondheidsdekking tijdens het sociaal onderzoek.....	23
10.2.2.	Het sociaal onderzoek vereenvoudigen.....	23
10.3.	DE MEDISCHE KAART STANDAARDISEREN.....	24
10.4.	DE GEDEKTE ZORGEN HARMONISEREN	24
10.5.	HET GEBRUIK VAN DE GEZONDHEIDSZORG RATIONALISEREN	25
10.6.	DE FINANCIERING VEREENVOUDIGEN.....	25
10.7.	ZORGEN VOOR DE CONTINUÏTEIT VAN ZORG EN INFORMATIE	25
10.8.	DE COMMUNICATIE VERBETEREN.....	26
10.9.	MONITORING VAN DE ZORGPRAKTIJK EN DE KOSTEN	26
■	AANBEVELINGEN	28
■	REFERENTIES	29



LEXICON

AFKORTING

DMH
FOD Volksgezondheid
GMD
HZIV
INSZ
MZG
NGO
OCMW
POD MI
RIZIV
RVV
SWOT
ZIV

DEFINITIE

Dringende Medische Hulp
Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
Globaal Medisch Dossier
Hulpkas voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering
Identificatienummer van de Belgische Sociale Zekerheid
Minimale ZiekenhuisGegevens
Niet-gouvernementele Organisatie
Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
Programmatorische federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid
Rijksinstituut voor ziekte-en invaliditeitsverzekering
Rechthebbenden op de Verhoogde Verzekeringstegemoetkoming
Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
Ziekte-en Invaliditeitsverzekering



1. WIE ZIJN DE PERSONEN ZONDER WETTIG VERBLIJF?

Personen zonder wettig verblijf, die we vaak ook “mensen zonder papieren” noemen, beschikken niet over een verblijfsdocument dat hen toelaat om in België te verblijven. Het niet beschikken over wettige verblijfsdocumenten kan verschillende redenen hebben^{1, 2}:

- de persoon is ons land zonder toelating binnengekomen;
- zijn^a visum of verblijfs- of arbeidsvergunning is verstreken of werd ingetrokken;
- zijn asielaanvraag werd geweigerd;
- hij een kind is van ouders die zelf zonder wettig verblijf zijn.

Het is belangrijk om een duidelijk onderscheid te maken tussen personen zonder wettig verblijf en asielzoekers en vluchtelingen die over een verblijfsdocument beschikken (en die dus wel “papieren” hebben).

- Geschat wordt dat het aantal personen zonder wettig verblijf varieert tussen 7% en 13% van het aantal vreemdelingen met een wettig verblijf.³ Op 1 januari 2014 waren er 1 214 605 vreemdelingen met een wettig verblijf (daarvan was 68% afkomstig uit de EU-28)⁴. Op hetzelfde moment waren er dus ongeveer 85 000 tot 160 000 personen zonder wettig verblijf, wat goed is voor 0,8% tot 1,4% van de algemene bevolking. Overigens is het jaarlijks netto aantal migranten met een wettig verblijf de voorbije jaren gedaald (van 84 997 in 2010 naar 46 106 in 2013).⁴ Door de huidige crisis in Syrië, Irak, Eritrea en Afghanistan zal hun aantal in 2014 en 2015 waarschijnlijk stijgen.

- De personen zonder wettig verblijf hebben maar weinig wettelijke rechten, zo mogen ze bijvoorbeeld niet werken^b. Op het vlak van gezondheidszorg zijn ze niet aangesloten bij een ziekenfonds en vallen ze dus niet onder het systeem van de verplichte ziekteverzekering in België. Ze hebben wel recht op wat men noemt Dringende Medische Hulp (DMH).

^a Voor de goede leesbaarheid wordt in dit document steeds de mannelijke vorm gebruikt.

^b De enige andere rechten voor deze personen zijn: het recht voor minderjarigen om naar school te gaan, het recht voor illegale werknemers om een fatsoenlijk loon te ontvangen, om te werken in goede veiligheidsomstandigheden en een vergoeding te ontvangen bij arbeidsongevallen, het recht om rechtszaken aan te spannen en pro-deorechtsbijstand te verkrijgen voor vragen over hun illegale situatie, het recht voor de behoeftige gezinnen met een minderjarige om 30 dagen in een onthaalcentrum te verblijven, bijv. om zich voor te bereiden op hun terugkeer naar hun land van herkomst, en het recht om te trouwen.



2. WAT IS DRINGENDE MEDISCHE HULP?

- Dringende Medische Hulp (DMH) is een procedure waarbij personen zonder wettig verblijf toegang krijgen tot de Belgische gezondheidszorg. In tegenstelling tot wat de naam doet vermoeden, is DMH niet beperkt tot spoedeisende zorgen, maar omvat ze alle preventieve en curatieve zorgen die in een ziekenhuis of ambulant worden verstrekt.⁵ Deze hulp is enkel bestemd voor mensen zonder wettige verblijfsdocumenten. Een specifiek medisch attest, uitgereikt door een arts of tandarts^{5, 6} is vereist om hierop recht te hebben.
- DMH mag niet worden verward met de gelijknamige dringende medische hulp die verwijst naar medische bijstand die onmiddellijk vereist is bij levensgevaar en die verstrekt wordt door de spoeddiensten. Iedereen heeft recht op deze dringende tussenkomst, ook mensen zonder wettig verblijf. Deze laatste medische interventies worden ook door een andere wet geregeld.

3. WAAROM IS DMH ZO BELANGRIJK?

DMH is belangrijk om drie essentiële redenen. De eerste is van deontologische aard, de andere twee vloeien daaruit voort.

3.1. Rechten van de mens

De Rechten van de Mens zijn onlosmakelijke rechten die de fundamentele waardigheid van elke mens beschermen. België ratificeerde meerdere internationale verdragen waarin wordt aangegeven dat iedere mens op Belgisch grondgebied, zonder discriminatie, moet kunnen genieten van gezondheidszorg^{7, 8} (zie deel 1.3.1 van het wetenschappelijk rapport voor meer details over deze verdragen). Artikel 57 §2 van de organieke wet op de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW)⁶ en het Koninklijk Besluit van 12 december 1996⁵ zetten deze verbintenis om in de Belgische wet.

De toegang tot de gezondheidszorg ontzeggen aan of beperken voor mensen zonder wettig verblijf kan hun gezondheid beïnvloeden. Dit kan rechtstreeks door het uitstellen of beletten van zorg, waardoor deze mensen zich bij de gezondheidsdiensten aanmelden met ziektes die in een verder gevorderd stadium verkeren^{9, 10}, maar ook onrechtstreeks door een geïnduceerd marginalisatieproces.¹¹⁻¹⁵

3.2. Volksgezondheid

Een goede organisatie van de DMH is belangrijk voor de volksgezondheid omdat bepaalde infectieziektes, zoals HIV of tuberculose, meer kunnen voorkomen bij bepaalde groepen zonder wettig verblijf dan bij de algemene bevolking^{10, 16-19}, zelf al is het risico op besmetting tot op heden amper aangetoond.²⁰

3.3. Kostprijs

Men gaat er algemeen van uit dat het beperken van de toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf publieke middelen uitspaart. Nochtans tonen een aantal studies aan dat waarschijnlijk het omgekeerde effect wordt bereikt. Een ziekte pas behandelen als het dringend wordt, brengt immers niet alleen het leven van de patiënt in gevaar, maar verhoogt ook de kostprijs voor het gezondheidszorgsysteem.^{11, 21}



4. WAAROM DIT RAPPORT?

DMH is van primordiaal belang voor mensen zonder wettig verblijf om toegang te krijgen tot gezondheidszorg. De complexiteit van deze procedure wordt echter vaak aangehaald door spelers op het terrein als een obstakel voor de rechtvaardige toegang tot de zorg voor deze kwetsbare groep.²²

Dokters van de Wereld stelde dan ook, in samenwerking met het RIZIV, voor dat KCE een grondige analyse zou maken van de huidige praktijken voor het toekennen van DMH in België, en om eventueel haalbare scenario's voor te stellen om de toegang tot zorg voor deze groep te vergemakkelijken. De analyse van de wettelijke en administratieve procedures voor het verkrijgen van een verblijfsvergunning vallen buiten het kader van dit rapport.

Voor deze studie werden een aantal onderzoeksmethoden gecombineerd. De belangrijkste stappen in ons onderzoek en onze gegevens- en informatiebronnen worden samengevat in Tabel 1.

Tabel 1 – Belangrijkste stappen in het onderzoek en gegevensbronnen

Vragen	Bronnen
1. Analyse van de situatie (cijfers, wetgeving, kosten, organisatie)	a. Semi-gestuurde gesprekken met de managers van de 10 Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW) met het grootste aantal gevallen van DMH b. Overzicht van wetteksten en grijze literatuur over DMH in België. c. Analyse van de routinegegevens van de OCMW's over het aantal aanvragen van DMH en de aanvaardingspercentages van de dossiers. d. Analyse van de routinegegevens van de POD Maatschappelijke integratie (POD MI)^c en de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV).
2. SWOT-analyse (sterke en zwakke punten, kansen en bedreigingen) van het DMH-systeem	a. Gesprekken met 33 mensen zonder wettig verblijf. b. Focus groups met 66 zorgverleners of bestuurders van zorginstellingen c. Brainstormingsessies met een panel van belangrijke informatieverstrekken uit gouvernementele en niet-gouvernementele organisaties gespecialiseerd in gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf.
3. Uitwerken van een alternatief organisatiemodel	a. Overzicht van de wetenschappelijke en grijze literatuur over de toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf binnen een steekproef van Europese landen om procedures te identificeren die bruikbaar zouden zijn voor de DMH-praktijk in België. b. Uitwerken van een nieuw organisatiemodel op basis van het onderzoek over de huidige situatie en de SWOT-analyse. c. Raadplegen van de stakeholders en beleidsmakers over de hervormingsvoorstellen.
4. Wetenschappelijke validatie	a. Nalezen van dit rapport door 3 onafhankelijke wetenschappelijke experts

^c Deze overheidsinstelling heeft de eindverantwoordelijkheid om de zorgverleners terug te betalen voor de zorgen zij verleenden in het kader van DMH.

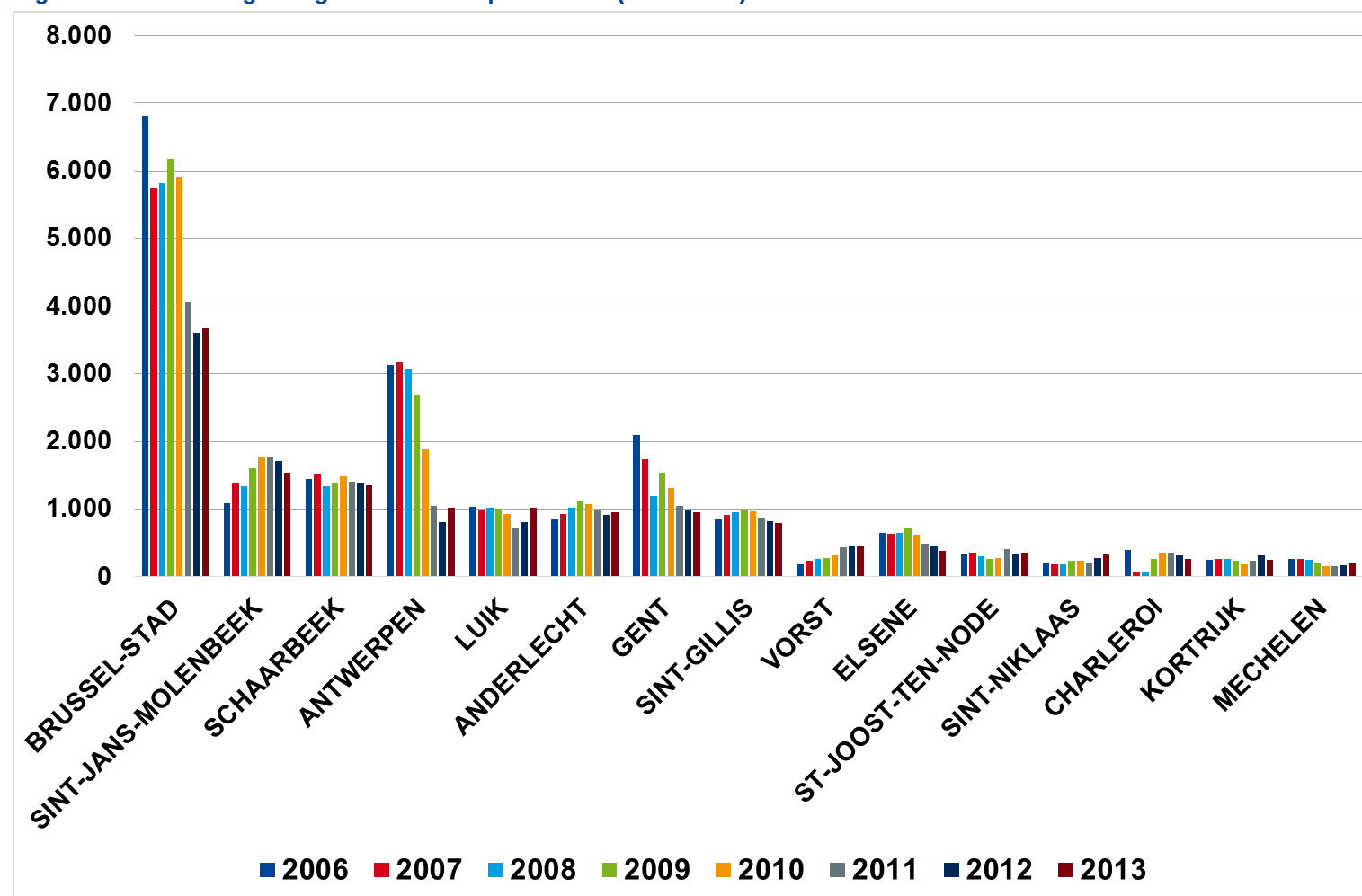


5. HOEVEEL PERSONEN ZIJN BETROKKEN BIJ DMH?

- In 2013 deden 17 602 personen een beroep op DMH, waarvan 56.4% mannen. Dit globale cijfer is sinds 2011 stabiel gebleven, na een sterke daling in de voorgaande jaren: in 2006 bedroeg dit aantal nog 22 478. Bij deze daling, die vooral in Brussel-stad en Antwerpen uitgesproken is, speelden waarschijnlijk verschillende factoren een rol. Eén van de belangrijkste elementen is daarbij de regularisatiegolf van 2009 (Figuur 1).
- De globale dichtheid van de begunstigden van DMH bedraagt 163 per 100 000 inwoners (cijfers 2013). De geografische verspreiding is erg heterogeen met grote concentraties in de grote steden. De helft van de begunstigden bevindt zich op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, vooral dan in 8 van de 19 gemeenten, en in het bijzonder in Brussel-stad (Figuur 1).
- Volgens onze schattingen had 10% (17 602/85 000) tot 20% (17 602/160 000) van de mensen zonder wettig verblijf in 2013 minstens eenmaal contact met de gezondheidsdiensten via DMH. Ter informatie: dit percentage ligt rond de 90% voor de mensen die gedekt zijn door de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (ZIV), ongeacht leeftijd en geslacht (bron: Permanente Steekproef 2013).
- Van degenen die een beroep deden op DMH, werd 20% in het ziekenhuis opgenomen. Dit komt overeen met de proportie gehospitaliseerde ZIV-verzekerden van gelijkaardige leeftijd, geslacht en verzekerbareid (rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, RVV). Wij beschikken niet over meer nauwkeurige cijfers met betrekking tot de aard van de aandoeningen.



Figuur 1 – Aantal begunstigten van DMH per OCMW (2006-2013)



Bron: POD Maatschappelijke Integratie



6. HOE WERKT DMH?

Vandaag is het OCMW een belangrijke schakel tussen de persoon zonder wettig verblijf en het zorgsysteem. De opdracht van het OCMW omvat twee luiken: eerst controleert het of de persoon voldoet aan de voorwaarden voor DMH en vervolgens wordt de omvang van de zorg voor elk individueel geval bepaald. In principe moet iemand zonder wettig verblijf de goedkeuring van het OCMW voor DMH hebben gekregen *vooraleer* toegang te verkrijgen tot gezondheidszorg (**Error! Reference source not found.**).

6.1. Wat zijn de voorwaarden voor DMH?

De persoon moet bij het OCMW een hulpverzoek indienen door zich persoonlijk aan te melden bij het OCMW, of via de sociale dienst van een verzorgingsinstelling die de hulpvraag, ondertekend door de persoon, daarna doorgeeft aan het OCMW. Het OCMW mag een DMH toelaten als de volgende **drie voorwaarden** vervuld zijn.^{23, 24, 25}

6.1.1. Territorialiteit

Het OCMW is bevoegd om de aanvraag te onderzoeken als de aanvrager het merendeel van de tijd daadwerkelijk op het grondgebied van de gemeente verblijft.

6.1.2. Sociaal onderzoek om de behoefte te bepalen

Het OCMW staat enkel in voor de gezondheidskosten van een persoon zonder wettig verblijf indien deze, of iemand anders, de gezondheidskosten niet kan betalen (residuaire karakter van de hulp). De evaluatie van de behoefte van de aanvrager gebeurt door de verschillende gegevens uit een **sociaal onderzoek** samen te brengen. Er bestaat geen precieze definitie van behoefte. Deze wordt meestal beschouwd als de afwezigheid van financiële middelen waarmee een menswaardig leven kan worden geleid.

- **Niet-verzekerbaarheid.** Het OCMW moet nagaan of de aanvrager van de DMH niet reeds verzekerd is voor de zorg. Dat zou het geval kunnen zijn als hij reeds aangesloten is bij een ziekenfonds in België (bijvoorbeeld als hij student is of een arbeidsvergunning heeft) en deze dekking nog geldig is. Het OCMW kan hiervoor de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid consulteren. Een andere mogelijkheid is dat de aanvrager nog gedekt is in zijn land van herkomst. Dit wordt op verzoek van het OCMW gecontroleerd door de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV). De aanvrager kan ook een privéverzekering hebben voor medische kosten. Bovendien is het belangrijk te weten of hij uit een land komt met visumplicht voor België, of hij uit een land komt dat een agentschap met liaisonfunctie heeft en of hij gedekt wordt door de Europese verzekeringskaart.

Als de aanvrager langer dan een jaar in België verblijft, is het niet nodig om zijn verzekering na te gaan. De aanvrager moet dan wel beschikken over documenten die de duur van zijn verblijf aantonen.

Als de aanvrager over een voorlopig wettig verblijfsdocument beschikt, bijvoorbeeld een lopende asiel-aanvraag, dan zal de gezondheidszorg worden gedekt door een ander organisme en valt dit buiten de DMH-dekking.

- **Geen waarborg.** Het OCMW stuurt een verzoek naar de Dienst Vreemdelingenzaken om na te gaan of er zich geen burger, die in België verblijft, garant heeft gesteld voor de aanvrager. Indien dat het geval is, zal het OCMW aan deze borgsteller vragen om de gezondheidszorg voor de aanvrager te betalen.
- **Onvoldoende bestaansmiddelen.** Het OCMW moet informatie verzamelen over de bestaansmiddelen van de DMH-aanvrager, van zijn partner en van de eerstegraads bloedverwanten in stijgende/dalende lijn, met wie de aanvrager samenwoont. Daarnaast wordt nagegaan of de aanvrager de kosten van de gezondheidszorg zelf kan dragen. Hierbij wordt er, naast de eventuele inkomsten en het vermogen, ook rekening gehouden met de lasten en eventuele schulden. Als de bestaansmiddelen van de aanvrager hoger liggen dan het leefloon, zal de overheid het remgeld niet betalen, behalve bij ziekenhuisopname.



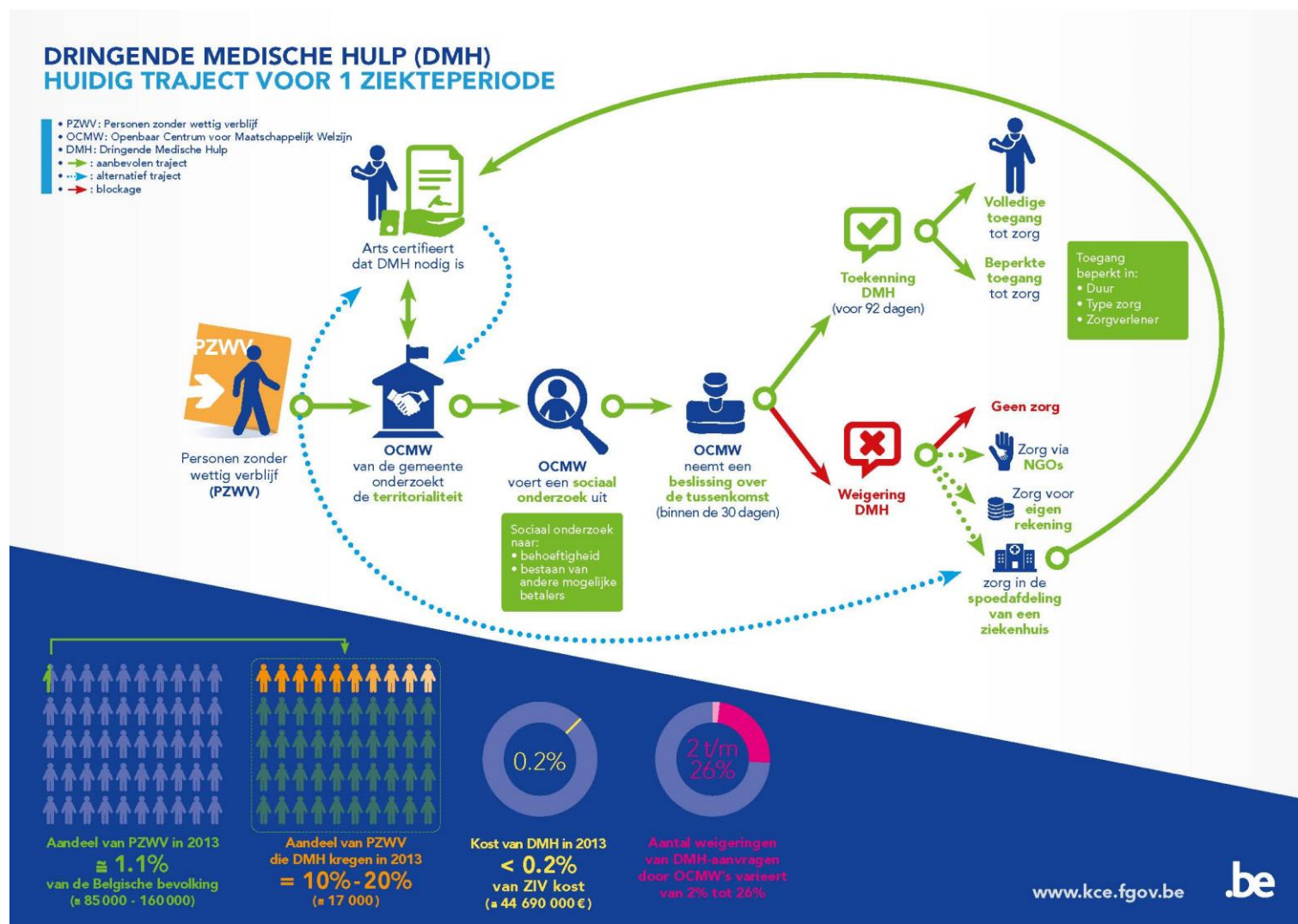
Het sociaal onderzoek omvat ook de identificatiegegevens van de aanvrager en de reden voor het verblijf in België. Als de aanvrager geen rijksregisternummer heeft, zal het OCMW een zogenaamd INSZ-bis nummer toekennen. Tijdens het sociaal onderzoek legt een maatschappelijk assistent van het OCMW een huisbezoek af. Dat is bedoeld om een globaal beeld te krijgen van de situatie van de aanvrager en om zijn verklaringen aan de werkelijkheid te toetsen.²⁵ Het huisbezoek gebeurt bij de opening van een dossier en wordt telkens wanneer het OCMW het nodig vindt en minstens één keer per jaar opnieuw uitgevoerd. Het sociaal onderzoek is een wettelijke verplichting, maar dat geldt niet voor het huisbezoek.²⁴
²⁵ Wanneer iemand zonder wettig verblijf zich rechtstreeks aanmeldt bij de spoeddienst van een ziekenhuis, wordt een voorbereidend sociaal onderzoek gevoerd door de sociale dienst van het ziekenhuis, maar de eindverantwoordelijkheid blijft wel bij het OCMW.

6.1.3. Medisch attest DMH

De derde voorwaarde voor het verkrijgen van DMH, is dat de behoefte aan dringende medische verzorging moet geattesteerd worden door een huisarts of tandarts. Het attest moet het type noodzakelijke zorg vermelden (raadpleging bij huisarts, specialist, kinesitherapie, medisch onderzoek, ...) en ook de eventuele medicamenteuze behandeling. In principe is een attest vereist voor elke ziekte-episode of zorgbehoefte. Wanneer de persoon zonder wettig verblijf zich rechtstreeks aanmeldt bij de spoeddienst van een ziekenhuis, kan het DMH-attest uitgereikt worden door een ziekenhuisarts.



Figuur 2 – Overzicht van de Dringende Medische Hulp





6.2. Welke beslissingen kan het OCMW nemen?

Op basis van de informatie uit het sociaal onderzoek wordt een concreet voorstel tot beslissing aan de Raad voor Maatschappelijk Welzijn van het OCMW voorgelegd.

6.2.1. DMH toekennen of weigeren

Het OCMW moet de beslissing om DMH al dan niet toe te kennen nemen binnen de 30 dagen na het indienen van de aanvraag. De beslissing wordt dan binnen de 8 dagen door een aangetekend schrijven aan de aanvrager meegedeeld^d, met desgevallend uitleg over de reden voor de weigering. De afgewezen aanvrager kan tegen de beslissing van het OCMW in beroep gaan bij de arbeidsrechtbank.

Indien de DMH wordt toegekend, reikt het OCMW een document uit aan de aanvrager, “**requisitorium**” (betalingswaarborg) genaamd, met daarin de zorgen of geneesmiddelen die gedekt worden. Dit is een garantie tot betaling voor de zorgverlener. Een toenemend aantal OCMW's levert echter een individuele medische kaart af, die het requisitorium vervangt en die niet vernieuwd moet worden bij elke nieuwe zorgverstrekking of bij elk voorschrift. Voor verzorging in een ziekenhuis gebeurt deze melding van betaling door het OCMW sinds 2014 elektronisch door een systeem van informatie-overdracht, **MediPrima** genaamd, tussen de OCMW's, de ziekenhuizen, de HZIV en de POD MI²⁶.

6.2.2. De omvang en de duur van de toegekende dekking bepalen

Elk OCMW beslist welke gezondheidszorgen betaald worden voor elke persoon zonder wettig verblijf. De toegekende DMH kan globaal zijn (voor alle zorgen die door de arts worden voorgeschreven) of kan beperkt zijn tot specifieke zorgen of geneesmiddelen. De criteria die in dit laatste geval gehanteerd worden, zijn niet transparant. Het niveau van terugbetaling van de zorgen door het OCMW kan ook variëren. Het OCMW kan ook beslissen om de zorgen of geneesmiddelen op zich te nemen die normaal niet terugbetaald worden door het RIZIV (bijv. geneesmiddelen uit categorie D, tandextractie, poedermelk voor baby's, enz.).

De DMH wordt meestal toegekend voor 92 dagen. Maar deze periode kan variëren van OCMW tot OCMW, van een dag tot een jaar (bijv. voor patiënten met een chronische ziekte).

^d Dit kan ook mondeling worden meegedeeld tegen ondertekening van een ontvangstbewijs.



7. HOEVEEL KOST DMH?

7.1. Wie betaalt?

- Uiteindelijk betaalt de Belgische Staat de DMH, via de POD Maatschappelijke integratie (POD MI).
- Voor de eerstelijnszorgen bezorgt de zorgverlener zijn factuur aan het OCMW, en het OCMW vraagt de terugbetaling ervan aan bij de POD MI. Voor de ziekenhuiszorgen overhandigt de zorgverlener via MediPrima zijn factuur aan de HZIV, die op zijn beurt de betaling aanvraagt bij de POD MI.
- De prestaties met een code of pseudo-code uit de RIZIV-nomenclatuur evenals de terugbetaalbare geneesmiddelen worden terugbetaald voor het maximumbedrag in de ZIV.²³ Bepaalde zorgprestaties worden niet terugbetaald door de POD MI^e. Deze zorg is voor rekening van het OCMW, de patiënt zelf of wordt gedragen door de zorgverlener. De zorgen worden soms ook verstrekt door NGO's en moeten dan niet terugbetaald worden. Soms wordt de zorg uiteindelijk gewoon niet verleend.

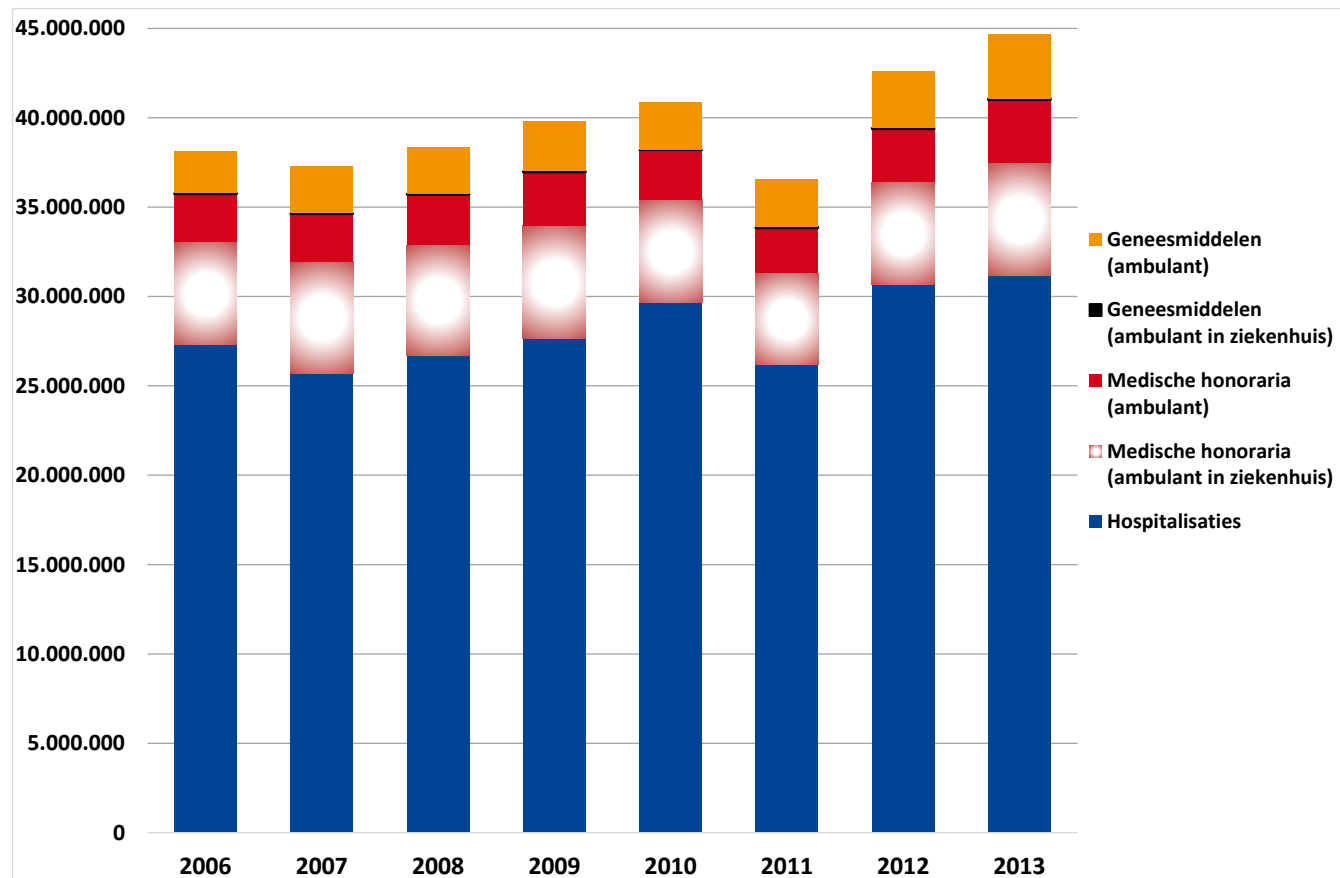
7.2. Wat is het jaarlijkse DMH-overheidsbudget?

- Het jaarlijkse budget dat door de POD MI aan DMH wordt besteed, steeg van 38 098 081 € in 2006 tot 44 688 492 € in 2013, goed voor een groei van 17,3% in 7 jaar (bron: POD MI). De verhouding tussen de verschillende posten is constant gebleven, zo'n 70% van de uitgaven gaat naar ziekenhuiskosten (Figuur 1).

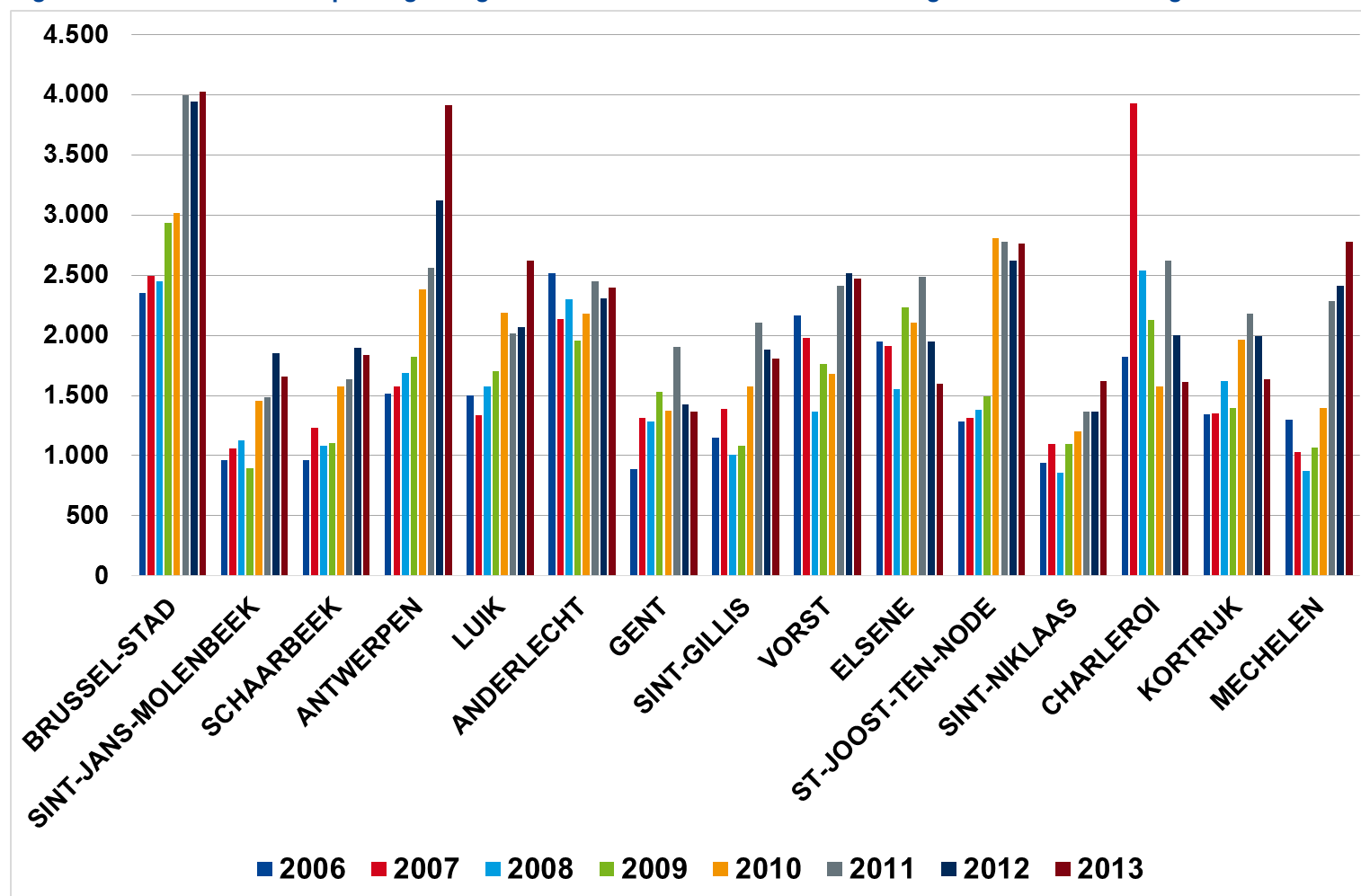
- De gemiddelde kost van de DMH per begunstigde is gestegen van 1695 € in 2006 naar 2539 € in 2013 (+49,8% in 7 jaar). Deze stijging gaat vooral samen met een sterke stijging van de hospitalisatiekosten (+76,3%). Deze sterke stijging kan echter niet teruggevonden worden bij de bevolking die gedekt wordt door de ZIV. Dit verschil kan te wijten zijn aan de steeds ernstiger wordende aandoeningen bij de begunstigten van de DMH of aan eventuele wijzigingen in de facturatiepraktijken van de ziekenhuizen. Bij gebrek aan beschikbare gegevens kunnen wij deze kwestie niet grondiger onderzoeken.
- De uitgaven voor de DMH per persoon variëren sterk van OCMW tot OCMW (Figuur 2). Dit kan het gevolg zijn van een variabele verdeling van de gezondheidsproblemen over de bevolking, verschillen in de toegankelijkheid van de zorg of in de individuele zorgvraag. Mogelijk is ook dat de cijfers van het Brussels gewest kunstmatig hoog liggen, door het groot aantal complexe gevallen dat wordt doorverwezen naar het UMC Sint-Pieter die uiteindelijk een toestemming voor DMH krijgen van het OCMW van Brussel-stad.
- Wij schatten dat de gemiddelde individuele kost bij de DMH-begunstigten 24,5% lager ligt dan bij een ZIV-populatie met dezelfde leeftijd en geslacht en hetzelfde niveau van verzekeraarheid (RVV)^f.
- Deze berekeningen hebben betrekking op de kosten die terugbetaald worden door de POD MI. De kosten die worden gedekt door het OCMW of die door de ziekenhuizen worden gedragen, zijn hier niet inbegrepen. Omdat deze gegevens niet gecentraliseerd zijn, is het bedrag van de DMH-kosten die niet door de POD MI gedekt worden, onbekend. Dat vormt een belangrijke hinderpaal voor het inschatten van de totale kost van de DMH.

^e Voor meer informatie over de niet-terugbetaalde prestaties, zie het referentiedocument van POD MI²³

^f In 2012 bedroegen de uitgaven van de DMH gemiddeld 2 476 € per persoon (bron: POD MI). In het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV) kost een persoon van hetzelfde geslacht en dezelfde leeftijd, die ook geniet van de verhoogde tegemoetkoming (RVV) gemiddeld 3 280 € (gestandaardiseerde gegevens).

**Figuur 1 – DMH-budget gefinancierd door de POD Maatschappelijke integratie (in €)**

Bron: POD MI

**Figuur 2 – Gemiddelde kost per begunstigde van DMH in de 15 OCMW's met het grootste aantal DMH-gevallen**

Bron: POD MI



7.3. Moeten we bang zijn van het “medisch toerisme”?

- Wanneer iemand naar een land gaat om er toegang te krijgen tot de gezondheidszorg, heeft men het over “grensoverschrijdende mobiliteit om gezondheidsredenen” of soms ook over “medisch toerisme”. Eén van de voornaamste belemmeringen voor de implementatie van het recht op gezondheidszorg voor iedereen, is de vrees dat onze gezondheidssystemen overspoeld zullen worden door aanvragen in het kader van migratie om medische redenen. Dat is een legitieme bekommernis. Er zijn momenteel echter geen betrouwbare gegevens om deze bezorgdheid te onderbouwen.
- In 2014 werden er 1918 visumaanvragen om medische redenen ingediend door inwoners van landen waarvoor een inreisvisum voor België vereist is⁴. 19% van die aanvragen werd geweigerd. Het merendeel (56%) was afkomstig uit Afrikaanse landen en daarvan werd 22 % van de aanvragen geweigerd.⁴
- Het is veel moeilijker om met behulp van de gegevens na te gaan hoeveel mensen zonder wettig verblijf naar ons land komen om medische redenen. Een studie door Dokters van de Wereld in 2014 in 7 Europese landen bij migranten (waaronder 65% mensen zonder wettig verblijf) die op raadpleging kwamen, geeft aan dat slechts 3% gezondheidsproblemen opgaf als reden voor hun komst.²⁷ Dit aandeel was gelijkaardig in 2008, 2012 en 2013. Bovendien is de gemiddelde tijd tussen het moment van aankomst en de eerste raadpleging bij Dokters van de Wereld 3 tot 8 jaar. Een belangrijke onbekende factor in deze studie is de mate waarin deze mensen representatief zijn voor alle mensen zonder wettig verblijf. Hoewel deze cijfers indirect en gedeeltelijk zijn, lijken ze niet te wijzen op een massale migratie om medische redenen. In de analyse van de DMH- ziekenhuisfacturaties, die sinds 2014 worden gecentraliseerd bij de HZIV, vonden we evenmin aanwijzingen in die richting. Wij pleiten wel voor een dringende aanpassing van het verzamelen van routinegegevens, zodat de evolutie en de kosten van de gezondheidszorg bij mensen zonder wettig verblijf van dichtbij kan worden gevolgd. De verzameling van de gegevens moet zodanig worden georganiseerd, dat er hieromtrent een rechtvaardig en leefbaar beleid kan worden ontwikkeld (zie deel 10.9).

8. WAT ZIJN DE STERKE PUNTEN VAN DE HUIDIGE ORGANISATIE?

8.1. Types zorgen

- Het Belgische DMH-systeem geeft mensen zonder wettig verblijf het recht om preventieve en curatieve zorgen te krijgen binnen het bestaande zorgsysteem.⁵ Dit bevordert de gelijkheid van de zorg die verstrekt wordt aan alle mensen, ongeacht hun verblijfsstatuut, en de zorgcontinuïteit.
- België behoort tot de Europese landen waar de overheid alle types van gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf op zich neemt, zoals in Frankrijk, Nederland, Portugal en Italië, maar anders dan in Duitsland en Oostenrijk (voor meer informatie over buitenlandse voorbeelden, zie deel 6.1 van het wetenschappelijk rapport).
- De vrije keuze van de zorgverlener door de patiënt wordt tot op een bepaald punt gerespecteerd. Bepaalde OCMW's stellen namelijk voor om een zorgverlener te kiezen die met hen geconventioneerd is. Deze conventie vermeldt de aanbevelingen van het OCMW op het gebied van DMH (bijvoorbeeld het gebruik van het globaal medisch dossier of het bij voorkeur voorschrijven van generische geneesmiddelen) en geeft de zorgverleners een garantie op betaling. Het OCMW heeft ook dergelijke conventies afgesloten met apothekers en ziekenhuizen.

8.2. Activeren van het recht op DMH

- Door de huidige procedure kan het recht op DMH worden geactiveerd voordat er zich een ziekte voordoet. Als er nog geen medisch DMH-attest beschikbaar is, kan het OCMW wel al een principiële beslissing nemen op basis van de resultaten van het sociaal onderzoek. Zodra dan effectief een medisch attest DMH wordt afgeleverd, kan de beslissing tot dekking van de zorg binnen DMH snel worden genomen.
- Bij medische urgenties kunnen gezondheidszorgen toegediend worden zonder te wachten op het activeren van de DMH (het sociaal onderzoek wordt nadien uitgevoerd) en zonder administratieve boetes voor de begunstigde of de zorgverstrekker.



8.3. Cruciale rol van het OCMW

- De aanwezigheid van een OCMW in elke gemeente met personeel dat een rijke ervaring heeft met behoeftige populaties en sociale problemen, kan de aanvraagprocedures voor DMH vergemakkelijken.
- De autonomie van de OCMW's stelt hen in staat om oplossingen te zoeken die zijn aangepast aan de plaatselijke situatie en de individuele noden.
- Het respect voor de privacy van mensen zonder wettig verblijf en de vertrouwelijkheid van de informatie die zij meedelen, zijn gegarandeerd omdat het OCMW gebonden is aan het beroepsgeheim, ook tegenover de ordediensten.

9. WAT ZIJN DE ZWAKKE PUNTEN VAN DE HUIDIGE ORGANISATIE?

9.1. Variabiliteit in het sociaal onderzoek

De afwezigheid van een nauwkeurige, wettelijke beschrijving van de organisatorische aspecten van de DMH en de autonomie van de OCMW's in de organisatie van de maatschappelijke hulp zorgen ervoor dat het sociaal onderzoek wordt uitgevoerd volgens modaliteiten die sterk variëren van OCMW tot OCMW, zelfs binnen de Brusselse OCMW's. De keerzijde van mogelijkheden van het OCMW om zich aan te passen aan de individuele noden, is de variabiliteit die kan leiden tot discriminerende beslissingen en tot een ongelijkwaardige toegang tot de gezondheidszorg.

9.1.1. Variabiliteit in de evaluatie van de behoeftigheid

De drempelwaarde voor onvoldoende bestaansmiddelen verschilt van OCMW tot OCMW. Voor sommige stemt deze drempel overeen met het leefloon, voor anderen ligt die hoger. Wanneer de inkomsten van de aanvrager deze drempel overschrijden, variëren de beslissingen aanzienlijk. In bepaalde OCMW's is alleen het remgeld voor rekening van de patiënt terwijl anderen een regel van alles of niets toepassen en dus geen (ambulante) zorg op zich nemen. Sommige OCMW's houden rekening met de verwachte kost van de zorg bij het al dan niet toekennen van DMH, andere niet. Een OCMW kan bijvoorbeeld beslissen om de ambulante zorg niet te dekken maar wel de hospitalisatiekosten. De voorwaarden voor het verkrijgen van DMH worden overigens zelden beschreven op de websites van de OCMW's.



9.1.2. Grote variabiliteit in de weigeringen

Zoals reeds vermeld varieert het aantal geweigerde DMH-aanvragen sterk, van 2,2% tot 26%, afhankelijk van het OCMW. De reden die het meest wordt aangehaald, is de “weigering tot medewerking”. In het algemeen betekent dit dat “de aanvrager zich niet aanmeldt wanneer het OCMW hem uitnodigt, of dat hij de gevraagde bewijsstukken niet binnen een redelijke termijn overhandigt of verkeerde informatie geeft”²³ of is er “de onmogelijkheid om de behoefte te bewijzen” (dat wil zeggen de weigering of onmogelijkheid voor de aanvrager om documenten te bezorgen over zijn inkomsten). Volgens de bevroegde mensen is de afwezigheid van behoefte echter zelden een reden tot weigering van DMH. Precieze gegevens over de redenen voor weigering waren niet algemeen beschikbaar.

9.2. Variabiliteit in de toegekende dekking

9.2.1. Globaal of beperkt

De dekking van de gezondheidszorg kan globaal worden toegekend (alle zorgen die worden voorgeschreven door een zorgverlener worden betaald) of selectief (het OCMW beslist welke zorgen worden betaald). Dergelijke verschillen werden waargenomen tussen de OCMW's maar ook tussen begunstigden die afhangen van hetzelfde OCMW, en de redenen voor deze verschillen zijn niet duidelijk. We merkten ook op dat bepaalde OCMW's details uit het medisch dossier aan de zorgverlener vragen en zelfs krijgen, wat een schending van het medisch beroepsgeheim vormt. Enkele OCMW's beschikken over een arts die de gegrondheid van het DMH-attest, dat getekend is door zijn collega's, nagaat.

9.2.2. Beperkt tot de RIZIV-nomenclatuur of meer

De OCMW's kunnen zelf beslissen of ze de kosten van zorgverstrekkingen of geneesmiddelen, die niet door het RIZIV worden terugbetaald aan de ZIV-verzekerden, toch ten laste nemen. Dit kan gerechtvaardigd worden door de grote kwetsbaarheid van bepaalde mensen zonder wettig verblijf. De vraag of het OCMW tussenkomt voor de kosten die niet door het RIZIV worden gedekt, verschilt ook van gemeente tot gemeente en van begunstigde tot begunstigde. In sommige gevallen gebeurt deze beslissing automatisch: zo werken de 19 OCMW's van de Brusselse agglomeratie met een

gemeenschappelijke lijst van niet-terugbetaalde geneesmiddelen (categorie D) waarvoor zij systematisch de kost op zich nemen.

9.2.3. Van korte of lange duur

De duur van de DMH is meestal 92 dagen. Deze kan korter (1 dag, 30 dagen) of langer zijn. Bepaalde OCMW's verlengen deze tot een jaar in geval van chronische ziekte.

9.3. Administratieve last

9.3.1. Sociaal onderzoek

De wet eist dat het sociaal onderzoek minstens één keer per jaar herhaald wordt. Maar om een financiële bestraffing te vermijden bij onrechtmatige toekenning van DMH, herhalen sommige OCMW's de huisbezoeken om de 3 maanden, of zelfs bij elke nieuwe aanvraag van dezelfde begunstigde. De herevaluatie van de geschiktheid voor DMH wanneer er een veranderingen in de situatie van de begunstigde wordt vermoed, wordt aan het oordeel van het OCMW overgelaten. Eén OCMW herhaalt deze onderzoeken zelfs maandelijks. Bovendien vonden vele bevroegde personen de wettelijke termijn van 45 dagen voor de OCMW's om de POD Maatschappelijke integratie over hun beslissing in te lichten, te kort.

9.3.2. Territorialiteit

De territorialiteitsvoorwaarde vereist dat het sociaal onderzoek herhaald wordt telkens een begunstigde van DMH zich op een nieuw gemeentelijk grondgebied vestigt. Het sociaal onderzoek dat reeds door een ander OCMW werd uitgevoerd, is dus niet langer geldig op het nieuwe grondgebied. Deze territorialiteitsvoorwaarde vormt een bijzonder zware werklast in het Brussels gewest, waar de 19 gemeentes dicht bij elkaar aansluiten. De geografische bevoegdheid bepalen is nog ingewikkelder in de buurt van bepaalde aantrekkingspunten zoals de stations (bijv. het Noordstation in Brussel) die in meerdere gemeentelijke territoria liggen.



9.3.3. Zorgen verstrekt voor het verkrijgen van de DMH

- Sommige mensen zonder wettig verblijf omzeilen de administratieve procedures door in geval van nood rechtstreeks naar het ziekenhuis te gaan. Zo meldde het UMC Sint-Pieter in Brussel, dat in de eerste helft van 2012, de grote meerderheid van de gehospitaliseerden zonder wettig verblijf (93,9%, 1068 op 1137) bij aanmelding geen requisitorium van een OCMW kon voorleggen. Voor de ambulante zorgen was dit aandeel 82,0% (4376 op 5334). In het Universitair ziekenhuis van Charleroi had, tijdens de eerste 10 maanden van 2015, 60% van de patiënten, waarvan de kosten ten laste zijn genomen door DMH, geen voorakkoord van het OCMW bij opname.
- Wanneer een persoon zonder wettig verblijf rechtstreeks zorgen krijgt via de spoeddienst van het ziekenhuis, start de sociale dienst van dit ziekenhuis een sociaal onderzoek. Maar dit onderzoek moet gevalideerd worden door het bevoegde OCMW (eventueel op basis van reeds in het ziekenhuis verzamelde gegevens), omdat de financiële verantwoordelijkheid voor DMH bij hen ligt. Dat is dus dubbel werk. Bovendien kan het OCMW dit sociaal onderzoek niet altijd valideren, bijvoorbeeld als ze de betrokkene niet meer kunnen terugvinden. De factuur is dan voor rekening van het ziekenhuis.
- Wanneer het OCMW van de gemeente waar een persoon zonder wettig verblijf verklaart te verblijven niet in staat is om deze territorialiteitsvoorwaarde te controleren, wordt het onderzoek overgedragen naar het OCMW van de gemeente waar het ziekenhuis gevestigd is. Dat verhoogt aanzienlijk de werklast van de OCMW's met een ziekenhuis op hun grondgebied.
- Er bestaan geen garanties dat het bevoegde OCMW akkoord zal gaan om de gemaakte kosten te dekken, vermits deze beslissing afhangt van het a posteriori uitgevoerde sociaal onderzoek. Het bedrag van de onbetaalde facturen kan dus aanzienlijk stijgen, tot het een zeer zware financiële last wordt voor de ziekenhuizen. Het IRIS-ziekenhuisnetwerk (Brussel) bijvoorbeeld, had in 2012 voor 4 174 200 € aan onbetaalde facturen, waarvan 80% toe te wijzen is aan DMH. Ter vergelijking, het bedrag aan DMH betaald door POD Maatschappelijke Integratie bedroeg 28 530 340 € in deze regio datzelfde jaar.

9.3.4. MediPrima

De invoering van het MediPrima-systeem heeft zeker gezorgd voor een vereenvoudiging van de informatiestromen tussen de ziekenhuizen, de OCMW's, het HZIV en de POD MI. Dit systeem zorgt echter ook voor een aantal problemen.

- Een persoon zonder wettig verblijf kan niet tegelijkertijd door twee verschillende OCMW's geregistreerd worden. Een OCMW kan zich dus niet bevoegd verklaren als een ander dat voorheen al deed. Zo ontstaan er al snel ingewikkelde situaties door de grote mobiliteit van deze populatie.
- In het MediPrima-systeem is de DMH geldig voor 3 maanden. Na deze termijn wordt deze automatisch stopgezet waardoor deze opnieuw geactiveerd moet worden als er nog zorgen nodig zijn. De mogelijkheid om a priori een DMH van langere duur toe te kennen, vooral bij chronische aandoeningen, is dus niet langer voorzien in dit systeem.

9.3.5. Human resources

De administratieve last kan gemeten worden in termen van het personeel dat nodig is om de taken voor de DMH uit te voeren. Het was echter moeilijk om deze gegevens van de OCMW's te verkrijgen, omdat de meeste maatschappelijke assistenten niet uitsluitend met deze taken bezig zijn. Een van de OCMW's die wij ontmoetten had een speciale cel voor DMH opgericht. Zo kregen wij een idee van de substantiële kostprijs ervan. Deze cel telt 12 VTE die in 2013 de dossiers van 1730 mensen zonder wettig verblijf behandelden (4 824 dossiers voor DMH).

9.4. Verwarring rond de term “DMH”

DMH wordt vaak geïnterpreteerd als “dringende zorgen”. Deze ambiguïteit kan het gebruik van de zorgen door mensen zonder wettig verblijf en het beslissingsproces bij zorgverleners en OCMW's beïnvloeden. Dit kan leiden tot een minder goede verzorging, weigering van zorgen of het miskennen van de ernst van bepaalde situaties, in het bijzonder mentale gezondheidsproblemen. Meer algemeen kan men ook de enge interpretatie melden van het concept “gezondheid” in het kader van DMH, dat vaak gereduceerd wordt tot de eenvoudige behandeling van ziektes en kwaaltjes.²⁸



9.5. Beperkte vrije keuze van zorgverleners

De meeste OCMW's sluiten overeenkomsten af met zorgverleners (artsen, ziekenhuizen, medische transportbedrijven, prothesemakers) en de keuze van de begunstigden van DMH is vaak beperkt tot de lijst met deze zorgverleners.

9.6. Moeilijke communicatie

Zowel de mensen zonder wettig verblijf als de zorgverleners beschikken over onvoldoende informatie over wat nu exact gedekt wordt door de DMH en welke administratieve procedures hiervoor gevolgd moeten worden. Beide partijen bevestigen dat ze 'al doende' hebben moeten leren en dat gaat gepaard met veel stress, misverstanden en vooral vertraging bij de zorgverlening. Er zijn soms beperkingen door het gebrekkige 'gezondheidsalfabetisme' (Health Literacy) bij de mensen zonder wettig verblijf maar we zien ook dat bepaalde maatschappelijke assistenten en zorgverleners weinig gevoelig zijn voor het belang van de interculturaliteit.

De verschillende rondzendbrieven en de technische documenten van de POD MI rond DMH zijn overigens aan verduidelijking toe m.b.t. een aantal belangrijke operationele punten.

9.7. Moeilijke monitoring van gezondheidspraktijken en kosten

De databases die wij gewoonlijk gebruiken voor het identificeren van het type verstrekte zorg (facturatiegegevens van de mutualiteiten en klinische overzichten van de FOD Volksgezondheid) kunnen niet gebruikt worden voor de DMH. MediPrima bevat momenteel enkel de DMH-facturatiegegevens voor ziekenhuisprestaties.

Voor de opvolging van de kosten voor DMH, houdt POD MI een transparante boekhouding bij, maar de andere kosten die door de OCMW's, ziekenhuizen en NGO's worden gedragen, worden er niet bijgehouden.

10. AANBEVELINGEN VOOR EEN HERVORMING VAN DMH

Ondanks de sterke punten van de DMH (zie deel 8) toonde ons onderzoek aan dat er een aantal moeilijkheden bestaan (zie deel 9) die de toepassing ervan bemoeilijken. De complexiteit van de huidige procedures is nefast voor alle betrokken partijen: een onzekere en variabele toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf, zware en dure administratie voor de OCMW's, financiële moeilijkheden voor de zorgverleners.

Wij stellen een hervorming van de DMH voor om deze moeilijkheden zoveel mogelijk op te lossen en een gunstiger evenwicht te vinden tussen het fundamentele recht voor iedereen op toegang tot de gezondheidszorg en een rationeel gebruik van de publieke middelen. De hervorming die wij voorstellen, volgt twee grote lijnen:

- vereenvoudigen en harmoniseren van de administratieve procedures;
- rationaliseren van de toegang tot de gezondheidszorg.

Voor de elementen van deze hervorming werden we geïnspireerd door onze analyse van de huidige situatie, de ervaringen en meningen van de bevroegde mensen, de goede praktijken bij bepaalde OCMW's en bepaalde buitenlandse voorbeelden. Ze houden zoveel mogelijk rekening met het huidige wettelijke kader. Alle elementen werden besproken met de betrokken partijen en beleidsmakers (zie colofon) en hun visies en suggesties werden opgenomen in de finale versie hieronder. Deze elementen vormen één geheel en kunnen niet los van elkaar gezien worden. Ze worden samengevat in Tabel 2. Ze vormen een aanzet tot reflectie en discussie voor de betrokken partijen om de DMH-praktijk te verbeteren.

Het is vandaag onmogelijk om de kost van deze hervorming nauwkeurig te berekenen. Enerzijds kunnen we een toename van de kosten verwachten door een betere dekking van de gezondheidszorgen. Anderzijds moeten de kosten van complexe gevallen die door een laattijdige verzorging in het ziekenhuis moeten worden opgenomen, afnemen, net als de kosten voor de administratieve taken. Twee recente studies gaan in deze richting^{11, 21} (zie deel 3.3). De hervorming van de DMH moet alleszins van dichtbij gevolgd en zorgvuldig geëvalueerd worden. Elke ongepaste toewijzing van middelen moet snel opgespoord en bijgestuurd worden.



Dit vergt een specifieke investering met middelen die daarvoor expliciet worden voorzien (zie deel 10.1.9).

Ten slotte herinneren we eraan dat het toegankelijker maken van de gezondheidszorg voor iedereen boven alles ingegeven moet zijn door maatschappelijke en ethische waarden die niet enkel van financiële factoren afhangen.

10.1. De aanvraag tot medische hulp vergemakkelijken

Mensen zonder wettig verblijf worden best aangemoedigd om **hun aanvraag tot medische hulp bij een OCMW⁹ in de gemeente van verblijf in te dienen zonder dat ze ziek zijn**. De aanvraag van medische hulp **hangt dan niet langer af van een medisch attest voor DMH**. Dit kan vertragingen vermijden bij het verlenen van zorg als men daarna effectief ziek wordt. Daarnaast zal daardoor het aantal mensen dat zich rechtstreeks tot het ziekenhuis wendt bij ziekte doen afnemen en de gezondheidsproblemen kunnen dan worden aangepakt voordat ze ernstig worden, met een positieve impact op de kost van de behandeling. Hierdoor kan ook preventieve zorg, met inbegrip van preventieve geestelijke gezondheidszorg, worden verleend, volgens het koninklijk besluit van 1996⁵. Om verwarring te vermijden over het beschikbare zorgpakket moet men de DMH **een andere naam geven**, zoals “Gezondheidsdekking voor mensen zonder wettig verblijf” of “Tijdelijke gezondheidsdekking”.

Indien de persoon geen vaste verblijfplaats heeft, wordt het OCMW waarbij de aanvraag wordt ingediend de facto beschouwd als het bevoegde OCMW.

10.2. Het sociaal onderzoek rationaliseren

10.2.1. Gezondheidsdekking tijdens het sociaal onderzoek

Zodra de aanvraag tot medische hulp wordt ingediend, ontvangt de aanvrager een medische kaart met een aanvankelijke geldigheidsduur van een maand (zie deel 10.4 over de door de medische kaart gedekte gezondheidszorg). De eventuele gezondheidszorg van de aanvrager tijdens de duur van het sociaal onderzoek wordt ook gedekt. Tijdens deze periode, is enkel de eerstelijnszorg toegankelijk, met uitzondering van spoedeisende zorg.

10.2.2. Het sociaal onderzoek vereenvoudigen.

10.2.2.1. De plaats van het onderzoek naar de bestaansmiddelen van de aanvrager wordt herbekeken

Vandaag wordt de informatie over de bestaansmiddelen van de aanvrager (en eventueel diens huisgenoten) voornamelijk gebruikt om te bepalen of de POD MI het remgeld zal betalen bij zorgen buiten het ziekenhuis²⁴ (zie punt 9.1.1). Dit vergt echter veel inspanningen van de OCMWs om relatief lage kosten te besparen in het totale budget van DMH. Ter herinnering: 70% van de DMH uitgaven zijn gerelateerd aan ziekenhuisopnames en DMH is zeer zelden geweigerd op basis van financiële behoefte vooral als het over een ziekenhuisopname gaat. We stellen daarom voor om **de precieze plaats van het onderzoek naar de bestaansmiddelen van de aanvrager te herbekijken. De criteria voor onvoldoende bestaansmiddelen, zouden voor alle OCMW's geharmoniseerd moeten worden**. Als men over bestaansmiddelen beschikt boven deze drempel, mag dat geen reden vormen om medische hulp te weigeren, alleen een reden om de betaling van het remgeld te weigeren. Niet precies het inkomensniveau van de aanvrager kunnen bepalen (bijv. zwartwerk) kan geen reden vormen om de medische hulp te weigeren.

⁹ Het OCMW is de meest geschikte plaats voor deze procedure gezien de expertise in het opvangen van kwetsbare bevolkingsgroepen en de zeer dichte geografische aanwezigheid.



10.2.2.2. Het huisbezoek wordt facultatief

De POD MI verklaart dat “wanneer de aanvraag de betaling betreft van facturen voor medische zorg, het OCMW de noodzaak en de geschiktheid van een huisbezoek moet bepalen”.²⁵ Bijgevolg kan **het niet uitvoeren van een huisbezoek geen reden zijn om medische hulp te weigeren**, als de redenen transparant worden toegelicht (bijv. persoon zonder vaste verblijfplaats).

10.2.2.3. De opname van het sociaal onderzoek in MediPrima

Om te vermijden dat een sociaal onderzoek dat reeds werd uitgevoerd door een ander OCMW of een ziekenhuis, wordt herhaald, **zullen elementen van het sociaal onderzoek worden geïntegreerd in MediPrima**, zodat deze informatie toegankelijk is voor alle OCMW's (zie ook sectie 10.7). Bovendien zou MediPrima de spil voor informatie-uitwisseling moeten zijn en informatie moeten kunnen ontvangen van de verschillende betrokken partijen in het sociaal onderzoek (bijvoorbeeld de Dienst Vreemdelingenzaken voor de controle op het bestaan van een financiële borgsteller).

10.3. De medische kaart standaardiseren

Bij het indienen van de vraag om medische hulp zal een medische kaart worden uitgereikt met **een aanvankelijke geldigheidsduur van 1 maand**. De geldigheid van de kaart wordt best verlengd tot een jaar als er tijdens het sociaal onderzoek geen elementen worden gevonden die wijzen op fraude (die de verklaringen van de aanvrager tegenspreken). Bij vermoeden van fraude, wordt er een grondig sociaal onderzoek opgestart. De resultaten moeten worden voorgelegd aan de Raad voor Maatschappelijk Welzijn van het OCMW die dan de medische kaart kan intrekken zonder terugwerkende kracht.

De medische kaart zal dezelfde zijn voor alle OCMW's. Het is een geïndividualiseerde kaart die wordt opgesteld op basis van de originele identiteitsdocumenten van de aanvrager. Deze vermeldt de naam, de voornaam en het rijksregisternummer (INSZ-bis uitgereikt door het OCMW voor een persoon zonder wettig verblijf) en een foto die op beveiligde wijze wordt aangebracht. De naam van de kinderen van de aanvrager van minder

dan 18 jaar wordt er ook op vermeld. De kaart vermeldt ook de naam en het RIZIV-nummer van de huisarts die het globaal medisch dossier (GMD) van de persoon beheert. Ten slotte vermeldt de kaart of het remgeld betaald wordt en het MediPrima-nummer van de aanvrager^h.

Als de persoon zonder wettig verblijf zich zonder medische kaart op de spoeddienst van een ziekenhuis aanmeldt, zal een voorlopige kaart van korte duur (een week) worden uitgereikt en worden de zorgen verleend. De persoon zal daarna worden doorgestuurd naar het OCMW van de gemeente waar hij gewoonlijk verblijft om de standaard medische kaart, die een jaar geldig is, te ontvangen. Als hij na zijn bezoek aan de spoeddienst in het ziekenhuis wordt opgenomen, zal de medische kaart worden uitgereikt door een maatschappelijk assistent van het OCMW of door het ziekenhuis tijdens de hospitalisatie (zie 10.1.2).

Als de persoon zich zonder medische kaart aanmeldt bij een arts of tandarts en als deze niet in een spoedeisende situatie verkeert, wordt hij doorgestuurd naar het OCMW om de normale procedure om een medische kaart te verkrijgen, op te starten.

De medische kaart is dus niet verbonden met een specifieke gezondheidstoestand.

10.4. De gedekte zorgen harmoniseren

De medische kaart geeft alle houders dezelfde rechten. Het OCMW is niet langer betrokken bij het bepalen van de gezondheidszorgen die gedekt worden. **De dekking zal worden geënt op degene die toegekend is aan asielzoekers** zoals bepaald door het Koninklijk Besluit van 9 april 2007²⁹. Deze lijst bevat alle zorgen die voorzien zijn in de RIZIV-nomenclatuur met 5 uitzonderingen: onderzoeken en behandelingen van onvruchtbaarheid, esthetische ingrepen (met uitzondering van reconstructieve chirurgie na chirurgische ingreep of trauma), orthodontie, tandverzorging, tandprothesen zonder kauwproblemen (ongeacht de leeftijd van de aanvrager) en tandextracties onder algemene verdoving. **De arts gebruikt zoveel mogelijk generische geneesmiddelen. De regels van het RIZIV inzake de controle voor of na de zorgverstrekking gelden hier ook** en worden toegepast door de adviserende geneesheer van de HZIV.

^h De medische kaart is dus ook een identificatiekaart voor MediPrima.



Voor de persoon met onvoldoende bestaansmiddelen (zie deel 10.1.2) worden geneesmiddelen buiten de RIZIV-nomenclatuur die wel tot het dagelijkse leven behoren, zoals bepaald door het Koninklijk Besluit, ook gedekt²⁹:

- de geneesmiddelen van categorie D voorgeschreven door een arts (met uitzondering van de behandeling van erectiestoornissen), in de generische vorm en met toepassing van de referentieprijs voor terugbetaling;
- de geneesmiddelen van categorie D die niet voorgeschreven worden door een arts (antiacida, spasmolytica, anti-emetica, antipyretica, geneesmiddelen voor aandoeningen van de mondholte en de slokdarm), op voorwaarde dat het minst dure product wordt uitgereikt,
- tandextracties;
- tandprothesen enkel voor het herstellen van het kauwvermogen;
- enkele brillenglazen (geen bi- of multifocale glazen, geen gekleurde glazen) voorgeschreven door een oftalmoloog voor kinderen of volwassenen als de afwijking groter is dan 1 dioptrie;
- aangepaste melk voor zuigelingen als borstvoeding niet mogelijk is.

De zorgen die niet op de lijst van de gedekte zorgen staan, kunnen door het OCMW, de NGO's of de persoon zelf betaald worden.

10.5. Het gebruik van de gezondheidszorg rationaliseren

De persoon zonder wettig verblijf kan **vrij zijn huisarts kiezen. Het gebruik van het Globaal Medisch Dossier (GMD) wordt verplicht**, wat betekent dat alle gezondheidsgegevens over de persoon beheerd, geanalyseerd en gecentraliseerd worden door de huisarts die aan deze persoon werd toegekend. De medische kaart vermeldt ook de naam en het RIZIV-nummer van deze arts. De medische kaart dekt automatisch alle medische eerstelijnsconsultaties uitgevoerd door de arts die het GMD beheert en de andere gezondheidsdiensten die door deze arts werden voorgeschrevenⁱ.

ⁱ Het medisch attest is niet noodzakelijk voor een raadpleging bij Kind&Gezin. De keuze van apotheek is vrij.

Om een specialist te raadplegen of geplande zorg in het ziekenhuis te verkrijgen, is een verwijzing^j van de huisarts die het GMD beheert verplicht en voldoende. Het is dus niet langer noodzakelijk dat het OCMW dit document voor akkoord ondertekent. De factuur voor gespecialiseerde zorgen of voor een opname in het ziekenhuis die wordt doorgegeven aan HZIV bevat het identificatienummer bij het RIZIV van de huisarts (die ook de beheerder is van het GMD) die de zorg aanvraagt. Het RIZIV-nummer van deze arts staat op de medische kaart en **de kost van het GMD wordt door POD MI betaald.**

Als de persoon zonder wettig verblijf van huisarts wil veranderen, moet deze contact opnemen met het OCMW van de gemeente waar hij verblijft om de medische kaart aan te passen.

10.6. De financiering vereenvoudigen

De medische kaart vormt de garantie dat de zorgen beschreven in deel 10.1.4 door de POD MI worden betaald. **De derde-betalersregeling geldt systematisch voor alle personen zonder wettig verblijf.** De eerstelijns zorgverstrekkers zullen hun facturen/ereloonnota's aan de HZIV overhandigen met vermelding van het nummer van de medische kaart en zullen zo door de HZIV worden terugbetaald. De ziekenhuizen sturen nu al hun facturen via MediPrima door naar de HZIV. Zolang de eerstelijnszorg niet aangesloten is op MediPrima worden deze facturen nog op papier doorgestuurd. MediPrima moet zo snel mogelijk worden uitgebreid naar de eerstelijnszorg.

10.7. Zorgen voor de continuïteit van zorg en informatie

De medische kaart kan elk jaar vernieuwd worden, zolang de houder zich op het nationale grondgebied bevindt. Bij de hernieuwing wordt een nieuw sociaal onderzoek uitgevoerd door het OCMW van de gemeente waar de aanvrager op dat moment verblijft. Indien dit niet hetzelfde OCMW is als bij de oorspronkelijke aanvraag, wordt de notificatie van de verandering van bevoegdheid via MediPrima gedaan.

Indien de begunstigde van gemeente is veranderd voor het verstrijken van de medische kaart, blijft de kaart geldig, behalve als de begunstigde

^j Dit attest kan elektronisch zijn wanneer de huisartsen zijn aangesloten op MediPrima.



permanent in de nieuwe gemeente verblijft. In dat geval moet hij een nieuwe medische kaart aanvragen bij het OCMW van de nieuwe gemeente. **Het OCMW van de nieuwe verblijfplaats kan zich baseren op de elementen van het sociaal onderzoek dat het vorige OCMW uitvoerde** (beschikbaar in MediPrima).

Als de begunstigde een andere arts raadpleegt dan de beheerder van zijn Globaal Medisch Dossier (bijv. de dokter van wacht tijdens het weekend, een spoedarts, ...), zal deze de huisarts die het GMD beheert daarvan op de hoogte stellen en informatie doorgeven voor het medisch dossier.

De snelle uitbreiding van MediPrima naar de eerstelijnszorg zal een belangrijk element zijn om de continuïteit van de medische informatie te verzekeren.

10.8. De communicatie verbeteren

Om de communicatie tussen de betrokken partijen (OCMW, zorgverleners, HZIV, POD MI, NGO) te vergemakkelijken, is een document nodig dat zeer precies de DMH-procedure en de rol van elke betrokken partij beschrijft. Dit zal toelaten om de praktijk te harmoniseren en de vastgestelde ongelijkheden te verminderen. Het huidige rapport kan dienen als basis voor een dergelijk document. **Een synthese van zulk document, bondig en in verschillende talen, moet beschikbaar zijn op de website van alle OCMW's.**

De online-vertaaldienst die ontwikkeld werd door de FOD Volksgezondheid wordt toegankelijk voor alle artsen. De interculturele bemiddelaars, die vandaag binnen de ziekenhuizen gefinancierd worden, zouden ook voor de eerste lijn via een onlinedienst toegankelijk moeten zijn.

Het is belangrijk om **een specifieke opleiding in interculturele communicatie binnen de gezondheidszorg** te organiseren en deze toegankelijk te maken voor alle betrokken personen. Deze opleiding zou kunnen afgerond worden met de accreditatie van de zorgverlener en zou eventueel ook financieel gevaloriseerd kunnen worden.

Bij conflict tussen de partijen kan beroep worden gedaan op een onafhankelijke bemiddelaar. De bemiddelingsdiensten 'Rechten van de

patiënt' kunnen deze rol op zich nemen voor de DMH-aanvrager. Voor conflicten op het vlak van de financiële ten lasteneming van reeds verleende zorgen, kan de adviserend geneesheer van de HZIV worden ingeschakeld.

10.9. Monitoring van de zorgpraktijk en de kosten

Het is van cruciaal belang om de gegevensinzameling over zorg aan mensen zonder wettig verblijf te verbeteren, om de praktijk en de kosten voortdurend te kunnen evalueren.

- De OCMW's kunnen elke nieuwe aanvraag voor medische hulp in MediPrima invoeren en aangeven of de aanvraag aanvaard of geweigerd werd, samen met de elementen van het sociaal onderzoek. Zo is de informatie ook beschikbaar voor de andere OCMW's en voor de POD MI.
- Er moet een specifieke code voor DMH worden aangemaakt in de Minimale ZiekenhuisGegevens (MZG) en in de registratie van de gegevens in de spoeddiensten, om ervoor te zorgen dat de ziektecijfers van deze populatie geanalyseerd kunnen worden, net zoals voor de andere patiënten.
- MediPrima moet snel uitgebreid worden naar de eerstelijnszorg om een overzicht te verkrijgen van de verstrekte zorg en de bijbehorende kosten. Ondertussen sturen de eerstelijnszorgverleners hun attesten door naar de HZIV.
- De facturatiegegevens van de HZIV voor DMH moeten opgenomen worden in de database van het RIZIV en op dezelfde manier geanalyseerd worden (feedback aan de voorschrijvers, identificatie van potentieel ondermaats of overmatig gebruik van gezondheidszorg, opsporen van afwijkende praktijken (*outliers*), inspecties op het terrein). In de toekomst moet het mogelijk zijn om, door een ander statuut van verzekeraar aan te maken, een overzicht te verkrijgen van de ziekenhuiszorg aan mensen zonder wettig verblijf, zoals dit al sinds enkele jaren het geval is voor de buitenlandse patiënten met wettige verblijfsdocumenten.³⁰

**Tabel 2 – Voornaamste elementen van de voorgestelde hervorming voor DMH**

Hervorming	
Sociaal onderzoek	1. De precieze plaats van het onderzoek naar de bestaansmiddelen van de aanvrager moet worden herbekeken. 2. Het huisbezoek wordt facultatief 3. Het medisch DMH-atteest is niet langer noodzakelijk om medische hulp te verkrijgen
Dekking van de zorgen	1. Het OCMW levert een individuele kaart af bij aanvraag van zorg; de eerstelijnszorg wordt tijdens het sociaal onderzoek gedekt. 2. De kaart is één jaar geldig bij een gunstig sociaal onderzoek 3. De medische kaart kan al uitgereikt worden als er geen ziekte wordt vastgesteld 4. De lijst van de gedekte zorgen is identiek voor alle mensen zonder wettig verblijf en kan gebaseerd op de lijst die geldt voor de asielzoekers.²⁹
Rationaliseren van de zorgen	1. Het Globaal Medisch Dossier (GMD) is verplicht. 2. De keuze van arts is vrij maar de toegang tot gespecialiseerde zorg is enkel mogelijk als de huisarts die het GMD beheert hiermee instemt. 3. De regels van het RIZIV voor de controle voor of na de gezondheidsprestaties gelden.
Betere communicatie	1. De naam van Dringende Medische Hulp zou veranderd moeten worden in “Gezondheidsdekking voor mensen zonder wettig verblijf” of “Tijdelijke gezondheidsdekking”. 2. De bekwaamheden van en de steun aan de zorgverleners en andere betrokkenen moet verbeterd worden op het gebied van interculturaliteit. 3. Een algemeen document moet uitgewerkt worden met een nauwkeurige beschrijving van de procedure voor het verkrijgen van medische hulp en de opdrachten van de dienstverleners. 4. In geval van conflict tussen de partijen, is het mogelijk om door te verwijzen naar een onafhankelijke bemiddelaar.
Monitoring	1. De resultaten van het sociaal onderzoek worden opgenomen in MediPrima. 2. Een code DMH wordt aangemaakt in de Minimale ZiekenhuisGegevens (MZG) en in de registratie in de spoeddiensten om de begunstigen van de medische hulp te kunnen identificeren en hun ziekteprofiel te kunnen analyseren. 3. MediPrima moet worden uitgebreid naar de eerstelijnszorg. 3. De gegevens van de HZIV rond de gezondheidszorg bij mensen zonder wettig verblijf worden opgenomen in de database van het RIZIV en op dezelfde manier geanalyseerd.



■ AANBEVELINGEN^k

Aan de POD Maatschappelijke Integratie, de FOD Volksgezondheid en Sociale Zaken, het RIZIV, de HZIV, en de Vereniging van Steden en Gemeenten van de 3 gewesten raden wij aan een technisch overlegcomité op te richten voor een strategie in 4 fasen:

- Het op korte termijn opstellen van een gemeenschappelijk document (vademecum) dat de DMH-procedure en de opdrachten van elke betrokken partij beschrijft. Het huidige KCE-rapport, en met name sectie 10, kan hiervoor als basis dienen. Een informatie brochure met een synthese in verschillende talen moet beschikbaar zijn in alle OCMWs, net als op hun website.
- Het op korte termijn verbeteren van de gegevensinzameling rond DMH voor personen zonder wettig verblijf, zoals beschreven in punt 10.9, en het op middellange termijn uitbreiden van MediPrima naar de eerstelijnszorg.
- Het opstellen van een actieplan om de hervorming van de medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf door te voeren.
- Het opvolgen van de evolutie van de zorg en van de kosten na de hervorming, en wanneer nodig, op een objectieve basis aanpassingen voorstellen

^k Alleen KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.



■ REFERENTIES

1. Van Ginneken E. Health care access for undocumented migrants in Europe leaves much to be desired. Eurohealth incorporating Euro Observer. 2014;20(4):11-4.
2. PICUM. Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe. Brussels: 2007. Available from: http://picum.org/picum.org/uploads/file/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants.pdf
3. Triandafyllidou A. Clandestino project - Final Report. 2009. Available from: <http://cordis.europa.eu/documents/documentlibrary/126625701EN6.pdf>
4. Baeyens P, Beys M, Bourguignon M, Büchler A, De Smet F, Dewulf K, et al. Migration en droits et en chiffres 2015-Migratie in cijfers en in rechten 2015. 2015. Available from: <http://www.myria.be/nl/publicaties/migratie-in-cijfers-en-in-rechten-2015>
5. 12 DECEMBRE 1996. - Arrêté royal relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume. 12 DECEMBER 1996. - Koninklijk besluit betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, Moniteur Belge-Belgish Staatsblad 1996. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl
6. 8 JUILLET 1976. - Loi organique des centres publics d'action sociale-8 JULI 1976. - Organieke wet betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn., Moniteur Belge-Belgish Staatsblad 1976. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1976070801
7. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights : Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27, United Nations Human rights : Office of the High Commissioner for



- Human Rights 1966. Available from: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
8. European Social Charter (Revised). In: European Treaty Series. Strasbourg: Council of Europe 1996. p. 18 p. Available from: http://www.hrcr.org/docs/Social_Charter/soccharter5.html
 9. Sulis G, El Hamad I, Fabiani M, Rusconi S, Maggiolo F, Guaraldi G, et al. Clinical and epidemiological features of HIV/AIDS infection among migrants at first access to healthcare services as compared to Italian patients in Italy: a retrospective multicentre study, 2000-2010. *Infection*. 2014;42(5):859-67.
 10. Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernando V, Gonzalez C, et al. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2013;23(6):1039-45.
 11. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. *PLoS One*. 2015;10(7):e0131483.
 12. Grove NJ, Zwi AB. Our health and theirs: forced migration, othering, and public health. *Soc Sci Med*. 2006;62(8):1931-42.
 13. Schunck R, Reiss K, Razum O. Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethn Health*. 2015;20(5):493-510.
 14. Kuehne A, Huschke S, Bullinger M. Subjective health of undocumented migrants in Germany - a mixed methods approach. *BMC Public Health*. 2015;15(1):926.
 15. Teunissen E, Sherally J, van den Muijsenbergh M, Dowrick C, van Weel-Baumgarten E, van Weel C. Mental health problems of undocumented migrants (UMs) in The Netherlands: a qualitative exploration of help-seeking behaviour and experiences with primary care. *BMJ Open*. 2014;4(11):e005738.
 16. Pace-Asciak A, Mamo J, Calleja N. Tuberculosis among undocumented boat migrants to Malta: implications for a migrant tuberculosis policy. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(8):1065-70.
 17. Marx FM, Fiebig L, Hauer B, Brodhun B, Glaser-Paschke G, Magdorf K, et al. Higher Rate of Tuberculosis in Second Generation Migrants Compared to Native Residents in a Metropolitan Setting in Western Europe. *PLoS One*. 2015;10(6):e0119693.
 18. Heldal E, Kuyvenhoven JV, Wares F, Migliori GB, Ditiu L, Fernandez de la Hoz K, et al. Diagnosis and treatment of tuberculosis in undocumented migrants in low- or intermediate-incidence countries. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008;12(8):878-88.
 19. Khyatti M, Trimbitas RD, Zouheir Y, Benani A, El Messaoudi MD, Hemminki K. Infectious diseases in North Africa and North African immigrants to Europe. *Eur J Public Health*. 2014;24 Suppl 1:47-56.
 20. ECDC. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: 2014. Available from: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf>
 21. European Union Agency for Fundamental Rights. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. Vienna: FRA; 2015. Available from: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf
 22. INAMI-RIZIV, Médecins du Monde-Dokter van de Wereld. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique-Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België. 2014. Available from: <http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>
 23. SPP Intégration Sociale-POD Maatschappelijke Integratie. Pièces justificatives médicales dans le cadre de la loi du 02/04/1965 et de l'AM du 30/01/1995-De Medische Bewijsstukken in het kader van de wet van 02/04/1965 en het ministerieel besluit van 30/01/1995. 2015. Available from: <http://www.mi-is.be/be-nl/doc/ocmw/informatiedocument-medische-bewijsstukken-in-het-kader-van-de-wet-van-2041965>
 24. 25 Mars 2010. - Circulaire sur l'enquête sociale exigée pour le remboursement des frais médicaux dans le cadre de la loi du 2 avril 1965 et de l'arrêté ministériel du 30 janvier 1995-25 Maart 2010. - Omzendbrief betreffende het sociaal onderzoek vereist voor de



- terugbetaling van de medische kosten in het kader van de wet van 2 april 1965 en het ministerieel besluit van 30 januari 1995, Moniteur Belge-Belgish Staatsblad 2010. Available from: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=\(text%20contains%20\(%27%27\)\)&language=fr&rech=1&tri=dd%20AS%20RANK&value=&table_name=loi&F=&cn=2010032509&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=(text%20contains%20(%27%27))&language=fr&rech=1&tri=dd%20AS%20RANK&value=&table_name=loi&F=&cn=2010032509&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F)
25. 14 MARS 2014. - Circulaire portant sur les conditions minimales de l'enquête sociale exigée dans le cadre de la loi du 26 mai 2002 relative au droit à l'intégration sociale et dans le cadre de l'aide sociale accordée par les C.P.A.S. et remboursée par l'Etat conformément aux dispositions de la loi du 2 avril 1965-14 Maart 2014. - Omzendbrief betreffende de minimumvoorwaarden voor het sociaal onderzoek in het kader van de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie en in het kader van de maatschappelijke dienstverlening door de O.C.M.W.'s die overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 april 1965 door de Staat terugbetaald wordt, SPP Intégration sociale, Lutte contre la pauvreté, Economie sociale et Politique des grandes villes- POD maatschappelijke integratie, armoedebestrijding en sociale economie 14 mars 2014. Available from: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=\(text%20contains%20\(%27%27\)\)&language=fr&rech=1&tri=dd%20AS%20RANK&value=&table_name=loi&F=&cn=2014031430&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?sql=(text%20contains%20(%27%27))&language=fr&rech=1&tri=dd%20AS%20RANK&value=&table_name=loi&F=&cn=2014031430&caller=image_a1&fromtab=loi&la=F)
26. SPP Intégration Sociale-POD Maatschappelijke Intégration. Mediprima-La réforme de l'aide médicale octroyée par les CPAS. Brussels: SPP IS-POD MI; 2013. Available from: http://www.mis.be/sites/default/files/doc/mediprima_manuel_fr_-_v220313.pdf
27. Chauvin P, Simonnot N, Vanbiervliet F, Vicart M, Vuillermoz C. Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada. Paris: 2015. Available from: <https://mdmeuroblog.wordpress.com/>
28. Keygnaert I, Vettenburg N, Roelens K, Temmerman M. Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and The Netherlands. BMC Public Health. 2014;14:416.
29. 9 AVRIL 2007. - Arrêté royal déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil.-9 APRIL 2007. - Koninklijk besluit tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die niet verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang omdat zij manifest niet noodzakelijk blijken te zijn en tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die tot het dagelijks leven behoren en verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang., Moniteur Belge-Belgish Staatsblad 2007. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007040946&table_name=loi
30. De Mars B, Boulanger K, Schoukens P, Sermeus W, Van de Voorde C, Vrijens F, et al. Elective care for foreign patients: impact on the Belgian healthcare system. *Health Services Research (HSR)*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. KCE Reports 169 Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/elective-care-for-foreign-patients-impact-on-the-belgian-healthcare-system>



COLOFON

Titel:	Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? – Synthese
Auteurs:	Dominique Roberfroid (KCE), Marie Dauvrin (UCL), Ines Keygnaert (ICRH-Universiteit Gent), Anja Desomer (KCE), Birgit Kerstens (Universiteit Gent), Cécile Camberlin (KCE), Julie Gysen (UCL), Vincent Lorant (UCL), Ilse Derluyn (Universiteit Gent)
Project coordinator:	Dominique Paulus (KCE)
Reviewers:	Laurence Kohn (KCE), Christian Léonard (KCE), Karin Rondia (KCE)
Externe experts / stakeholders:	Stéphan Alongi (GHDC), Loranci Anamdarajah (Dokters van de Wereld), Ludwig Apers (ITG), Hervé Avalosse (Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes), Hicran Aydogdu (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Alain Back (CPAS Bruxelles), Christophe Barbut (Maison médicale "Enseignement"), Patricia Barlow (CHU St Pierre), Els Bartholomeeusen (VWGC vereniging wijkgezondheidscentra), Jeroen Berens (K&G), Mia Beyaert (AZ Groeninge Kortrijk), Yannick Bizack (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Sophie Bleus (Médecins du Monde), Alain Brousmiche (CPAS Charleroi), Alexandra Büchler (Myria), Begoña Cainas (CHU St Pierre), Kelly De Ceulaer (K&G), André Cocolle (Réseau hospitalier IRIS), Caroline Colinet (Maison médicale des marolles), Veerle Cortebeek (VMSG), Fabienne Crauwels (VMSG), Karen Crauwels (OCMW Antwerpen), Sophie Damien (Médecins du Monde), Mikael Daubie (INAMI), Laurence Dauginet (CAAMI), Janne Debaere (AZ Jan Palfijn), Tina De Boeck (Kind & Gezin), Nadine de Buck (CPAS Saint-Gilles), Stephanie De Clercq (AZ Jan Palfijn), Noël de Coster (CPAS Saint-Gilles), David De Keukelaere (OCMW Gent), Pierre De Proost (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Ri De Ridder (RIZIV), Dominique Decoux (CPAS Schaerbeek), Jeaninne De Decker (CPAS Saint-Gilles), Stéphane Degesves (CHR Citadelle), Marylène Delhaxhe (Sauveur ONE), Jozefien Demeester (Odice), Alix Dequiper (CPAS Liège), Laura Di Dominico (CHU Charleroi), Eric Dosimont (CPAS Charleroi), Eric Devilliers (ISPPC CHU Charleroi, CHU Vésale), Gert Devolder (WGC 't Spoor), Martine Devos (UVC Brugmann (IRIS-ziekenhuis)), Koen Dewulf (Myria), Brecht D'Hoore (Agentschap Integratie en Inburgering/Kruispunt M-I), Linda Doeraene (CHU St Pierre), Pierre Drielsma (FMM), Raphaël Driesen (CHR Citadelle), Judith Duchêne (UVCW), Alain Dupont (SPP Intégration sociale), Michelle Dusart (CHU St Pierre), Kristof Eeckloo (UZ Gent), Aline Egerickx (CPAS Schaerbeek), Carine Elst (CPAS Bruxelles), Claude Emonts (CPAS Liège), Marcel Engelborghs (CPAS Ixelles), Greet Erven (Dokters van de Wereld), Veerle Evenepoel (Medimmigrant), Louis Ferrant (Domus Medica), Patricia Fruyt (UZ Gent), Claire Gazottie (CHR Citadelle), Lode Geps (Dokters van de Wereld), Kurt Gesquière (POD Maatschappelijke integratie), Abdel Ghali (Universiteit Gent), Sofie Goderis (AZ Sint Lucas), Lucie Guerra (Maison médicale la Glaise), Stefanie Haerens (OCMW Kortrijk), Ana Hernandez (ONE), Stéphane Heymans (Médecins du Monde), Joeriska Hillaert (AZ Groeninge, Kortrijk), Delphine Houba (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Erna Houtman (Kind & Gezin), Eric Husson (LAMA asbl), Danielle Indovino (CPAS Liège), Odile Jacmain (Dispositif d'Accès Socio-Sanitaire), Kathy Jacobs (Kind & Gezin), Patrick Jadoulle (Maison médicale la Glaise), Jean-Marc Jalhay (CPAS Liège), Jacques Janssens (Maison médicale Entr'aide des Marolles), Stéphanie Jassogne (Medimmigrant), Irène Jusret (CHU Charleroi), Dirk Kaekebeke (CPAS Schaerbeek), Masha Khaskelberg (TABANE), Robert Leach (Clinique Saint



Jean), Christian Lejour (AVCB - Section CPAS), Benedicte Leloup (Wijkgezondheidscentrum De Brug, Molenbeek), Evy Lenaerts (Geneeskunde voor het Volk-groepspraktijk, Hoboken), Geneviève Lequeue (CPAS Ixelles), Alexandre Lesiw (SPP Intégration sociale), Corinne Loncin (CPAS Liège), Christine Louwagie (CPAS Schaerbeek), Sophie Magnee (CPAS Bruxelles), Taissa Majieva (UZ Gent), Martine Mardaga (Maison médicale du Laveu), Tina Martens (CPAS Molenbeek Saint-Jean), Benoit Mathieu Daboïs (CPAS Bruxelles), Freddy Merckx (Wijkgezondheidscentrum De Brug, Molenbeek), Filippina Messina (CHU Charleroi), Martine Meulebroek (UZ Gent), Ariane Michel (UVCW), Christine Miclotte (CAAMI), Brigitte Missa (Centre de santé intégré de Tilleur), Fabienne Miroir (CPAS Anderlecht), Annemarie Moens (UZ Brussels), Pierre Mols (CHU St Pierre), Peter Moonen (OCMW Antwerpen), Yacine Ouafa (Dokters van de Wereld), Marie-Ange Paulus (CPAS Ixelles), Harold Peeters (CPAS Anderlecht), Laura Peeters (Universiteit Gent), Pascale Peraïta (CPAS Bruxelles), Dominique Pirard (ISPPC Charleroi), Rudy Pirard (CHR Citadelle), Tine Platteeuw (UZ Gent), François Poncin (Réseau Hépatite C asbl), Thierry Preseau (UVC Brugmann, IRIS-ziekenhuis), Inge Raus (GZA), Stéphane Roberti (CPAS Forest), Franc Rottiers (CAW Antwerpen), Cécile Rubay (CHU St Pierre), Jacques Rucquoi (CPAS Bruxelles), Jan Rymen (WGC Zuidrand), Latifa Sarguini (Maison médicale Kattebroek), Annie Schepens (Kind & Gezin), Eddy Schikorr (CPAS Anderlecht), Florence Simonis (Collectif de santé de Charleroi Nord), Caroline Simons (Geneeskunde voor het Volk-groepspraktijk, (Hoboken)), Jean Spinette (CPAS Saint-Gilles), Nathalie Sterckx (AVCB-VSGB), Philippe Taffin (CPAS Anderlecht), Laurence Theizen (Maison d'accueil Socio Sanitaire de Bruxelles), Berlinde Tillie (UVC Brugmann, IRIS-ziekenhuis), Amy To (Médecins du Monde), Christiane Tomat (CHR Citadelle), Inge Torfs (ZNA), Julien Trepagne (GHDC), Servaas Van Eeckhoudt (KU Leuven), Kathia Van Egmond (Fedasil), Katrien Van Gelder (Asielbeleid Gent-vrijwillige terugkeer), Els Van Hooste (Wijkgezondheidscentrum Medikuregem, Anderlecht + Kind & Gezin), Géraldine Van Langenhove (Relais santé Charleroi), Geert Van Rasbeeck (CPAS Bruxelles), Sophie Van steene (CPAS Forest), Chantal Van Vaerenbergh (Kind & Gezin), Pierre-Yves Vandegheerde (POD Maatschappelijke integratie), Valerie Vandenberghe (OCMW Gent), Martine Vanderkam (CHU St Pierre), Juliette Vanderveken (Médecins du Monde), Kris Vanduffel (Stedelijk Opvanginitiatief, Gent), Bjorn Vanhie (OCMW Gent), Erik Vanobbergen (Geneeskunde voor het Volk-groepspraktijk, Hoboken)), Rita Vanobberghen (Médecine pour le peuple, Molenbeek Saint-Jean), Nele Verbist (Wijkgezondheidscentrum Medikuregem, Anderlecht), Anita Verbruggen (ZNA), Karen Vereycken (GZA), Françoise Verheyden (CPAS Ixelles), Annelies Vincent (OCMW Gent), Chantal Volant (CPAS Ixelles), Annika Waag (Odice), Marie Wastchenko (AVCB-VSGB), Danica Zamurovic (CAAMI)

Externe validatoren:	David Ingleby (Universiteit Amsterdam, Nederland), Majda Lamkaddem (Academic Medical Center, Amsterdam, Nederland), Jasna Loos (Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen)
Acknowledgements:	Jean-Paul Dercq (Médecins du Monde)
Andere gemelde belangen:	Alle geconsulteerde experts en betrokken partijen binnen dit rapport waren geselecteerd op basis van hun betrokkenheid bij de medische hulp voor personen zonder wettig verblijf. Hierdoor is het mogelijk dat iedereen op een bepaald punt een onvermijdelijk belangenconflict heeft.
Infografie:	Julien Ligot (Fedopress)



Layout:

Joyce Grijseels, Ine Verhulst

Disclaimer:

- De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.
- Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.
- Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie <http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur>).
- Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.

Publicatiedatum:

22 december 2015

Domein:

Health Services Research (HSR)

MeSH:

Transients and Migrants, Emigrants and Immigrants, Medically Uninsured, Health Services Accessibility, Human Rights, Health Care Reform, Delivery of Health Care

NLM classificatie:

W 84

Taal:

Nederlands

Formaat:

Adobe® PDF™ (A4)

Wettelijk depot:

D/2015/10.273/108

ISSN:

2466-6432

Copyright:

De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-rapporten>.



Hoe refereren naar dit document?

Roberfroid D., Dauvrin M., Keygnaert I., Desomer A., Kerstens B., Camberlin C., Gysen J., Lorant V., Derluyn I. Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 257As. D/2015/10.273/108.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.