

## Hoofdstuk 8

# Gezondheid zonder papieren

Een verkennend onderzoek in Antwerpen

Alexis Andries, Roy Remmen, Xavier de Bethune, Greet Erven

In België hebben mensen zonder wettig verblijf toegang tot gezondheidszorg via de procedure Dringende Medische Hulp (DMH). Onderzoek toont echter aan dat slechts 10% à 20% van de doelgroep via DMH aan gezondheidszorg geraakt. Dat staat in contrast met de bijzondere kwetsbaarheid en de hoge morbiditeits- en mortaliteitsgraad van deze groep. Drempels in de toegang tot zorg kunnen ernstige gevolgen hebben op de gezondheid van mensen zonder wettig verblijf. Ze versterken bestaande gezondheidsrisico's en kunnen door allerlei mechanismen de kostprijs van het gezondheidssysteem verhogen. In 2016 telde Antwerpen bijna 1.600 DMH-begunstigden, voor een geschatte populatie van 8.000 à 14.000 mensen zonder wettig verblijf. Tussen 2012 en 2016 werd 39% tot 54% van de nieuwe DMH-aanvragen in Antwerpen geweigerd. Die cijfers bevestigen de moeilijke toegang tot DMH. Daarnaast suggereren gegevens van Antwerpse huisartsen en ziekenhuizen dat mensen zonder verblijf vaker zonder dan met DMH een beroep doen op gezondheidszorg, vermoedelijk in hoge mate via spoed. Er zijn dus nogal wat paradoxale effecten bij de (afwezige) medische zorgen voor deze kwetsbare groep. Zowel federale overheden als lokale besturen kunnen maatregelen nemen om de toegankelijkheid van gezondheidszorg voor mensen zonder verblijf te verbeteren, in overeenstemming met de beschikbare literatuur. Verder onderzoek blijft aangewezen.

»»» zonder wettig verblijf, dringende medische hulp,  
toegang tot gezondheidszorg, drempels

## 1 Inleiding

Met dit hoofdstuk brengen we de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf in Antwerpen beter in kaart. Het vertrekpunt van dit verkennend onderzoek bevindt zich in het werk van Dokters van de Wereld Antwerpen en de vaststelling dat een omvangrijke en bijzonder kwetsbare groep uitgesloten is van belangrijke gezondheidszorg.

Mensen zonder wettig verblijf die geen ziekteverzekering hebben, kunnen 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 en de nood aan medische zorgen door een arts of tandarts wordt geattesteerd. Eenmaal toegekend, kan DMH alle noodzakelijke gezondheidszorgen omvatten, zowel preventief als curatief, verleend in een ziekenhuis of ambulante.

Die procedure is echter bijzonder complex en de drempels zijn zo talrijk dat slechts een klein deel van de doelgroep via die weg aan gezondheidszorg geraakt. Dat kan grote problemen geven omdat die mensen geen toegang hebben tot de reguliere arbeidsmarkt of maatschappelijke dienstverlening en daarom niet in staat zijn om gezondheidszorg van bijvoorbeeld dure hospitalisatiekosten en andere behandelingen zelf te betalen.

Zo schatte het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) dat slechts 10% tot 20% van het geschatte aantal personen zonder wettig verblijf in 2013 een beroep deed op gezondheidszorg via DMH. Ter vergelijking, dat percentage ligt rond 90% voor de algemene bevolking gedekt door de verplichte ziekteverzekering (Roberfroid, Dauvrin, Keygnaert, Desomer e.a., 2015a).

Aangezien mensen zonder wettig verblijf een bijzonder kwetsbare groep vormen, is de dekkinggraad via de DMH-procedure, die een brede toegang tot preventieve en curatieve zorgen mogelijk moet maken, dan ook paradoxaal laag te noemen. In dit artikel willen we op basis van beschikbaar cijfermateriaal, relevante literatuur en bevraging

van gezondheidsactoren nagaan of deze discrepantie in Antwerpen terug te vinden is. Gelet op de hoge zorgnood proberen we ook in te schatten in hoeverre mensen zonder wettig verblijf toegang vinden tot gezondheidszorg buiten de DMH-procedure, via welke kanalen dit

## **De dekkinggraad van de procedure Dringende Medische Hulp is laag.**

dan gebeurt en wat de mogelijke gevolgen hiervan zijn op de zorgverlening aan en de gezondheid van deze groep.

We schenken ook aandacht aan het Belgisch wetgevend kader, op zoek naar drempels die specifiek voortvloeien uit formele verplichtingen en de manier waarop ze op lokaal niveau worden toegepast. Zodoende willen we de problematiek van toegang tot zorg voor mensen zonder wettig verblijf beter in kaart brengen, geïllustreerd met gegevens uit de Antwerpse context. Dat biedt overheden argumenten om hun beleid aan te passen en de toegang tot reguliere, preventieve en terugbetaalde gezondheidszorg voor deze doelgroep te verbeteren.

Dit hoofdstuk wordt als volgt gestructureerd. Na een definiëring van de doelgroep bekijken we empirisch onderzoek over de gezondheidstoestand van mensen zonder wettig verblijf. Vervolgens beschrijven we het wetgevend kader dat in België de toegang tot zorg voor mensen zonder verblijf regelt, beter bekend als Dringende Medische Hulp. Daarna zoomen we in op de drempels van die procedure en besteden we aandacht aan

een nieuw wetsvoorstel rond Dringende Medische Hulp. Alvorens te besluiten, doorlopen we enkele mogelijke gevolgen van de gebrekkige toegang tot zorg. Ook reiken we pistes voor verder onderzoek aan.

## 1.1 Mensen zonder wettig verblijf: benaming en omschrijving

Internationale organisaties zoals PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) stellen dat het gebruik van de term 'illegaal' schadelijk, niet correct en discriminerend is. In het Nederlands wordt het gebruik van 'mensen zonder wettig verblijf' of 'zonder papieren' aangemoedigd. In de internationale literatuur worden doorgaans de termen *undocumented* of *irregular* gebruikt.<sup>1</sup>

Het Agentschap Integratie en Inburgering (2018) onderscheidt vier categorieën van mensen zonder wettig verblijf:

- **Uitgeprocedeerden:** zij hebben een verblijfsprocedure doorlopen en hadden een tijdelijk verblijfsdocument (bijvoorbeeld asielzoekers of gezinsherenigers). Hun verblijfsaanvraag is definitief geweigerd. Ze zijn hun tijdelijke verblijfsrecht kwijt, maar blijven toch in België.
- **Overstayers:** zij zijn als toerist België binnengekomen of ze kregen als student of arbeidsmigrant een tijdelijk verblijfsstatuut. Ze bleven langer dan hun visum of tijdelijk verblijfsdocument toestond, waardoor hun verblijf onwettig werd.
- **Pendelmigranten:** zij wisselen wettig en onwettig verblijf af. Vaak zijn het burgers van de Europese Unie. Als toerist kunnen ze drie maanden legaal verblijven. Na die drie maanden moeten ze in principe voor drie maanden het land verlaten: pas daarna kunnen ze zich opnieuw melden. Tijdens die wachtperiode keren ze vaak geen volle drie maanden terug naar hun herkomstland waardoor ze onwettig op het grondgebied verblijven.
- **Clandestiene migranten:** zij staken clandestien de grens over en startten nooit een verblijfsprocedure.

## 1.2 Hoe groot is de groep mensen zonder wettig verblijf?

Mensen zonder wettig verblijf worden niet geregistreerd, officiële cijfers en statistieken zijn dus niet beschikbaar en schattingen zijn onzeker of weinig betrouwbaar (Jandl, Vogel, & Iglicka, 2008). In het Clandestino-rapport van 2009, uitgevoerd in opdracht van de Europese Commissie, werd voor het eerst gepoogd om goed gedocumenteerde en gestructureerde informatie te produceren over de omvang van irreguliere migratie in Europa (Clandestino, 2009). Een database met schattingen van twaalf Europese landen werd opgemaakt en gerangschikt naar kwaliteit. Vervolgens maakten de onderzoekers geaggregeerde schattingen voor de EU27 op basis van informatie uit de twaalf landen

en bijkomende literatuur over de vijftien andere lidstaten. De auteurs concludeerden voor de EU27 dat het aantal mensen zonder wettig verblijf zou variëren tussen 7% en 13% van het aantal vreemdelingen met een wettig verblijf.<sup>2</sup> Op 1 januari 2018 telde België 1.357.556 ingeschreven vreemdelingen.<sup>3</sup> Dat zou betekenen dat er 95.000 à 176.000 mensen zonder papieren in België verblijven, wat goed is voor 0,8% tot 1,5% van de algemene bevolking.

### 1.3 De gezondheidstoestand van mensen zonder wettig verblijf

In deze paragraaf reiken we een aantal studies aan waaruit blijkt dat het migratieverleden, het statuut, de toegankelijkheid van zorg en de levensomstandigheden van mensen zonder wettig verblijf hun gezondheid negatief beïnvloeden. Het is niet onze bedoeling om een exhaustief overzicht aan te bieden; we weerhouden in het kader van deze introductie voornamelijk gegevens uit recente literatuurreviews, aangevuld met een selectie van relevante studies. Belangrijk om te vermelden, is ook het feit dat er weinig onderzoek bestaat naar deze doelgroep en dat studies vaak inconsistente terminologie bevatten en zich baseren op onvolledige of onvergelijkbare data. Dat is natuurlijk gelinkt met het feit dat gegevens over deze groep weinig of niet terug te vinden zijn in officiële statistieken en databases.

Kuehne, Huschke en Bullinger (2015) stellen dat een onwettig verblijf een negatieve impact heeft op de subjectieve gezondheid, zowel mentaal als fysiek, met een hogere morbiditeits- en mortaliteitsgraad als gevolg. Niet alleen de socio-economische levensomstandigheden, maar ook de langdurige stress en het uitstellen van zorg zijn volgens de onderzoekers doorslaggevend. De angst voor deportatie en het leven in de illegaliteit – concludeert de studie – beïnvloedt de gezondheid in negatieve zin, affecteert rechtstreeks de mentale gezondheid, bemoeilijkt de toegang tot grondrechten en verlaat het moment waarop gezondheidszorg wordt gezocht.

Volgens De Vito, de Waure, Specchia, Parente e.a. (2016) hebben mensen zonder wettig verblijf een hoger risico op overdraagbare aandoeningen, beroepsgerelateerde klachten, verwondingen, geestelijke gezondheidsproblemen en gezondheidsproblemen bij moeder en kind. Martinez, Wu, Sandfort, Dodge e.a. (2015) geven aan dat mensen zonder verblijf vatbaar zijn voor hoge morbiditeits- en mortaliteitscijfers door stressvolle gebeurtenissen voor en na de migratie, zoals detentie, verkrachting, etnische zuivering, geweldpleging, armoede, foltering, enzovoort. Gezondheidsproblemen, zo concluderen de auteurs, worden gehandhaafd en vergroot door anti-immigrantenretoriek en beleid die de angst voor detentie versterken, taalbarrières en gebrek aan kennis over het gezondheidssysteem. Volgens Hacker, Anies, Folb en Zallman (2015) zou er ook sprake zijn van wijdverspreide discriminatie ten aanzien van mensen zonder wettig verblijf in de gezondheidszorg. Dat alles beperkt de toegang tot zorg en heeft negatieve gevolgen op de gezondheid van mensen zonder wettig verblijf. Suess, Ruiz Pérez, Ruiz Azarola en

Cerdà (2014) stellen dat een degradatie van de gezondheidstoestand frequent geobserveerd wordt na aankomst in het gastland, geassocieerd met ongunstige sociaaleconomische determinanten. De review geeft ook aan dat beperkingen in de toegang tot zorg een impact hebben op gezondheids promotie en preventie, vroegtijdige detectie, aangepaste behandeling van acute symptomen en chronische aandoeningen en bijgevolg de individuele en collectieve gezondheid.

Winters, Rechel, de Jong en Pavlova (2018) wijzen erop dat de meeste studies een ondergebruik van gezondheidszorg door mensen zonder verblijf vaststellen. Daarenboven is de zorg, wanneer beschikbaar, vaak onaangepast of onvoldoende. Ook de Jong, Pavlova, Winters en Rechel (2017) concluderen dat een onwettig statuut de gezondheidsrisico's vergroot en het gebruik van gezondheidszorg verhindert. Een beperkte toegang tot gezondheidszorg zou leiden tot meer vermijdbare ziekenhuisopnames bij mensen zonder verblijf in vergelijking met reguliere migranten, concludeert onderzoek van Mipatrini, Addario, Bertolini, Palermo e.a. (2017) na analyse van 85.309 ziekenhuisopnames in Siciliaanse ziekenhuizen. Een beperkte toegang zou ook alternatieve zorgstrategieën induceren die negatieve effecten hebben op de gezondheid (Biswas, Kristiansen, Krasnik, & Norredam, 2011). Alternatieve circuits zijn op hun beurt vaak beperkt in hun aanbod en overbevraagd (Hacker e.a., 2015).

Tot slot vermelden we een recente studie over de impact van een Spaanse hervorming waarbij de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf drastisch werd ingeperkt. Waar voordien de gezondheidszorg in Spanje universeel toegankelijk en kosteloos was voor iedereen, werd vanaf september 2012 de toegang voor mensen zonder wettig verblijf beperkt tot spoedeisende zorg alleen, met twee uitzonderingen: gezondheidszorg tijdens de zwangerschap, de bevalling en de kraamperiode en gezondheidszorg voor minderjarigen. Het onderzoek van Mestres, López-Casnovas en Castelló (2018) toont een stijging van 15% van de mortaliteit bij mensen zonder wettig verblijf tijdens de eerste drie jaren van de hervorming. Hiermee wordt bewijs aangeleverd, zo concluderen de auteurs, dat beperkingen in de ziektekostverzekering voor migrantenpopulaties uitgesproken negatieve gevolgen hebben op hun gezondheidstoestand (zie ook Legido-Quigley, Pajin, Fanjul, Urdaneta e.a., 2018).

We kunnen dus met De Vito e.a. (2016) besluiten dat het verbeteren van de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf een dringende aangelegenheid is, aangezien het gebrek aan toegang ernstige en aantoonbare gevolgen heeft voor de gezondheid en het welzijn van deze groep.

## 2 Toegang tot zorg voor mensen zonder wettig verblijf

### 2.1 De Belgische situatie

#### 2.1.1 De procedure Dringende Medische Hulp (DMH)

Volgens artikel 1 van de organieke OCMW-wet van 8 juli 1976 heeft elke persoon “recht op maatschappelijke dienstverlening.<sup>4</sup> Deze heeft tot doel eenieder in de mogelijkheid te stellen een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid.” Deze dienstverlening kan van materiële, sociale, geneeskundige, sociaal-geneeskundige of psychologische aard zijn. Voor mensen die illegaal in het land verblijven, is de taak van het OCMW beperkt tot het verlenen van dringende medische hulp (artikel 57 § 2). Verder stelt de organieke OCMW-wet dat de “Koning kan bepalen wat onder dringende medische hulp begrepen moet worden”.

Het koninklijk besluit (KB) van 12 december 1996<sup>5</sup> heeft DMH gedefinieerd als “hulp die een uitsluitend medisch karakter vertoont en waarvan de dringendheid met een medisch attest wordt aangetoond”. Volgens het KB kunnen de volgende zorgen daaronder vallen: preventieve en curatieve zorgen, de zorgen die ambulante of in een verpleeginstelling verstrekt worden.

Het belang van die regeling werd als volgt bevestigd door het Grondwettelijk Hof (vertaling vanuit het Frans): “... de Dringende Medische Hulp [is] een essentieel element van het recht op maatschappelijke dienstverlening. Het gaat om een fundamenteel recht zonder hetwelk het recht op menselijke waardigheid niet gegarandeerd kan worden”.<sup>6</sup>

In tegenstelling tot wat de naam doet vermoeden, is DMH dus niet beperkt tot spoedeisende zorgen, maar kan ze alle preventieve of curatieve, ambulante of residentiële zorgen omvatten. De overheid heeft niet concreet bepaald op welke zorgen de hulpvrager al dan niet recht heeft. Het is de taak van de zorgverstrekker om dat te bepalen.<sup>7</sup> Die visie wordt bekrachtigd door de Orde van Geneesheren in een advies van 2015, waarin de Nationale Raad stelt dat “de medische zorg aan vreemdelingen die onwettig in België verblijven, niet beperkt kan worden tot de onmiddellijke en dringende zorg die van levensbelang is, maar alle zorg nodig voor een leven in menselijke waardigheid dient te omvatten”.<sup>8</sup>

In theorie kunnen alle medische verstrekkingen met een RIZIV-nomenclatuurnummer of pseudonomenclatuurnummer<sup>9</sup> terugbetaald worden in het kader van de DMH-procedure, alsook medicatie, met uitzondering van D-medicatie.<sup>10</sup> De algemene regels met betrekking tot de administratieve aandachtspunten of de terugbetaling zijn terug te vinden in een informatiedocument van de Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie (POD MI, 2018a). Daarmee kunnen mensen zonder verblijf, althans in theorie, toegang krijgen tot ongeveer dezelfde verstrekkingen als Belgen met een verplichte verzekering.

De procedure verloopt via het OCMW van de hoofdverblijfplaats van de hulpvrager. Het OCMW voert een sociaal onderzoek uit om na te gaan of de persoon aan de voorwaarden voldoet: hij of zij verblijft op het grondgebied van het OCMW, is zonder wettig verblijf en bevindt zich in staat van behoeftigheid. Het KB van 12 december 1996 voorziet ook de strikte vertrouwelijkheid van de gegevens die verzameld worden in het kader van de procedure. Die kunnen niet aangewend worden voor andere doeleinden dan de terugbetaling. Een specifiek medisch attest, uitgereikt door een arts of tandarts, is vereist om daarop recht te hebben. Het OCMW van de verblijfplaats kan dan een betalingsverbintenis of medische waarborg afleveren waarmee de hulpvrager toegang krijgt tot gezondheidszorg.

### 2.1.2 Een weinig gebruikte procedure

Hoewel België door de wet op DMH het fundamentele recht op gezondheidszorg erkent en toegankelijk wil maken voor mensen die zonder legale verblijfstitel op Belgisch grondgebied verblijven, stellen sleutelactoren zoals het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014) of het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (Roberfroid, Dauvrin, Keygnaert, Desomer e.a., 2015b) vast dat de procedure om dat recht te laten gelden, bijzonder complex en nefast is voor alle partijen.

In 2015 onderzocht het KCE de gangbare praktijken voor het toekennen van DMH in België. Daaruit bleek dat 10% tot 20% van de mensen zonder wettig verblijf in 2013 contact had met de gezondheidsdiensten via DMH (Roberfroid, Dauvrin, Keygnaert, Desomer e.a., 2015b). Dat percentage ligt rond 90% voor de algemene bevolking gedekt door de verplichte ziekteverzekering, ongeacht leeftijd en geslacht. Een onderzoek van Chauvin, Parizot en Simonnot (2008) kwam tot gelijkaardige conclusies: hoewel 98% van de Belgische steekproef van 122 patiënten voldeed aan de wettelijke criteria van DMH, had slechts 10% een medische waarborg van het OCMW. Het onderzoek gaf ook aan dat slechts 58% van de respondenten zijn rechten kende, dat 32% wist welke stappen te ondernemen en dat 20% effectief stappen had ondernomen om DMH te verkrijgen, waarvan dus de helft met succes (10%). Van de elf landen betrokken in dit onderzoek was de kloof tussen het theoretische recht op gezondheid en de effectieve toegang tot gezondheidszorg in België het grootst. Nicaise, Schockaert, Wets en Deboscher (2011) toonden op hun beurt, in een onderzochte steekproef van 170 mensen zonder wettig verblijf, dat slechts een op de twee de DMH-procedure kent en van de geïnformeerde mensen slechts een op de drie effectief stappen zet om zijn recht te doen gelden.

### 2.1.3 Een zeer complexe procedure

In het hogergenoemde KCE-rapport werden de drempels beschreven die mensen zonder verblijf tegenkomen als ze op zoek gaan naar gezondheidszorg. Die werden geïdentificeerd aan de hand van interviews met OCMW-verantwoordelijken en mensen zonder wettig verblijf, een review van de grijze literatuur over ongedocumenteerde migranten in België, analyse van gegevens van OCMW's, de POD MI en de Hulpkas voor Ziekte- en

Invaliditeitsverzekering (HZIV), focusgroepen met zorgverstrekkers en ziekenhuismanagers en brainstormsessies met sleutelfiguren uit overheidsdiensten en middenveldorganisaties.

Een eerste vaststelling is de variabiliteit in de manier waarop OCMW's het sociaal onderzoek invullen, onder andere op het niveau van de vereiste bewijsstukken, met grote verschillen tussen gemeenten in het percentage weigeringen als gevolg. Ook de toegekende dekking varieert van OCMW tot OCMW: het kan globaal of beperkt zijn, enkel zorgen met een RIZIV-nomenclatuur dekken of meer, van korte of langere duur zijn. Vervolgens is er sprake van een belangrijke administratieve last voor het OCMW en een hoge complexiteit voor de hulpvrager. Een voorbeeld daarvan zijn de territorialiteitsvoorwaarden<sup>11</sup> voor een doelgroep gekenmerkt door een hoge mobiliteit en wisselende verblijfplaatsen. Er is ook een blijvende verwarring rond de term 'Dringende Medische Hulp', die vaak restrictief wordt geïnterpreteerd en kan leiden tot minder goede verzorging of het miskennen van de ernst van een situatie. In het algemeen beschikken zowel de mensen zonder wettig verblijf als de zorgverleners over onvoldoende informatie over de exacte draagwijdte van DMH en de stappen die gevolgd moeten worden. Ook de communicatie vanuit de overheid is niet altijd duidelijk over een aantal operationele punten.

Het Groenboek over de toegankelijkheid van zorg, een initiatief van het RIZIV in samenwerking met Dokters van de Wereld, maakt melding van de volgende bijkomende drempels: de schrik om zich tot een openbare dienst te wenden, de te lange wachttijd om DMH te verkrijgen en het probleem voor de patiënten om hun rechten te laten gelden bij een weigering van het OCMW om DMH toe te kennen (RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014). Het is voor deze kwetsbare groep zeer moeilijk om het bestaande kader te begrijpen en om de verschillende fases van de procedure zonder begeleiding te doorlopen.

Beide rapporten concluderen dat de huidige procedure nefast is voor alle betrokken partijen. De toegang tot de gezondheidszorg voor de personen zonder wettig verblijf is complex, onzeker en variabel, met talrijke gevallen van zorguitsluiting en/of -onderbreking als gevolg. De administratieve procedures zijn zwaar en duur voor de OCMW's, het praktijkbeheer van de zorgverstrekkers wordt bemoeilijkt en het is voor de publieke

**De toegang tot gezondheidszorg voor de personen zonder wettig verblijf is complex, onzeker en variabel.**

overheden ook ingewikkeld om de zorgpraktijk en de kosten te monitoren. Dat alles kan leiden tot discriminerende beslissingen en tot een ongelijkwaardige toegang tot de gezondheidszorg.

#### 2.1.4 Het aantal begunstigden van Dringende Medische Hulp

Tabel 1 geeft een overzicht van het aantal begunstigden tussen 2009 en 2016 in de steden met het grootste aantal begunstigden. De cijfers voor 2017 zijn nog niet beschikbaar. De daling van het aantal begunstigden tussen 2009 en 2012 heeft te maken met



de regularisatiecampagne van 2009, waarbij ongeveer 43.000 mensen zonder wettig verblijf werden geregulariseerd, voornamelijk in de jaren 2010 tot en met 2012.<sup>12</sup> Het is aannemelijk dat de stijging van het aantal DMH-begunstigden vanaf 2013 in grote mate het gevolg is van een nieuwe toename van het aantal mensen zonder wettig verblijf die vanuit verschillende migratiekanalen en voor verschillende redenen, zoals asiel, clandestiene migratie, kort verblijf of gezinshereniging, in België aankomen, maar er niet in slagen een verblijfstitel te verkrijgen of te behouden (Algemene Directie Dienst Vreemdelingenzaken, 2017).

Opvallend in tabel 1 zijn de sterke variaties tussen steden in de evolutie van het aantal begunstigden zowel tussen 2009 en 2012 (daling door de regularisatie), 2013 en 2016 (nieuwe aangroei na de regularisatie) als 2009 en 2016. Wanneer we kijken naar uitschieters, stellen we vast dat Antwerpen de grootste daling van het aantal begunstigden heeft gekend in de periode tussen 2009 en 2016 (-40,9% in Antwerpen versus -7,7% in België), maar ook de sterkste groei tussen 2013 en 2016 (+57,1% in Antwerpen versus +18,4% in België). Een ander voorbeeld van uiteenlopende cijfers vinden we terug in de buurgemeenten Boom en Willebroek, met respectievelijk 1 DMH-begunstigde voor ca. 17.000 en 25 DMH-begunstigden voor ca. 25.000 inwoners (bron: POD-MI, 2016). Sluitende verklaringen voor deze en andere verschillen kunnen we in het kader van dit hoofdstuk en op basis van de beschikbare gegevens niet voorleggen. Het is echter aannemelijk te stellen dat de variabiliteit waarmee de DMH-procedure wordt toegepast (zie paragraaf 2.2) daarin een significante rol speelt. OCMW's kunnen zeer uiteenlopende praktijken hanteren met betrekking tot DMH.

**Tabel 1.** Aantal begunstigden van Dringende Medische Hulp van 2009 tot 2016 in steden met minstens 200 begunstigden (2016), België.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2009- 2012 (%)	2013- 2016 (%)	2009- 2016 (%)
Antwerpen	2.707	1.886	1.055	812	1.018	1.317	1.465	1.599	-70,0	+57,1	-40,9
Gent	1.543	1.312	1.055	988	951	967	976	983	-36,0	+3,4	-36,3
Sint-Niklaas	239	232	210	280	332	387	332	328	+17,2	-1,2	+37,2
Mechelen	213	158	154	167	192	227	236	267	-21,6	+39,1	+25,4
Brussel (19 gemeenten)	13.367	13.322	11.326	10.606	10.395	10.753	11.135	11.730	-20,7	+12,8	-12,2
Luik	1.019	935	722	803	1.019	1.300	1.478	1.482	-21,2	+45,4	+45,4
Charleroi	264	362	363	326	270	377	325	382	23,5	+41,5	+44,7
Namen	50	54	54	67	96	221	276	357	34,0	+271,9	+614,0
Totaal (8 steden België)	19.402	18.261	14.939	14.049	14.273	15.549	16.223	17.128	-27,6	+20,0	-11,7

**Bron:** persoonlijke communicatie van de Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie, 11 april 2018.

## 2.2. De drempels in beeld

### 2.2.1 De Antwerpse situatie

#### *Aantal mensen zonder wettig verblijf in Antwerpen*

In overeenstemming met de formules van het Clandestino-rapport zouden er in Antwerpen 7.600 à 14.100 mensen zonder papieren verblijven, gebaseerd op de bevolkingscijfers van het jaar 2017 (521.946 inwoners waarvan 20,8% vreemdelingen<sup>13</sup>). In 2016 telde Antwerpen 1.599 DMH-begunstigden. Die cijfers komen overeen met het KCE-

rapport waarin de algemene dekkingsgraad van DMH wordt geschat op 10% à 20% van de totale doelgroep. Dat betekent dat in Antwerpen 6.000 à 12.500 mensen zonder verblijf geen toegang hebben tot terugbetaalde gezondheidszorg. We moeten hierbij vermelden dat die cijfers hypothetisch zijn. De gegevens die we hebben verzameld, zouden

**Geschat wordt dat er in Antwerpen 6.000 à 12.500 mensen zonder verblijf geen toegang hebben tot terugbetaalde gezondheidszorg.**

zelfs kunnen suggereren dat die aantallen een onderschatting zijn, gelet het hoge aantal patiëntcontacten zonder verzekering in de Antwerpse spoeddiensten (zie verder).

#### *Redenen van weigeringen door het OCMW van Antwerpen*

Een eerste evidente verklaring voor de lage dekkingsgraad van DMH kan gezocht worden in het percentage geweigerde DMH-aanvragen. Gegevens van het OCMW tonen dat het aantal weigeringen bij nieuwe DMH-aanvragen in Antwerpen schommelt tussen 39% en 54% (tabel 2). Die cijfers hebben geen betrekking op verlengingen van eerder toegekende medische waarborgen, die doorgaans vaker worden goedgekeurd. De belangrijkste redenen voor een negatieve beslissing van het OCMW bij eerste of nieuwe aanvragen, zoals aangegeven in tabel 3, betreffen de voorwaarden van het sociaal onderzoek die niet worden nageleefd of waaraan niet wordt voldaan (43,2% van de gevallen). Andere redenen voor weigering houden verband met de behoeftigheid (11,2% heeft een te hoog of een voldoende inkomen), het residuaire karakter<sup>14</sup> van het OCMW (11,2% put zijn rechten niet uit) en de territoriale competentie<sup>15</sup> (8,5% onbevoegdheidsverklaringen). We hebben geen verdere informatie over de categorie 'negatief met specifieke redenen' kunnen verkrijgen.

**Tabel 2.** Aantal weigeringen voor DMH in Antwerpen op eerste of nieuwe aanvragen, van 2012 tot 2016.

Unieke voorstellen DMH	2012	2013	2014	2015	2016
Medische waarborg weigeren	1.333	1.468	1.147	903	661
Percentage weigeren	54	46	39	42	44

**Bron:** OCMW Antwerpen Centrum 't Plein, antwoord op een schriftelijke vraag van OCMW-raadslid Lise Vandecasteele, 11 oktober 2017.

**Tabel 3.** Reden van weigeringen voor DMH op eerste of nieuwe aanvragen in 2016

Aantal klanten	2016	%
Weigert mee te werken aan sociaal onderzoek	184	25,7
Negatief met specifieke redenen	160	22,4
Niet naleven voorwaarden sociaal onderzoek	125	17,5
Put rechten niet uit	80	11,2
Onbevoegdheid van het OCMW	61	8,5
Inkomen is hoger dan leefloon/OCMW-norm	59	8,3
Voldoende inkomsten voor medische bijstand	21	2,9
Ziet af van hulpverlening	15	2,1
Afschaf vanwege verandering statuut	8	1,1
Geen werkelijk verblijf in België	2	0,3
<b>Totaal</b>	<b>715</b>	<b>100</b>

**Bron:** OCMW Antwerpen Centrum 't Plein, antwoord op schriftelijke vraag van OCMW-raadslid Lise Vandecasteele, 11 oktober 2017.

We gaan nu verder kijken naar het sociaal onderzoek, aangezien dat veruit het grootste struikelblok vormt voor het verkrijgen van DMH in Antwerpen. De algemene voorwaarden waaraan elke aanvrager van DMH moet voldoen, worden opgesomd in het informatiedocument van de POD MI (2018a) over de medische bewijsstukken in het kader van de wet van 2 april 1965 en het ministerieel besluit van 30 januari 1995. We doorlopen hieronder een aantal voorwaarden van het sociaal onderzoek om de complexiteit en hoge bewijslast van de procedure aan te tonen. Het informatiedocument bevat nog talrijke andere bepalingen.

Het informatiedocument vermeldt als algemeen aandachtspunt van het sociaal onderzoek dat het niet mogelijk is "een exhaustieve lijst van bepalingen waaraan het sociaal verslag moet voldoen weer te geven [...] daar elke situatie uniek is en soms bijzondere en steeds wisselende onderzoeksdaten vereist". Hieruit blijkt dat OCMW's de bepalingen van het sociaal onderzoek op diverse wijzen kunnen toepassen.

Ook op het niveau van huisbezoeken kunnen OCMW's verschillende praktijken hantieren. Het informatiedocument stelt dat "voor de tussenkomst in medische kosten, het OCMW autonoom oordeelt of een huisbezoek noodzakelijk en nuttig is in de individuele context. Een huisbezoek is dus niet verplicht voor een tussenkomst in de medische kosten", maar het wordt wel aanbevolen door de POD MI. In de praktijk zullen verschillende OCMW's, waaronder Antwerpen, stellen dat een huisbezoek onontbeerlijk is om DMH toe te kennen. Mensen zonder papieren wonen echter geregeld in bij huurders of eigenaars die niet instemmen met een huisbezoek van het OCMW. Indien ze de procedure voortzetten en hun adres aan het OCMW communiceren, dreigen ze hun slaapplek te verliezen na het huisbezoek. Indien ze geen adres doorgeven, zal de aanvraag doorgaans worden geweigerd wegens het niet naleven van of niet meewerken aan het sociaal onderzoek.

Aansluitend worden de punten opgesomd die "doorgaans wel vereist zijn om tot behoefte te beslissen [...] en vast te stellen dat alle voorwaarden zijn vervuld met betrekking tot het recht op terugbetaling van steun: identificatiegegevens en verblijfssituatie/

verblijfsstatuut; bestaansmiddelen; reden van verblijf (familiebezoek, asiel, medisch, ...); statuut op het moment van de medische verzorging; verzekerbaarheid; borgstelling; sociaal verslag omtrent de behoeftigheid van de aanvrager". Er zijn echter geen duidelijke richtlijnen hieromtrent. Zo kunnen OCMW's verschillende eisen opleggen op het niveau van de identificatiegegevens. Het informatiedocument stelt bijvoorbeeld dat het "voorleggen van officiële identiteitsdocumenten geen wettelijke vereiste [is]" voor personen zonder wettig verblijf en "kan gebeuren door alle middelen (dus zowel officiële documenten als niet-officiële documenten [...] zoals de naam op facturen of huurcontract). Als die er zijn, genieten officiële documenten de voorkeur". In de praktijk verplichten verschillende OCMW's, waaronder Antwerpen, hulpvragers om officiële identiteitsdocumenten met een herkenbare foto in te dienen, al dan niet geldig, zoals een paspoort of een bijlage van de Dienst Vreemdelingenzaken. Wanneer de aanvrager dergelijke documenten niet wil of kan voorleggen, zal het betreffende OCMW de hulpvraag kunnen weigeren op basis van een onvoldoende medewerking aan het sociaal onderzoek vanuit de redenering dat het in principe altijd mogelijk is om identiteitsdocumenten te recupereren, bijvoorbeeld via de ambassade van het land van herkomst.

Ook op het niveau van het onderzoek naar de bestaansmiddelen, en dus de behoeftigheid, zijn de procedures uiteenlopend. In het informatiedocument wordt een voldoende inkomen gedefinieerd als financiële middelen die groter zijn dan of gelijk zijn aan het corresponderende bedrag van het leefloon van de categorie waartoe de betrokkene behoort. Voor mensen zonder papieren, die per definitie geen toegang hebben tot de arbeidsmarkt en dus veroordeeld zijn tot zwartwerk om een inkomen te verwerven, is dat moeilijk of onmogelijk te bewijzen. Daarom zullen aanvragers tijdens het sociaal onderzoek zoveel mogelijk documenten moeten voorleggen, zoals huurcontracten, energiefacturen, schoolfacturen, openstaande schulden, enzovoort om de behoeftigheid aan te tonen. Niet alle aanvragers beschikken over zulke documenten. Bij gebrek aan voldoende bewijs kan het OCMW de hulpvraag weigeren, opnieuw op basis van het sociaal onderzoek.

In sommige OCMW's, zoals Antwerpen, wordt ook rekening gehouden met de geraamde kostprijs van de betreffende zorg. Echter, indien de zorgprijs invloed heeft op de behoeftigheidsbeoordeling, zullen aanvragen voor goedkopere, vaak preventieve zorgen minder kans maken op terugbetaling dan aanvragen voor duurdere, vaak curatieve zorgen. Daarnaast is het voor de hulpvrager bijzonder moeilijk om zelf aan een kostenraming te geraken.

Het OCMW is eveneens "gehouden bewijsstukken bij te voegen om te bewijzen hoe lang iemand al ononderbroken in België verblijft op het moment dat er medische zorgen verstrekt worden". Het informatiedocument spoort OCMW's aan om zoveel mogelijk elementen te verzamelen, want "hoe meer bewijsstukken er voorgelegd kunnen worden, hoe sterker het dossier is" en stipuleert verder dat "de betrokkene ertoe gehouden [is] elke nuttige inlichting nopens zijn toestand te geven, alsmede het centrum op de hoogte te brengen van elk nieuw gegeven dat een weerslag kan hebben op de hulp die hem wordt verleend".

Uiteindelijk wordt een sociaal verslag met motivering opgemaakt door de maatschappelijke werker van het OCMW. De motivering is een situatieschets die onder meer duidelijk maakt in welke omstandigheden de aanvrager leeft, afgesloten met een voorstel tot het al dan niet ten laste nemen van de kosten. Het is op basis van dat verslag dat de OCMW-raad zal beslissen om DMH al dan niet toe te kennen. Zoals ook vastgesteld in het KCE-rapport, beschikt de maatschappelijk werker over een interpretatiemarge om de hulpvraag te schatten en zijn er weinig formele controlemogelijkheden om te beoordelen of de motivering al dan niet gegrond is. Ook de politieke samenstelling van de OCMW-raad, die de uiteindelijke beslissing neemt, kan variaties tussen OCMW-praktijken versterken in functie van verschillende (politieke) visies op DMH.

Ten slotte is het belangrijk om aandacht te schenken aan de mogelijke sancties die het OCMW riskeert bij onregelmatigheden. De POD MI voert a posteriori controles uit van toegekende DMH-dossiers op basis van een steekproef. Als de procedure niet correct werd nageleefd, dat wil zeggen: als er noodzakelijke documenten ontbreken of er worden onregelmatigheden vastgesteld, zal het OCMW de overeenkomstige kosten uit eigen middelen moeten betalen. De POD MI kan ook een boete opleggen die wordt bepaald op basis van een extrapolatie van de resultaten van de controle in de steekproef naar alle DMH-dossiers van het OCMW.

Er is echter geen controle van de overheid op onrechtmatigheden bij geweigerde dossiers. Hulpvragers kunnen wel beroep aantekenen tegen een negatieve beslissing bij de bevoegde arbeidsrechtbank.

De bovenstaande analyse van het informatiedocument betreffende de vereisten van het sociaal onderzoek laat de hoge complexiteit van de procedure zien. Een aanzienlijke bewijslast rust bij de hulpvrager. Op talrijke punten blijven de richtlijnen eerder vaag en/of wordt er expliciet verwezen naar de autonomie van het OCMW. Daardoor worden variërende interpretaties van de minimale voorwaarden waaraan het sociaal onderzoek moet beantwoorden, mogelijk gemaakt.

Door het gecombineerde effect van onduidelijke richtlijnen en mogelijke sancties voor onrechtmatige toekenningen kunnen OCMW's geneigd zijn om de lat hoger te leggen dan strikt

### **Een aanzienlijke bewijslast rust bij de hulpvrager.**

vereist door de overheid, te meer omdat het informatiedocument zelf aanspoort om zoveel mogelijk documenten op te vragen. Niets belet OCMW's om weigeringen te motiveren vanuit de onmacht of onkunde van de hulpvrager om aan voorwaarden te beantwoorden die niet strikt noodzakelijk zijn voor een terugbetaling van de kosten. Zodoende krijgt een OCMW voldoende autonomie, zoals in Boom het geval lijkt te zijn, om voorwaarden op te leggen die het aantal DMH-begunstigden beperkt en bijgevolg ook een sterk afradend effect heeft op potentiële aanvragers.

### 3 De komende hervorming van Dringende Medische Hulp: een gemiste kans?

Er zijn sterke aanwijzingen dat beperkingen in de toegang tot zorg de gezondheids-toestand van mensen zonder wettig verblijf ongunstig beïnvloeden, met een negatieve impact op de volksgezondheid en het gezondheidsbudget. Het KCE oordeelde dat de huidige procedure nefast is voor alle partijen en stelde een lijst op van achttien punten voor een hervorming van DMH. In tabel 4 hebben we een aantal centrale aanbevelingen geselecteerd. De aanbevelingen, zo stelt het KCE nog, vormen één geheel en kunnen niet los van elkaar gezien worden.

**Tabel 4.** Selectie uit de aanbevelingen van het KCE voor een hervorming van DMH (Roberfroid e.a., 2015b).

Aanbeveling	Hervormingsvoorstel
De aanvraag tot medische hulp vergemakkelijken	De aanvraag van medische hulp hangt niet langer af van een medisch attest voor DMH: men kan een aanvraag indienen zonder ziek te zijn. Indien de persoon geen vaste verblijfplaats heeft, wordt het OCMW waarbij de aanvraag wordt ingediend, de facto beschouwd als het bevoegde OCMW.
De plaats van het onderzoek naar de bestaansmiddelen van de aanvrager herbe-kijken	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 (bv. zwartwerk), kan geen reden vormen om de medische hulp te weigeren.
Het huisbezoek wordt facultatief	Het niet uitvoeren van een huisbezoek door het OCMW kan geen reden zijn om medische hulp te weigeren als de redenen transparant worden toegelicht (bv. persoon zonder vaste verblijfplaats).
De medische kaart standaardiseren	Zodra de aanvraag wordt ingediend, ontvangt de aanvrager een medische kaart met een aanvankelijke geldigheidsduur van een maand. De geldigheid van de kaart wordt het best verlengd tot een jaar als er tijdens het sociaal onderzoek geen elementen worden gevonden die wijzen op fraude. 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 zorgen die door DMH gedeckt worden, harmoniseren	De medische kaart is dezelfde in alle OCMW's en 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 deze die toegekend is aan asielzoekers. <sup>16</sup> Die lijst bevat alle zorgen die voorzien zijn in de RIZIV-nomenclatuur, met vijf beperkingen (o.a. behandeling van onvruchtbaarheid, esthetische ingrepen of orthodontie) en zes toevoegingen (o.a. D-medicatie, enkele brillenglazen of tandextracties). 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.

Aanbeveling	Hervormingsvoorstel
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. Om een specialist te raadplegen of geplande zorg in het ziekenhuis te verkrijgen, is een verwijzing van de huisarts die het GMD beheert verplicht en voldoende. Het is niet langer noodzakelijk dat het OCMW dat document voor akkoord ondertekent. De kost van het GMD wordt door POD MI betaald.
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 de begunstigde van gemeente is veranderd voor het verstrijken van de medische kaart, blijft de kaart geldig, behalve als de begunstigde 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.

Deze hervormingen moeten volgens het KCE het aantal mensen dat zich rechtstreeks tot het ziekenhuis wendt bij ziekte, doen afnemen zodat gezondheidsproblemen aangepakt kunnen worden voordat ze ernstig worden, met een positieve impact op de kost van de behandeling.

Op 16 januari 2018 heeft de regering een wetsvoorstel ingediend met betrekking tot Dringende Medische Hulp.<sup>17</sup> De doelstellingen van de nieuwe wet, zoals omschreven in de memorie van toelichting, vertonen echter weinig overeenkomsten met de aanbevelingen van het KCE-rapport, die bovendien “niet los van elkaar kunnen gezien worden”.<sup>18</sup> Een enkel artikel van het wetsvoorstel komt rechtstreeks tegemoet aan aanbevelingen van het KCE-rapport, met name artikel 2. Daarin wordt bepaald dat het OCMW, “wanneer het een beslissing betreffende medische en farmaceutische hulp neemt, met of zonder hospitalisatie, bevoegd [is] om de nodige steun te verlenen tijdens de geldigheidsperiode van deze beslissing. Wanneer de hospitalisatie van de betrokkene de geldigheidsperiode van deze beslissing overschrijdt, blijft dit OCMW bevoegd voor de gehele ononderbroken duur van zijn hospitalisatie”. Daarmee kan de zorgcontinuïteit gegarandeerd worden indien de begunstigde van gemeente verandert tijdens de geldigheid van de medische kaart.

Daarnaast stelt het nieuwe wetsvoorstel hervormingen voor die indruisen tegen de aanbevelingen van het KCE. Zo wordt in artikel 5 de HZIV onder meer belast om maatregelen te nemen in geval van administratieve gebreken in hoofde van de zorgverleners en in geval van onverschuldigde betalingen aan de zorgverleners. Daarmee zullen zorgverleners en de instellingen waarvoor ze werken, financieel gesanctioneerd kunnen worden bij onrechtmatigheden. Tot op heden kon enkel het OCMW een sanctie opleven en waren artsen, en dus ook ziekenhuizen, verzekerd van terugbetaling wanneer mensen zonder wettig verblijf in het bezit waren van een geldige medische kaart of DMH. Met de invoering van a posteriori controles door een advi-

serende geneesheer van de HZIV verdwijnt die rechtszekerheid, aangezien de kosten alsnog teruggevorderd kunnen worden. Daarenboven wil de staat een "jurisprudentie tot stand [...] brengen wat betreft de medische verantwoording van de attesten van dringende medische hulp". Dat impliceert dat de controles niet alleen zouden gaan over de conformiteit en de realiteit van de verstrekte zorg, maar ook over de verantwoording ten aanzien van de definiëring van dringende medische hulp, die nog gepreciseerd moet worden via jurisprudentie. Die bepaling staat in schril contrast met de aanbeveling van het KCE om de zorgen te harmoniseren door middel van een duidelijke lijst, geënt op de dekking voor asielzoekers. Enkel op die manier kan de zorgverlener in eer en geweten, conform zijn deontologie, de zorg verstrekken die hij noodzakelijk acht en kan worden voorkomen dat zorgen geweigerd omwille van de onzekerheid over de vergoeding ervan. Dat risico werd beaamd door de Orde van Geneesheren in een officiële reactie op de geplande hervorming: "hierdoor dreigen patiënten noodzakelijke zorg te mislopen uit angst van de arts om geen terugbetaling te krijgen en komt het fundamenteel mensenrecht op zorg onder druk te staan."<sup>19</sup>

Ook de motivering van dit artikel is voor discussie vatbaar. In de parlementaire stukken lezen we dat de controlecapaciteit opgevoerd moet worden om "te strijden tegen misbruik".<sup>20</sup> Het KCE kwam echter tot de conclusie dat er geen objectieve elementen waren die een onrechtmatig gebruik van die gezondheidszorg aantonen. De auteurs schatten dat de gemiddelde individuele kost bij de DMH-begunstigden 24,5% lager lag dan bij een ZIV-populatie met dezelfde leeftijd, hetzelfde geslacht en hetzelfde niveau van verzekerbaarheid.

Ondanks de bezwaren van vooraanstaande medische en middenveldorganisaties, zoals de Orde van Geneesheren<sup>19</sup> en de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten,<sup>21</sup> Het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België,<sup>22</sup> Domus Medica,<sup>23</sup> Medimigrant vzw<sup>24</sup> en Dokters van de Wereld,<sup>25</sup> werd het wetsvoorstel goedgekeurd door de Kamer op 15 maart 2018. Het is nog wachten op de uitvoeringsbesluiten om te zien hoe de vooralsnog vage bepalingen van het wetsontwerp vertaald worden in de praktijk.

Het staat echter al vast dat de hervorming, die vooral gericht is op een administratieve vereenvoudiging na toekenning van de hulp en de invoering van bijkomende controlemechanismen, weinig effect zal hebben op de lage dekkingsgraad van DMH. In essentie gaat de nieuwe wetgeving voorbij aan de voornaamste vaststellingen en adviezen van het KCE. De meeste artsorganisaties vrezen voor bijkomende drempels in de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder papieren.



## **4 Toegang tot gezondheidszorg zonder terugbetaling via Dringende Medische Hulp**

In deze paragraaf proberen we in te schatten in hoeverre en op welke manier patiënten zonder DMH aan zorg geraken. Hieronder geven we een overzicht van gegevens die we konden verzamelen bij organisaties, instellingen en artsen op Antwerps grondgebied. Deze gegevens zijn approximatief, onvolledig en soms ook onzeker. Gelet op de gevolgen van alternatieve circuits op de kwaliteit van zorg, is verder onderzoek nodig om een beter zicht te krijgen op deze prangende problematiek.

### **4.1 Dokters van de Wereld**

In Antwerpen is het Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie (COZO) een laagdrempelig, multidisciplinair centrum voor iedereen die problemen ondervindt bij de toegang tot (geestelijke) gezondheidszorg. Naast het COZO organiseert Dokters van de Wereld laagdrempelige (para)medische consultaties voor dak- en thuislozen, in samenwerking met sociaal centrum Kamiano, inloopcentrum de Vaart, dak- en thuislozenwerking 't Vlot en het Zorgteam van CAW Antwerpen.

In 2017 heeft Dokters van de Wereld Antwerpen 1.166 patiënten opgevolgd in 4.954 (para)medische, psychologische en sociale consultaties. 1.006 patiënten werden gezien op het COZO (4.339 consultaties) en 275 in de Vaart en Kamiano (607 consultaties). De cijfers van 2016 zijn haast identiek: toen werden 1.179 patiënten gezien in 4.947 consultaties.

Van de 974 patiënten van wie het verblijfsstatuut in het sociaal dossier was ingevuld, bleek 79,3% niet over geldige verblijfsdocumenten te beschikken. Toegepast op de totale populatie van Dokters van de Wereld komen we uit op ongeveer 924 unieke patiënten zonder enige vorm van terugbetaling die in 2017 op consultatie kwamen bij Dokters van de Wereld Antwerpen.

### **4.2 Forfaitaire eerstelijnspraktijken met sociale dienstverlening**

Een bevraging van drie forfaitaire praktijken die beschikken over een sociale dienstverlening (de Regent, 't Spoor en de Zuidrand) toont dat 418 patiënten zonder medische waarborg van het OCMW in 2017 ingeschreven stonden als patiënt en dat jaar op medische consultatie kwamen. Opvallend is ook dat de groep patiënten zonder wettig verblijf zonder DMH groter is dan met DMH, ondanks de aanwezigheid van een sociale dienst.

	Aantal patiënten zonder wettig verblijf, zonder DMH (2017)	Aantal patiënten zonder wettig verblijf, met DMH (2017)
't Spoor	244	79
De Regent	132	70
De Zuidrand	42	39
<b>Totaal</b>	<b>418</b>	<b>188</b>

Bron: persoonlijke communicatie van de bevroegde centra.

### 4.3 Eerstelijnspraktijken zonder sociale dienst

In maart 2018 hebben we de voorzitters en managers van vier huisartsenkringen<sup>26</sup> aangeschreven om cijfers te verkrijgen over het aantal patiënten zonder wettig verblijf die medische zorgen ontvingen met en zonder DMH in solo- en groepspraktijken (al dan niet forfaitair). We vroegen hun onze mail met vragen door te sturen naar hun respectievelijke leden. Tien huisartsen hebben gereageerd, de meeste met ruwe schattingen omdat hun registratiesysteem het niet toelaat om die gegevens te extraheren, waardoor de opgelijste cijfers louter indicatief zijn. Het betreft hier huisartsen die in solo- of groepspraktijken werken, al dan niet forfaitair, zonder sociale dienst. Een huisarts van een forfaitaire praktijk met sociale dienst communiceerde cijfers van zijn wachtdiensten. We merken hier een omgekeerde tendens, met name dat het aantal patiënten met DMH in praktijken zonder sociale dienst doorgaans groter is dan zonder.

Type	Zonder DMH (2017)	Met DMH (2017)
Groepspraktijk	50	150
Groepspraktijk	17	2
Groepspraktijk	48	42
Groepspraktijk	12	50
Groepspraktijk	12	24
Groepspraktijk	27	23
Huisartsenwachtpost	0	3
Huisarts	20	30
Huisarts	3	13
Huisarts	7	3
<b>Totaal</b>	<b>196</b>	<b>340</b>

Bron: persoonlijke communicatie van huisartsen en eerstelijnspraktijken.

Eerder onderzoek uit 2011 in de Brusselse context toonde dat wijkgezondheidscentra een leidende rol kunnen hebben in de toegang tot eerstelijnszorg voor mensen zonder wettig verblijf (Goossens & Depoorter, 2011). Brussel kent een uitgebreider netwerk van wijkgezondheidscentra. Zo zijn er in de 19 Brusselse gemeenten maar liefst 48 eerstelijnspraktijken aangesloten bij de *Fédérations des maisons médicales*,<sup>27</sup> 6 bij de Federatie van Eerstelijnspraktijken met Forfaitaire Financiering (FEPRAFO)<sup>28</sup> en 2 bij de Vereniging van Wijkgezondheidscentra.<sup>29</sup> In Antwerpen zijn twee praktijken lid van de Vereniging van Wijkgezondheidscentra en drie van de FEPRAFO. Zowel Brussel als Antwerpen telt twee forfaitaire praktijken van Geneeskunde voor het Volk.<sup>30</sup>

#### 4.4 Spoeddiensten van drie stedelijke ziekenhuizen

Uit gegevens van Stuivenberg, Sint-Vincentius en Sint-Augustinus die ons ter beschikking werden gesteld, blijkt dat mensen zonder ziekteverzekering in hoge mate een beroep doen op de spoeddiensten van ziekenhuizen. De gegevens lieten niet toe om de groep niet-verzekerden verder op te splitsen naar verblijfsstatuut. Volgens de RIZIV-statistieken waren 11.227.026 personen aangesloten bij een ziekenfonds op 31 december 2017.<sup>31</sup> Volgens Statbel telde België op 1 januari 2018 11.376.070 inwoners.<sup>32</sup> Daaruit blijkt dat 98,7% van de Belgische bevolking over een ziekteverzekering beschikt. Er bestaat bijgevolg geen twijfel dat de groep niet-verzekerden op spoed in belangrijke mate bestaat uit mensen zonder wettig verblijf.

Interne cijfers uit 2012 van de spoeddienst van Stuivenberg die we hebben kunnen inzien, tonen aan dat 12,5% van de patiënten die zich dat jaar op spoed aandienden, bij aankomst geen enkele vorm van ziekteverzekering of medische waarborg (DMH) had. Het betrof 3.909 patiëntencontacten op een jaarlijks totaal van 31.223.<sup>33</sup>

Recentere gegevens van Campus Sint-Vincentius en Sint-Augustinus, beide onderdeel van de ziekenhuizen Gasthuizusters van Antwerpen, bevestigen het hoge percentage contacten zonder terugbetaling op de spoeddienst.<sup>34</sup> Tussen augustus 2017 en maart 2018 (8 maanden) hadden 1.296 van de 18.009 patiënten op Sint-Vincentius geen ziekteverzekering of borgstelling van het OCMW. Dat komt overeen met 7,2%. Extrapolatie van dat cijfer op jaarbasis geeft een schatting van 1.904 patiënten zonder terugbetaling bij aankomst op die spoeddienst. Op de spoeddienst van Sint-Augustinus meldden zich in dezelfde periode 323 patiënten zonder terugbetaling, op een totaal van 17.258, wat overeenkomt met 1,7%. Geëxtrapoleerd op jaarbasis geeft dat 485 patiëntencontacten zonder terugbetaling bij aankomst. Het verschil tussen Sint-Vincentius en Sint-Augustinus is te verklaren door hun respectievelijke ligging in 2018 Antwerpen en 2610 Wilrijk.

#### 4.5 Wat besluiten we met betrekking tot toegang tot zorg zonder Dringende Medische Hulp?

Het is natuurlijk onmogelijk unieke gebruikers uit het beschikbare cijfermateriaal te extraheren. De gegevens van spoed hebben daarenboven betrekking op patiëntcontacten en niet op unieke patiënten. Er moet dus rekening worden gehouden met het feit dat sommige patiënten meermaals terugkomen in die gegevens. Ook het aantal mensen zonder wettig verblijf binnen de groep patiënten zonder terugbetaling blijft ongekend, al kunnen we ervan uitgaan dat zij de grootste groep vormen. Daarnaast zijn de opgevraagde gegevens onvolledig; niet alle spoeddiensten werden bevraagd en een klein aantal huisartsen en eerstelijnspraktijken hebben data doorgegeven. De optelsom zoals we ze hieronder maken, is dan ook ontoereikend en approximatief. De conclusies moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

We vonden dat mensen zonder wettig verblijf die geen DMH-waarborg hebben, aan zorg geraken via ngo's, bereidwillige huisartsen in eerstelijnspraktijken en in hoge mate de spoeddiensten van centraal gelegen ziekenhuizen.

De gegevens suggereren verder dat het aantal mensen zonder wettig verblijf die zorg zoeken en vinden zonder DMH, groter is dan het aantal DMH-begunstigden. Verder onderzoek is echter vereist om dat te bevestigen. Verder lijken die gegevens aan te geven dat mensen zonder wettig verblijf voornamelijk via spoeddiensten aan zorg geraken wanneer ze geen dekking hebben via de DMH-procedure. Dat is consistent met twee studies, gevoerd in België en Nederland, die aantonen dat mensen zonder verblijf in de eerste plaats een beroep doen op ziekenhuisdiensten om aan zorg te geraken, gevolgd door huisartsenpraktijken, vanwege drempels in de toegang tot de eerstelijnsgezondheidszorg (Goossens & Depoorter, 2011; Dorn, Ceelen, Tang, Browne e.a., 2011).

**Tabel 5.** Aantal patiënten zonder ziekteverzekering of DMH per gezondheidsdienst.

Gezondheidsdienst	Indicatief aantal patiënten zonder ziekteverzekering of DMH op jaarbasis
Dokters van de Wereld	924 (2017)
Wijkgezondheidscentra 't Spoor, Regent en Zuidrand	418 (2017)
Bevraging van huisartsenkringen	196 (2017 – op basis van 10 antwoorden van huisartsen)
Spoeddienst van Stuivenberg	3.909 (2012)
Spoeddienst van Sint-Vincentius	1.904 (extrapolatie 2017-2018)
Spoeddienst van Sint-Augustinus	485 (extrapolatie 2017-2018)
<b>Totaal</b>	<b>7.836</b>

**Noot:** Deze indicatieve data berusten op onvolledige en vaak approximatieve gegevens die ons ter beschikking zijn gesteld door Dokters van de Wereld, huisartsen en ziekenhuizen.

## 5 Gevolgen van de moeilijke toegang tot DMH

In deze paragraaf proberen we de gevolgen van de lage reikwijdte van DMH en de daaruit volgende toegang tot zorg zonder terugbetaling vanuit verschillende perspectieven in te schatten.

### 5.1 Voor mensen zonder wettig verblijf

Mensen zonder wettig verblijf hebben geen toegang tot de arbeidsmarkt of recht op maatschappelijke integratie. Onderzoek van Schockaert en Nicaise (2011) bij 170 mensen zonder papieren geeft inzicht in de financiële situatie van die groep: het modaal inkomen van de geïnterviewde personen lag onder de 200 euro per maand, met een gemiddelde huurprijs van 312 euro per maand voor woningen die in de meeste gevallen niet beschikken over noodzakelijke basisvoorzieningen en ernstige gebreken vertonen.

Die paradoxale gegevens geven aan dat een meerderheid onder hen overleeft op uiterst beperkte inkomens. Bij gebrek aan terugbetaling van zorg via DMH zijn ze dus genoodzaakt om op zoek te gaan naar de goedkoopste oplossing, wat vaak zal neerkomen op het uitstellen van zorg (Winters e.a., 2018) of het zoeken naar alternatieve circuits (Biswas e.a., 2011) of strategieën (De Vito e.a., 2016). De zorg die ze uiteindelijk krijgen, is vaak onaangepast of onvoldoende (Winters e.a., 2018).

Indicaties voor een stelselmatig zorguitstel in Antwerpen vinden we in het hoge aantal mensen zonder verzekering op spoed. Onderzoek van klinische gegevens zou nuttig zijn om daarin het aantal raadplegingen en opnames voor vermijdbare aandoeningen te bepalen (Mipatrini e.a., 2017) en indicaties te vinden voor hogere morbiditeits- en mortaliteitscijfers (Kuehne e.a., 2015; Mestres e.a., 2018). Het heeft ook financiële gevolgen, met hoge facturen en deurwaarders die hen ertoe nopen hun schulden af te betalen. Cijfers van de spoeddiensten van ZNA tonen dat ongeveer 3% van de facturen van 2012 onbetaald is gebleven, voor een percentage van 12,5% onverzekerde patiënten bij aankomst. Een belangrijk deel van die patiënten heeft uiteindelijk dus zelf moeten opdraaien voor de zorgkosten. Wanneer het gaat om mensen met een modaal inkomen van 200 euro, kan dat niet anders dan zware gevolgen hebben op hun levenssituatie (Nicaise e.a., 2011). Ze maken schulden en worden verplicht om elke vorm van zwartwerk aan te nemen, ongeacht de voorwaarden.

Een bevraging van vijf forfaitaire praktijken<sup>35</sup> in Antwerpen leert dat de meeste praktijken geen of een beperkte voorraad geneesmiddelen voorhanden hebben om mee te geven aan patiënten die de middelen niet hebben om dat zelf te betalen. Daaruit blijkt ook dat weinig patiënten dat (durven te) bespreken en dat zorgverleners dat niet altijd bevragen. Bijkomend onderzoek is aangewezen om na te gaan in hoeverre mensen zonder DMH de voorgeschreven behandeling daadwerkelijk opvolgen, hoe ze dat doen en met welke gevolgen.

## 5.2 Voor huisartsen en eerstelijnspraktijken

Ongeacht de wetgeving en terugbetalingsmodaliteiten, geldt voor elke zorgverstrekker het principe zoals voorgeschreven door de Orde van Geneesheren in een advies: “dat de medische zorg aan vreemdelingen die onwettig in België verblijven, niet beperkt kan worden tot de onmiddellijke en dringende zorg die van levensbelang is, maar alle zorg nodig voor een leven in menselijke waardigheid dient te omvatten”.<sup>36</sup> Talrijke huisartsen rekenen daarom hun consultaties niet aan wanneer mensen zonder terugbetaling zich aandienen in hun praktijk. Brussels onderzoek wees uit dat een ruime meerderheid van de huisartsen geen gebruik maakt van de DMH-procedure vanwege een onvoldoende kennis van het systeem gevolgd door de complexiteit van het papierwerk en tijdsgebrek (Goossens & Depoorter, 2011).

Patiënten kunnen zich ook wenden tot Dokters van de Wereld, waar huisartsen spreekuur houden en basismedicatie kunnen verstrekken. De open consultaties zijn echter

gelimiteerd tot 24 à 30 plaatsen per week en zijn vaak gesatureerd. Van mei tot en met juli 2018 werden tijdens 21 open consultaties 67 mensen geweigerd vanwege plaatsgebrek, wat neerkomt op een gemiddelde van 3,2 weigeringen per open consultatie van 8 à 10 plaatsen.<sup>37</sup> Die werking is dan ook veruit ontoereikend om de volledige populatie zonder toegang tot zorg in Antwerpen op te vangen en werkt uitsluitend met vrijwillige artsen die afwisselend de spreekuren verzorgen, wat de zorgcontinuïteit bemoeilijkt.

Verder kan de reguliere eerste lijn zich onmogelijk openstellen voor duizenden patiënten zonder terugbetaling, aangezien Antwerpen kampt met een relatief huisartsentekort. Volgens de Antwerpse databank Stad in Cijfers kampten in 2017 de volgende wijken met een tekort van minstens vijf huisartsen: Deurne-Noord (-10,1), Hoboken-Noord (-8,3), Oud-Berchem (-7,6) en Stuivenberg (-5,4). Hoewel er op stadsniveau een huisartsenoverschot is van 11 huisartsen, wordt er een tekort vastgesteld in meer dan de helft van de Antwerpse wijken (32 op de 62), waaronder talrijke wijken met hoge armoedecijfers.<sup>38</sup> Daarenboven geldt dat alle praktiserende artsen worden meegerekend als equivalent voltijds, terwijl dat vooral in groepspraktijken niet altijd het geval is. Ook de complexiteit en de verwevenheid van problematieken wegen zwaar door op hulpverleners die opkomen voor die doelgroep.

Wanneer specialistisch onderzoek nodig is en er geen medische kaart is, zijn artsen volledig afhankelijk van eventuele specialisten in hun netwerk die bereid zijn om, al dan niet gratis, die doelgroep te zien. Voor dure ingrepen of behandelingen staan alle zorgverleners machteloos en moet gezocht worden naar alternatieve manieren om de gezondheidsrisico's tot een minimum te beperken.

### 5.3 Voor ziekenhuizen

We zagen eerder dat spoeddiensten een hoog aantal patiënten zonder terugbetaling opvangen. Een niet-verwaarloosbaar deel van de zorgkosten blijft daardoor onbetaald, waardoor verschillende Antwerpse spoeddiensten beslist hebben om een systeem van waarborg in te stellen voor patiënten zonder ziekteverzekering. In het algemeen verhoogt het hoge aantal mensen zonder verzekering de druk op de spoedartsen en -diensten. Het vermoeden bestaat dat talrijke spoedraadplegingen en opnames vermijdbaar zijn (Mipatrini e.a., 2017) als gevolg van ondergebruik van eerstelijnsgezondheidszorg en onvoldoende of inadequate zorgverstrekking (Winters e.a., 2018).

### 5.4 Voor het gezondheidsbudget en de volksgezondheid

Men gaat er soms van uit dat het beperken van de toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf publieke middelen uitspaart. Toch toont onderzoek aan dat waarschijnlijk het omgekeerde effect wordt bereikt (Roberfroid e.a., 2015b). 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 (Bozorgmehr & Razum 2015; European Union Agency for Fundamental Rights, 2015).

Dat werd recent nog gesuggereerd door een Siciliaans onderzoek naar 85.309 ziekenhuisopnames tussen 2003 en 2013. In vergelijking met reguliere migranten vertoonden mensen zonder verblijf een hogere hospitalisatiegraad voor aandoeningen die vermijdbaar zijn door preventieve eerstelijnszorg.

De auteurs stellen dat de resultaten van hun onderzoek duidelijk aantonen dat, in een systeem waar twee groepen ongelijke rechten hebben of minstens verschillende kansen, de groep met een beperkte toegang meer geconfronteerd zal worden met vermijdbare ziekenhuisopnames (Mipatrini e.a., 2017).

**Een ziekte pas behandelen als het dringend wordt, brengt niet alleen het leven van de patiënt in gevaar, maar verhoogt ook de kostprijs voor het gezondheidszorgsysteem.**

Verder onderzoek en datacollectie zijn aangewezen om, binnen de Belgische context, eventuele verbanden te kunnen aantonen tussen de dekkingsgraad, kostenefficiëntie en kwaliteit van de verleende zorg zowel in eerste als in tweede lijn (Hadley, 2003; Kraft, Quimbo, Solon, Shimkhada e.a., 2009).

Ten slotte bestaat er een risico voor de volksgezondheid omdat infectieziektes zoals hiv (Alvarez-del Arco, Monge, Azcoaga, Rio e.a., 2013) of tuberculose (Pace-Asciak, Mamo, & Calleja, 2013) meer kunnen voorkomen bij mensen zonder papieren. Een niet- of onvoldoende gevaccineerde populatie kan ervoor zorgen dat uitgeroeide ziektes terugkomen.

## 5.5 Voor de kwaliteit van de zorg

Onderzoek toont aan dat mensen zonder wettig verblijf zorg uitstellen, gezondheidszorg ondergebruiken en minder adequate of onvoldoende zorg krijgen wanneer toegang wordt gevonden (Hacker e.a., 2015; de Jong e.a., 2017; Winters e.a., 2018). Alternatieve circuits zijn overbevraagd en beperkt (Hacker e.a., 2015). De consultaties bij Dokters van de Wereld worden verzorgd door wisselende huisartsen die doorgaans een halve dag per week op vrijwillige basis spreekuur houden. Dat bemoeilijkt de zorgcontinuïteit en -kwaliteit. Therapietrouw in reguliere eerstelijnsdiensten is onzeker wanneer patiënten geen vast inkomen hebben en medicatie of diagnostische tests zelf moeten betalen. Doorverwijzingen naar specialistische zorg zijn sowieso problematisch zonder verzekering of DMH, waardoor eerst gekeken wordt naar alternatieven op de aanbevolen zorg als die laatste te duur of ontoegankelijk is. Patiënten kunnen zelf op zoek gaan naar alternatieve strategieën die nefaste gevolgen hebben op hun gezondheid (Biswas e.a., 2011).

Op de spoeddiensten zou de afwezigheid van terugbetaling bij aankomst het zorgaanbod kunnen beïnvloeden door terughoudendheid bij zorgverstrekkers en zorgweigering bij zorgvragers in de hand te werken. Wanneer onzeker is dat een bepaalde ingreep al dan niet terugbetaald is, kunnen zorgverstrekkers of hun verantwoordelijken meer geneigd zijn te kiezen voor minder dure of omvangrijke oplossingen. Patiënten zullen, van hun kant, vaker geneigd zijn een bepaalde zorg te weigeren wanneer ze ingelicht worden over de kostprijs, of ze zullen zelf de arts vragen naar goedkopere alternatieven.

## 6 Besluit

Hoewel België met DMH de toegang tot preventieve en curatieve gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf mogelijk maakt, geraakt die groep zeer moeilijk aan aangepaste en adequate zorg. Volgens het KCE zou slechts 10% à 20% van de doelgroep via DMH verzekerd zijn van terugbetaling bij gezondheidsproblemen. Zo telde Antwerpen in 2017 bijna 1.600 DMH-begunstigden, voor een geschatte populatie van 8.000 à 14.000 mensen zonder wettig verblijf. Aangezien mensen zonder verblijf volgens de literatuur een uitzonderlijk kwetsbare groep vormen, met hogere morbiditeits- en mortaliteitscijfers, is de reikwijdte van DMH paradoxaal laag te noemen.

Onze gegevens suggereren dat mensen zonder wettig verblijf in Antwerpen vaker zonder dan met terugbetaling via DMH een beroep doen op gezondheidszorg. Als zorg wordt opgezocht buiten DMH, zou dat in hoge mate via spoed gebeuren. Zo worden de centraal gelegen spoeddiensten van Antwerpen geconfronteerd met hoge percentages patiënten zonder ziekteverzekering. Voor Sint-Vincentius en Stuivenberg samen zou het gaan om meer dan 5.000 patiëntcontacten per jaar. Aangezien 98% van de Belgische bevolking aangesloten is bij een ziekenfonds, kunnen we veronderstellen dat mensen zonder wettig verblijf daarin de grootste groep vormen. Verder onderzoek is echter nodig om dat te bevestigen, alsook om de impact op de kwaliteit en de kostenefficiëntie van de verleende zorg te evalueren.

Er zijn talrijke drempels die de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder verblijf beperken. Formele of procedurele drempels spelen daarin een belangrijke rol. Gegevens van het OCMW (2012-2016) tonen dat tussen 39% en 54% van de nieuwe DMH-aanvragen in Antwerpen geweigerd wordt, voornamelijk vanwege de hoge vereisten van het sociaal onderzoek. We hebben aan de hand van een analyse van het Informatie-document betreffende de vereisten van het sociaal onderzoek de complexiteit, onduidelijkheid en hoge bewijslast van de huidige DMH-procedure geïllustreerd.

De beschikbare literatuur geeft echter aan dat drempels in de toegang tot zorg ernstige en aantoonbare gevolgen hebben op de gezondheid en het welzijn van mensen zonder wettig verblijf. Het brengt ook de volksgezondheid in gevaar en kan de kostprijs voor het gezondheidssysteem verhogen. Spoeddiensten en eerstelijnspraktijken die zich toe-



gankelijk opstellen, worden daardoor geconfronteerd met soms zeer hoge aantallen patiënten zonder terugbetaling.

Het KCE-rapport van 2015 stelde dat DMH nefast is voor alle betrokken partijen en formuleerde voorstellen voor een efficiëntere procedure. Een komende hervorming van Dringende Medische Hulp gaat echter grotendeels voorbij aan de aanbevelingen van dat rapport. Er wordt zelfs gevreesd dat nieuwe controlemechanismen op zorgverleners voor bijkomende drempels zullen zorgen.

Er zijn dus nogal wat paradoxale effecten bij de (afwezige) medische zorgen voor mensen zonder wettig verblijf en de wettelijke voorzieningen daaromtrent. De huidige praktijken met betrekking tot dringende medische hulpverlening druisen in tegen de wetenschappelijke argumenten om gezondheidszorg toegankelijker te maken voor mensen zonder wettig verblijf. De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt een universeel toegankelijke eerstelijnsgezondheidszorg aan (WHO, Regional Office for Europe, 2013). Maar die is dus voor ten minste één bevolkingsgroep onbereikbaar. Bijkomend onderzoek is aangewezen om hiaten op te vullen en argumenten aan te reiken voor een betere toegang tot en een efficiënter gebruik van gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf.

**Door de relatieve autonomie waarmee OCMW's de DMH-procedure kunnen toepassen, kan op korte termijn de toegang tot de eerstelijnszorg verbeteren.**

Lokale besturen hebben wel de mogelijkheid zelf al stappen te zetten. De relatieve autonomie waarmee OCMW's de DMH-procedure kunnen toepassen, kan aangewend worden om op korte termijn de toegang tot voornamelijk eerstelijnszorg te verbeteren. Initiatieven kunnen genomen worden om zorgverleners en -instellingen te ondersteunen en patiënten beter te informeren. Kortom, niets belet overheden om relevante bevindingen en aanbevelingen van onder meer het KCE te gebruiken als draaiboek voor een wetenschappelijk onderbouwd beleid inzake gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf.

## Noten

1. Zie: [http://picum.org/Documents/WordsMatter/Leaflet\\_NL.pdf](http://picum.org/Documents/WordsMatter/Leaflet_NL.pdf)
2. Deze schatting werd gebruikt door de auteurs van het KCE-rapport van 2015.
3. Zie: <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=5525fea5-4abb-424b-918c-d5a5658b9e34>
4. Zie: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=1976070835](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1976070835)
5. Zie: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1996121237&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1996121237&table_name=wet)
6. Arrest n°131/2015 van 1 oktober 2015: <http://www.const-court.be/public/f/2015/2015-131f.pdf>

7. Zie bijvoorbeeld het antwoord van de toenmalige minister van Maatschappelijke Integratie in antwoord op een vraag van mevrouw Descheemaeker: <http://www.dekamer.be/doc/CCRI/pdf/50/ic967.pdf>
8. Zie: <https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/notie-dringend-karakter-van-de-dringende-medische-hulp-voor-patinten-in-illegaal-verblijf>
9. Een nomenclatuurnummer is een getal dat verwijst naar een geneeskundige verstrekking waarvoor de verplichte ziekteverzekering in een terugbetaling voorziet.
10. Voor sommige specialiteiten is er geen tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering. Ze worden vaak benoemd als geneesmiddelen uit categorie D. Het zijn onder meer basispijnstillers, sommige kalmeer- en slaapmiddelen en de meeste vitamines.
11. Als algemene regel geldt dat het OCMW van de plaats waar je gewoonlijk verblijft, bevoegd is voor het toekennen van de dringende medische hulp. Het OCMW moet dat kunnen vaststellen.
12. Zie Schriftelijke vraag nr. 5-5374 van Fatma Pehlivan (sp.a) d.d. 25 januari 2012 aan de staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding, toegevoegd aan de minister van Justitie, *Regularisatiecampagne 2009 – Stand van zaken – Evaluatie* <https://www.senate.be/www/?Mival=/Vragen/SchriftelijkeVraag&LEG=5&NR=5374&LANG=nl>
13. Zie: <https://stadincijfers.antwerpen.be/databank/#herkaart>
14. De omzendbrief van 14 maart 2014 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 OCMW's definieert het residuaire karakter als volgt: "Het recht op maatschappelijke integratie en de maatschappelijke hulpverlening zijn residuaire rechten. Opdat het OCMW dit soort maatschappelijke hulpverlening kan toekennen, moet uit het sociaal onderzoek blijken dat de hulpaanvrager voordien zijn rechten op andere prestaties heeft doen gelden, die hij zou kunnen genieten krachtens de Belgische of buitenlandse sociale wetgeving. Worden die uitkeringen niet erkend, dan zal de maatschappelijk werker in het verslag kort toelichten waarom het recht niet erkend wordt. Dit geldt ook voor de personen met wie de hulpaanvrager samenwoont."
15. De territoriale competentie of bevoegdheid wordt in de Omzendbrief van 9 juli 2002 betreffende de bevoegdheidsregeling bij dringende medische hulp aan vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven als volgt omschreven: "Het 'gewoonlijk verblijf' [...] is [...] determinerend om het territoriaal bevoegd OCMW vast te stellen. Behoudens dringende noodzakelijkheid en behoudens de uitzonderingen waarin de wet voorziet, hebben de openbare centra voor maatschappelijk welzijn geen bevoegdheid om steun te verlenen aan personen die niet in hun gemeente wonen. Het is dus het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn van de gemeente op wier grondgebied de behoeftige ten tijde van de steunaanvraag gewoonlijk verblijft dat tot hulpverlening bevoegd is."
16. Zoals bepaald door het koninklijk besluit van 9 april 2007 tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die niet verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang omdat ze 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. *Belgisch Staatsblad*, 2007. Zie: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/2890/54K2890001.pdf>
17. Wetsontwerp van 16 januari 2018 tot wijziging van de artikelen 2 en 9ter van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, DOC 54 2890/001, zie: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/2890/54K2890001.pdf>
18. De doelstellingen van het wetsvoorstel worden als volgt omschreven: a) de communicatie toe te laten van de terugbetalingspercentages door de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) aan de zorgverstrekkers; b) de controles van de HZIV te omkaderen en op te voeren; c) sancties te voorzien tegen de OCMW's die het maatschappelijk onderzoek niet of slecht zouden uitvoeren; d) een terugvordering te voorzien van de zorgverstrekkers; e) een nieuwe territoriale bevoegdheidsregel van de OCMW's voor de medische hulp; f) de periode te verlengen die voorafgaat aan de beslissing van het OCMW met 45 à 60 dagen; g) de definitie te preciseren van de dringende medische hulp.

19. Zie: <https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/patienten-in-illegaal-verblijf-dringende-medische-hulp-terugbetaling>
20. Wetsontwerp tot wijziging van de artikelen 2 en gter van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, Verslag van de eerste lezing, DOC 54 2890/002 zie: <http://www.lachambre.be/FLWB/PDF/54/2890/54K2890002.pdf>
21. Zie: <https://www.absym-bvas.be/orde/dringende-medische-hulpverlening>
22. Zie: <https://www.asgb.be/node/16084>
23. Zie <https://domusmedica.be/actueel/dringende-medische-hulpverlening-gevaar>
24. Zie: [http://www.medimmigrant.be/uploads/Wetgeving %20oen %20rechtspraak/wetsontwerp/Reactie %20van %20vzw %20Medimmigrant %20op %20het %20wetsontwerp %2022012018.pdf](http://www.medimmigrant.be/uploads/Wetgeving%20oen%20rechtspraak/wetsontwerp/Reactie%20van%20vzw%20Medimmigrant%20op%20het%20wetsontwerp%2022012018.pdf)
25. Zie: [https://www.doktersvandewereld.be/de-hervorming-van-de-dringende-medische-hulp-zal-leiden-tot-menselijke-drama %E2%80%99s](https://www.doktersvandewereld.be/de-hervorming-van-de-dringende-medische-hulp-zal-leiden-tot-menselijke-drama%E2%80%99s)
26. Huisartsenvereniging Antwerpen-Centraal, huisartsenkring Hoboken-Kiel-Valaar, huisartsenkring Antwerpen-Oost en geneesherenkring HANA (Antwerpen-Noord).
27. Fédération des maisons médicales, bezocht op 29 augustus 2018: <https://www.maisonmedicale.org/Rechercher-dans-une-liste-avec.html>
28. Federatie van Eerstelijnspraktijken met Forfaitaire Financiering, bezocht op 29 augustus 2018: <http://www.feprafo.be/nl/pro/wij-zijn-wij/onze-leden>
29. Vereniging van Wijkgezondheidscentra, bezocht op 29 augustus 2018: <http://vwgc.be/wijkgezondheidscentrum/kaart/>
30. Geneeskunde voor het Volk, bezocht op 29 augustus 2018: <https://www.gvhv-mplp.be/index.php/nl/groepspraktijken/praktische-informatie>
31. Zie: Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds, via: <https://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/webtoepassing-statistieken-personen-aangesloten-ziekenfonds.aspx>
32. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking#news>
33. Persoonlijke communicatie.
34. Persoonlijke communicatie.
35. 't Spoor, de Regent, de Zuidrand, Geneeskunde voor het Volk Deurne, Geneeskunde voor het Volk Hoboken.
36. Zie: <https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/persbericht-dringende-medische-hulpverlening-aan-vreemdelingen-die-illegaal-in-het-rijk-verblijven>
37. Dokters van de Wereld, persoonlijke communicatie.
38. Het verschil tussen het feitelijke en het gewenste aantal huisartsen wordt berekend volgens de Impulseo-norm van 0,9 huisartsen per 1.000 inwoners.