- Hoeveel kost een paracetamol? -

Hoe schrijven Brusselse huisartsen voor aan DMH-patiënten?

Sophie Willocx, KU Leuven

Promotor: Sara Willems, UGent

Co-promotor: Ellen Van Leeuwen, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018-2019

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

ABSTRACT

The price of paracetamol.
How do general practitioners in Brussels prescribe drugs for patients who benefit from 'Urgent Medical Care'?

Undocumented migrants in Belgium can have access to health care services thanks to the procedure of Urgent Medical Care (DMH/AMU). When they are in financial distress, they can submit a request with the public centre of social services (OCMW/CPAS) of their municipality. There is a national policy on Urgent Medical Care, but each municipality is free to adapt some specific regulations. The procedure is complex for patients, health care professionals and social workers. As a result, not all undocumented migrants have de facto access to health care. Brussels consists of 19 municipalities, each with their specific policy with regards to Urgent Medical Care and the medicines a general practitioner can prescribe for this group of patients. The general practitioners working in Brussels have to deal with this confusing situation. In this research, we will reveal how it changes their conduct when prescribing drugs (and other medical care) for these patients. We use the recommendations of the Belgian Healthcare Knowledge Centre (KCE) and try to put them on trial by interviewing 9 general practitioners in 6 different municipalities in Brussels. Data is collected by conducting semi-structured in-depth interviews in the native language (French/Dutch) of the participant. The data is analysed by using the NVivo software for qualitative research. The discussed concepts can be classified into three main themes: practical aspects of Urgent Medical Care in daily practice, prescribing for this group of patients and the policy of Urgent Medical Care. The findings of this study corroborate the recommendations of the KCE-report. More specifically the general practitioners request a clear listing of the care (and drugs) they can give/prescribe for this group of patients. They request a common list of non-essential medicines (so called 'D-lijst') for Brussels (and even Belgium), because this allows them to prescribe for these patients like for any other patient. Moreover, they recommend a less complex system and unambiguous information for patients, health care professionals and social workers to optimise health care access for this vulnerable group.

DANKWOORD

Ik wil graag een aantal mensen bedanken voor hun hulp bij het schrijven van mijn thesis.

Ik bedank mijn promotor, Professor Sara Willems, en mijn co-promotor, Dr Ellen Van Leeuwen, voor hun advies en ondersteuning.

Ik bedank mijn opleider, Lina Broekaert, en mijn collega's van het WGC Medikuregem voor het bespreken van de klinische casussen en hun aanmoediging voor mijn thesis.

Verder wil ik alle huisartsen en het OCMW-raadslid bedanken voor de interviews. Zij maakten tijd voor me vrij om eerlijk te antwoorden op mijn vragen en me zo een inzicht te geven in hun werk.

Ook een oprecht woord van dank voor de apothekers en medewerkers van organisaties die werken rond DMH voor hun snelle en betrokken antwoorden op al mijn vragen.

Ten slotte bedank ik mijn familieleden en vrienden voor hun kritische blik op de inhoud en vorm van mijn tekst.

INHOUDSTAFEL

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN 5

INLEIDING 6

1. ONWETTIG VERBLIJF EN DRINGENDE MEDISCHE HULP 6
1.1 Mensen zonder wettig verblijf 6
1.2 Onwettig verblijf en gezondheid 7
1.3 Toegang tot de gezondheidszorg in Europa en België 7
1.4 Dringende Medische Hulp 8
1.4.A Wettelijk kader 8
1.4.B Praktische uitvoering van de wet 8
1.4.C Cijfers over DMH 9
1.4.D Sterke en zwakke punten van DMH 10
1.4.E DMH in Brussel 12
1.5 Onderzoeksvraag 13

2. METHODES 15
2.1 Literatuurstudie 15
2.2 Twee luiken 15
2.3 Interviews met Brusselse huisartsen 15
2.4 Verwerken van de resultaten 16
2.5 Ethische commissie 16

3. RESULTATEN 17
3.1 Luik 1 - Hoeveel kost een paracetamol? 17
3.2 Luik 2 - Hoe schrijven Brusselse huisartsen voor aan DMH-patiënten? 18
3.2.A Steekproefbeschrijving 18
3.2.B Verwerking van de resultaten 19
3.2.C De DMH-procedure in de dagelijkse praktijk 19
3.2.D Voorschrijven aan DMH-patiënten 23
3.2.E DMH-beleid 27

4. DISCUSSIE 30
4.1 Bespreking van de resultaten 30
4.1.A Hoeveel kost een paracetamol? 30
4.1.B Hoe schrijven Brusselse huisartsen voor aan DMH-patiënten? 30
4.1.C Verdere aanbevelingen 31
4.2 Interview met een OCMW-raadslid 32
4.3 Sterktes en zwaktes van de studie 33

5. CONCLUSIE 34

6. REFERENTIES EN BIJLAGEN 35

LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN

BHAK: Brusselse Huisartsenkring
DMH: Dringende Medische Hulp (AMU: Aide Médicale Urgente)
EU: Europese Unie
FAMGB: Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles
Fedasil: Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers
FOD: Federale Overheidsdienst
GMD: Globaal Medisch Dossier
HZIV: Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
KCE: Fedraal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg
OCMW: Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Werk (CPAS: Centre Public d'Action Sociale)
POD MI: Programmatorische Overheidsdienst voor Maatschappelijke Integratie
RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
UMC: Universitair Medisch Centrum
WGC: Wijkgezondheidscentrum

INLEIDING

Als beginnende huisarts in het Brusselse komen verschillende grootstedelijke aspecten regelmatig aan bod tijdens de consultaties. Eén hiervan is de specifieke doelgroep van de migranten, waaronder ook de groep van mensen zonder wettig verblijf. Zij hebben in België toegang tot de gezondheidszorg via de procedure van Dringende Medische Hulp (DMH). Zowel het bestaan van DMH als de praktische modaliteiten ervan, zijn niet altijd even goed gekend bij huisartsen. De rol van de huisarts in de DMH-procedure werd reeds onderzocht bij Brusselse huisartsen. In deze thesis wordt meer specifiek onderzocht hoe Brusselse huisartsen voorschrijven (medicatie en/of onderzoeken) aan DMH-patiënten. Weten zij wat ze wel/niet kunnen voorschrijven, botsen zij op beperkingen en hoe gaan zij hiermee om?

In een eerste deel wordt een theoretische achtergrond gegeven over mensen zonder wettig verblijf, hun toegang tot de gezondheidszorg en de procedure die hiervoor bestaat in België, namelijk Dringende Medische Hulp. In het tweede deel wordt de onderzoeksopzet besproken. In deel drie worden de resultaten van het onderzoek weergegeven, om vervolgens een aantal conclusies te formuleren en tot enkele concrete aanbevelingen te komen.

1. ONWETTIG VERBLIJF EN DRINGENDE MEDISCHE HULP

1.1 Mensen zonder wettig verblijf

Doorheen de volledige geschiedenis van de mensheid zien we migratiestromen, omwille van verschillende redenen en in verschillende richtingen. Zo is migratie een eeuwenoud, maar tegelijk brandend actueel gegeven.

Ook in de Belgische geschiedenis zien we verschillende immigratie- en emigratiegolven. Sinds de jaren 2000 ziet men in België opnieuw een stijgend immigratiecijfer. Een groot deel van deze immigranten zijn EU-burgers (56% van alle immigranten in 2016), waarmee de Europese Unie de belangrijkste herkomstregio is van immigranten in België. Vele immigranten verhuizen naar België omwille van arbeids- of familiale redenen. Slechts een klein deel van de immigranten vraagt asiel aan (18.710 asielaanvragen ten opzichte van 136.372 immigraties van vreemdelingen in 2016). In 2015, tijdens de 'asielcrisis', zagen we, voornamelijk door conflicten in West-Azië, een verdubbeling van het aantal asielaanvragen in vergelijking met het jaar ervoor. [i] [ii]

Arbeidsmigratie, gezinshereniging en erkenning als vluchteling of subsidiair beschermde na een asielaanvraag zijn voorbeelden van legale manieren om naar België te immigreren. Er is echter ook een groep van immigranten die op niet-legale wijze in België verblijft. Zij worden ook wel mensen zonder wettig verblijf genoemd. Sommigen onder hen hadden ooit wel een wettige verblijfsstatus. Het gaat dan bijvoorbeeld over 'uitgeprocedeerden', mensen die een verblijfsprocedure doorliepen, maar van wie de verblijfsaanvraag definitief geweigerd werd. De 'overstayers' verbleven aanvankelijk met een tijdelijk verblijfsstatuut (toerist, student) in België, maar blijven vervolgens langer in het land dan hun tijdelijk verblijfsdocument toelaat en belanden zo in een onwettige verblijfsstatus. 'Pendelmigranten' wisselen wettig en onwettig verblijf af: als EU-burger kunnen zij 3 maanden als toerist in België verblijven, maar moeten zij daarna in principe terug naar hun eigen land om 3 maanden later weer in België binnen te mogen. Wanneer zij deze wachttijd van 3 maanden niet respecteren, maar al eerder terugkomen en zich nog niet aanmelden, zijn zij zonder wettig verblijf. Dan is er nog de laatste groep van 'clandestiene migranten', zij staken clandestien de grens over, zonder zich ooit ergens in België te registreren. Voor sommige personen zonder wettig verblijf is hun verblijf in België slechts tijdelijk, zij plannen door te reizen of terug te keren naar hun eigen land. Anderen wensen hier in België hun toekomst uit te bouwen. [iii]

Het is moeilijk om te bepalen hoeveel mensen zonder wettig verblijf er momenteel in België verblijven. Mensen zonder wettig verblijf komen niet voor in de officiële bevolkingsstatistieken en hun aantal kan dus enkel geschat worden op basis van indirecte gegevens. Het Clandestino-project[iv] trachtte in 2009 een wetenschappelijk onderbouwde schatting te maken van het aantal mensen zonder wettig verblijf in de landen van de Europese Unie. Hun schatting raamt het aantal mensen zonder wettig verblijf op 0.39 tot 0.77% van de totale bevolking of 7 tot 13% van de vreemdelingen mét wettig verblijf. Voor België zou dit in 2018 over 95.000 tot 176.000 mensen zonder wettig verblijf gaan. Als men deze schatting toepast voor Brussel, dan zouden er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in 2018 tussen 29.200 en 54.200 mensen zonder wettig verblijf leven. [v] [vi]

1.2 Onwettig verblijf en gezondheid

Wie onwettig in België verblijft, heeft dezelfde plichten als de andere inwoners. Hij/zij heeft echter slechts beperkte toegang tot rechten en diensten. Er zijn wel enkele basisrechten die ook voor mensen zonder wettig verblijf gegarandeerd zijn, recht op medische hulp is er hier één van.[iii]

Mensen zonder wettig verblijf hebben vaak niet dezelfde rechten op gezondheidszorg als de wettelijke inwoners van een land. Ze zijn vaak slecht op de hoogte van de medische zorg waar ze wél recht op hebben en ze lopen verloren in de verschillende niveaus van administratie en hulpverlening. Bovendien kan de vrees voor aangifte bij de politie hen ervan weerhouden om medische hulp te zoeken. Ook kunnen discriminatie, taalproblemen, financiële beperkingen en culturele verschillen een drempel vormen. Zo wordt de toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf sterk beperkt.[vii] [viii] Verschillende studies tonen aan dat dit belangrijke effecten heeft op de gezondheidstoestand van deze groep.

Een Zwitserse retrospectieve studie[ix] toonde dat de personen zonder wettig verblijf vaak aan chronische aandoeningen lijden (72% lijdt aan een chronische aandoening, 20% had 3 of meer chronische aandoeningen) en dat ook cardiovasculaire risicofactoren frequent aanwezig zijn. Preventieve zorg is dus essentieel om ernstige complicaties te vermijden.

Een Siciliaanse studie[x] toonde dat de proportie van hospitalisaties voor vermijdbare aandoeningen hoger ligt bij migranten zonder wettig verblijf (met beperkte toegang tot de gezondheidszorg) dan bij migranten mét wettig verblijf (en vlotte toegang tot de gezondheidszorg).

De gelimiteerde toegang tot pre- en postnatale zorg voor vrouwen zonder wettig verblijf heeft ook negatieve gezondheidseffecten voor moeder en kind. In een systematisch literatuuronderzoek uit 2017[xi] beschrijft men meer ongeplande zwangerschappen, meer SOA's, meer ongeplande keizersneden, meer postpartum-bloedingen en een lager geboortegewicht bij mensen zonder wettig verblijf.

In Spanje had iedereen woonachtig in het land gelijke toegang tot de gezondheidszorg, tot dit in 2012 door een wetswijziging plotsklaps veranderde. Mensen zonder wettig verblijf hadden geen toegang meer tot de gezondheidszorg tenzij tot spoedeisende zorg in levensbedreigende situaties. Juanmartí en zijn collega's[xii] berekenden dat het maandelijks sterftecijfer voor mensen zonder wettig verblijf na de hervorming met 15% steeg en dat dit effect met de tijd enkel groter werd.

1.3 Toegang tot de gezondheidszorg in Europa en België

De meeste mensen zonder wettig verblijf zijn financieel niet in de mogelijkheid om de volledige, werkelijke, kost van gezondheidszorg te betalen. In de meeste Europese landen betalen de inwoners mét wettig verblijf echter ook zelden de volledige kost. Zij hebben toegang tot een systeem van financiële tussenkomst in de vorm van sociale zekerheid of zorgverzekeringen. Op welke manier mensen zonder wettig verblijf hier ook (beperkte) toegang tot hebben, verschilt van land tot land.

Björngren Cuadra[xiii] deelt de 27 Europese lidstaten op basis hiervan op in 3 clusters. In de landen van cluster 1 hebben mensen zonder wettig verblijf minder dan minimale rechten. Omdat er zelfs voor spoedeisende hulp geen of amper financiële tegemoetkoming is, is de gezondheidszorg in praktijk niet toegankelijk voor mensen zonder wettig verblijf (bv Ierland). Cluster 2 is de groep van landen waar mensen zonder wettig verblijf 'minimale rechten' hebben: zij hebben toegang tot dringende medische zorg. Hiervoor betalen zij dan een kleine bijdrage of helemaal niets (bv Duitsland). In cluster 3 vinden we de landen waar mensen zonder wettig verblijf 'meer dan minimale rechten' hebben. Zij hebben hier toegang tot meer dan enkel spoedeisende zorg, namelijk eerste- en tweedelijnszorg (bv Frankrijk). Deze indeling is gebaseerd op het officiële beleid, maar geeft niet de volledige werkelijkheid weer. Er zijn landen waar hulpverleners (of ngo's) op eigen initiatief toch meer zorg verlenen dan wettelijk voorgeschreven. Deze zorg is echter willekeurig en onvoorspelbaar en wordt daarom niet in rekening gebracht in deze studie.

In België kunnen mensen zonder wettig verblijf in principe niet aansluiten bij een ziekenfonds. Er bestaat een specifieke procedure om hen toch toegang tot de gezondheidszorg te bieden, namelijk de procedure van 'Dringende Medische Hulp' ('DMH', Frans: 'Aide Médicale Urgente' of 'AMU'). Indien men aan een aantal voorwaarden voldoet, heeft men via deze procedure toegang tot zowel eerste- als tweedelijnszorg. Dit plaatst België in cluster 3 van bovenstaande indeling, hoewel Björngren Cuadra België omwille van de bestaande drempels tot DMH toch in cluster 2 indeelde.

1.4 Dringende Medische Hulp[xiv] [xv]

1.4.A Wettelijk kader

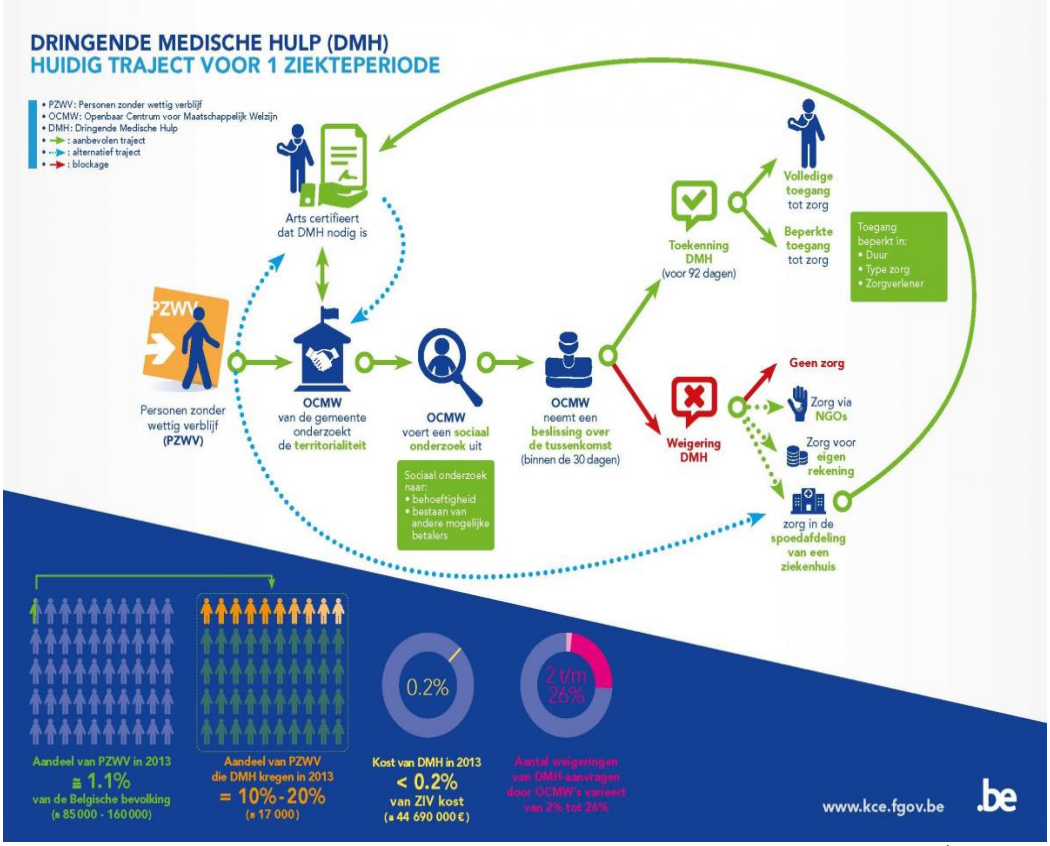
In België gelden de internationale verdragen die stellen dat iedere persoon op het Belgisch grondgebied moet kunnen genieten van gezondheidszorg. Deze intentie werd door middel van Artikel 57, Paragraaf 2 van de organieke wet op de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (1976) en het Koninklijk Besluit van 1996 over Dringende Medische Hulp omgezet in Belgische wetgeving.[xvi] [xvii] Wie zonder wettig verblijf in België verblijft en in behoeftige toestand verkeert, heeft recht op Dringende Medische Hulp. De medische zorg kan zowel curatief als preventief van aard zijn en verstrekt worden in een ziekenhuisomgeving of ambulant. In tegenstelling tot wat het begrip 'dringende' medische hulp lijkt te suggereren, gaat het dus niet enkel over spoedeisende zorg. Kinesitherapie, opvolging van chronische aandoeningen, psychiatrische zorg en tandzorg kunnen bijvoorbeeld evenzeer worden vergoed.

1.4.B Praktische uitvoering van de wet

Om aanspraak te maken op DMH moet men persoonlijk een aanvraag indienen bij het lokale OCMW. Indien een persoon zonder wettig verblijf via de spoeddienst onverwachts wordt gehospitaliseerd zal de sociale dienst van de zorginstelling de aanvraag bij het lokale OCMW indienen. Het OCMW heeft vervolgens 30 dagen de tijd om een beslissing tot toekenning of afwijzing te nemen. In deze periode gaat het OCMW na of de persoon in kwestie aan de voorwaarden voor toekenning voldoet. Eerst en vooral moet het OCMW territoriaal bevoegd zijn, dit wil zeggen dat de aanvrager daadwerkelijk zijn effectieve woonplaats in de gemeente heeft. Vervolgens gaat het OCMW via een sociaal onderzoek de behoeftigheid van de aanvrager na. Men registreert de persoonsgegevens en controleert de niet-verzekerbaarheid van de aanvrager (afwezigheid van ziekteverzekering in land van herkomst of mogelijkheid tot verzekering via studie of werk). Daarna evalueert men het gebrek aan bestaansmiddelen. Dit gebeurt op basis van de inkomsten, het vermogen, de schulden en de lasten van de aanvrager. Ook doet men meestal een huisbezoek. Als laatste voorwaarde vraagt men ten slotte een medisch attest, opgesteld door een arts of tandarts, dat de medische noodzaak aantoont. Enkel een arts kan beslissen over de medische noodzaak en het OCMW heeft geen recht op medische informatie van de aanvrager.

De Raad voor Maatschappelijk Welzijn van het OCMW neemt dan een beslissing, die mondeling of via een aangetekend schrijven aan de aanvrager wordt meegedeeld. De aanvrager krijgt dan een 'requisitorium' of betalingswaarborg, met daarin de zorgen en geneesmiddelen die gedekt worden. Dit kan een toekenning zijn voor een zeer specifieke zorg binnen een welgedefinieerde periode, maar steeds meer OCMW's geven echter een individuele medische kaart, die globale zorg binnen een ruimere periode toelaat. De geldigheidsperiode voor de toekenning kan variëren van een dag tot een jaar. De toegekende zorg kan variëren van één enkel onderzoek tot algemene eerste- en tweedelijnszorg. Het OCMW kan ervoor kiezen om de vrije keuze van hulpverlener te limiteren tot een lijst van hulpverleners waarmee het een conventie heeft afgesloten. Qua geneesmiddelen kan het OCMW ervoor kiezen om enkel door het RIZIV terugbetaalde medicatie te vergoeden of ook een ruimer aanbod van zogenaamde D-medicatie terug te betalen. Sommige OCMW's gaan nog verder en kiezen ervoor om zelfs zaken zoals poedermelk voor baby's terug te betalen.

De medische kaart of het requisitorium garandeert de hulpverlener dat hij/zij vergoed zal worden voor de geleverde zorg. De hulpverlener stuurt zijn factuur naar het OCMW. Het OCMW betaalt de hulpverlener uit en kan alle kosten waarvoor een RIZIV-nomenclatuur bestaat, terugvorderen van de POD MI (Programmatorische Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie). Het is de POD MI zelf die dit terugbetaalt aan de OCMW's, dit staat volledig los van de FOD Volksgezondheid. Indien het OCMW zorg of geneesmiddelen zonder RIZIV-nomenclatuur terugbetaalt, dan is dit op eigen kosten. Voor ziekenhuizen gebeurt de terugbetaling via het computerprogramma Mediprima. Hierin kan de beslissing van het OCMW worden geraadpleegd en kan de factuur rechtstreeks aan de HZIV (Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeit) worden overgemaakt. Zij verhalen deze kosten op hun beurt op de POD MI.



Figuur 1 - Procedure van Dringende Medische Hulp (uit het KCE-rapport[xiv])

1.4.C Cijfers over DMH [vi] [xiv]

België kende in 2016 in totaal 21.530 begunstigden van DMH. Een cijfer dat sinds 2009 aanvankelijk sterk daalde (door een regularisatiegolf in 2009), maar sinds 2013 opnieuw stijgt. Dit betekent dat

slechts ruwweg 10-20% van de personen zonder wettig verblijf van DMH gebruik maken, hoewel tot 98% van hen er wel aanspraak op kan maken. Dit noemt men de 'implementation gap'. Slechts de helft van de personen zonder wettig verblijf kent de DMH-procedure en van de geïnformeerde mensen zet slechts één op drie stappen om DMH te bekomen. Er bestaan dus heel wat drempels in de procedure (zie verder).[xviii]

De DMH-begunstigden zijn erg heterogeen verspreid over België, met hogere concentraties in de grote steden. De helft van alle DMH-begunstigden leeft in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en dan vooral in Sint-Jans-Molenbeek, Schaarbeek, Anderlecht, Sint-Gillis, Vorst, Elsene, Sint-Joost-Ten-Node en in het bijzonder Brussel-Stad. Ook Antwerpen, Luik en Gent bevinden zich in de top 10 van gemeenten met het hoogste aantal DMH-begunstigden.[xiv]

Het budget voor DMH van de POD MI bedroeg 44 688 492 euro in 2013 (in 2011 was dit € 36 263 249, wat vergelijkbaar is met 0,1% van het totaalbedrag dat werd gespendeerd voor de gezondheidszorg voor de personen die in België gedekt zijn door de verplichte medische verzekering[xviii]). Zeventig procent hiervan gaat naar ziekenhuisuitgaven. Dit betekent een gemiddelde kost van 2539 euro per begunstigde in 2013. In het KCE-rapport van 2015[xiv] schat men dat de gemiddelde individuele kost bij de DMH-begunstigden 24.5% lager ligt dan bij de regulier verzekerde populatie van eenzelfde leeftijd en geslacht. Deze gemiddelde individuele DMH-kost verschilt sterk tussen de verschillende gemeenten onderling. Dit kan mogelijks verklaard worden door een variabele verdeling van de gezondheidsproblemen over de bevolking of een verschil in toegankelijkheid van de zorg. Voor Brussel-Stad veronderstelt men echter dat de kosten artificieel hoog liggen door de aanwezigheid van het UMC Sint-Pieter, waar regelmatig complexe gevallen worden opgenomen (die dan toestemming voor DMH krijgen van het OCMW van Brussel-Stad). Bovenstaande cijfers omtrent het DMH-budget betreffen echter enkel de kosten voor DMH van de POD MI, maar niet de kosten van wat elk OCMW nog aanvullend terugbetaald aan de begunstigden, noch de administratieve kosten van de DMH-procedure.

1.4.D Sterke en zwakke punten van DMH [xiv xviii]

In 2014 publiceerde het RIZIV, samen met Dokters van de Wereld en op basis van bijdragen van meer dan 300 actoren uit de sociale en gezondheidszorg, een groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België.[xviii] Bepaalde kwetsbare groepen bleken sterk beperkt in hun toegang tot de gezondheidszorg. Op basis hiervan kreeg het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg de opdracht om de (officiële, door de overheid georganiseerde) gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf in kaart te brengen. Na analyse van de toenmalige situatie publiceerden zij in 2015 een reeks aanbevelingen ter verbetering van de DMH in België. Noch in het KCE-rapport, noch in dit onderzoek wordt dieper in gegaan op de politieke discussie rond het bestaan en de financiering van de DMH. De bedoeling is enkel de pijnpunten van het huidige beleid aan te halen.

Dit KCE-rapport erkent een aantal sterke punten van de DMH. In de ideale vorm verschaft deze procedure natuurlijk een vlotte toegang tot zowel eerste- als tweedelijnszorg, zowel voor curatieve als preventieve zorg, aan personen zonder wettig verblijf. Bovendien kan men al voor men ernstig ziek is, de DMH aanvragen, zodat men, wanneer nodig, hier aanspraak op kan maken. In het geval van een medische urgentie, kan de patiënt al behandeld worden, zelfs als de DMH nog niet geactiveerd is (de sociale dienst van het ziekenhuis start dan een beperkt sociaal onderzoek en doet vervolgens een aanvraag bij het lokale OCMW).

De ideale vorm verschilt echter sterk van de dagdagelijkse praktijk. Eén van de grote zwaktes is het feit dat elk OCMW een eigen beleid kan voeren binnen het wettelijk vastgelegde kader van de DMH. Een sociaal onderzoek is verplicht, maar de concrete uitvoering hiervan verschilt tussen de OCMW's onderling. Er zijn OCMW's die een DMH sowieso weigeren, wanneer een huisbezoek niet mogelijk is.

Andere OCMW's weigeren DMH als de aanvrager bepaalde documenten (bewijs van inkomen, identiteitsbewijs, huurcontracten..) niet kan voorleggen. Het ontbreken van officieel adres binnen de gemeente kan ook een reden zijn om de territoriale bevoegdheid van het OCMW in twijfel te trekken en de DMH te weigeren. Andere OCMW's vragen dan weer inkijk in het medisch dossier alvorens de DMH toe te kennen, wat in strijd is met het medisch beroepsgeheim. Bovendien lijkt er een enorme verscheidenheid aan praktijken te bestaan wat betreft de duur en dekking van de terugbetaalde zorg. In het ene OCMW kan men een algemene dekking voor een jaar krijgen, waar men in een ander OCMW voor elk doktersbezoek een aparte betalingsverbintenis moet bekomen. Deze schijnbare willekeur schept zowel voor begunstigden als hulpverleners onduidelijkheid. Een ander probleem is dan ook het gebrek aan eenduidige informatie van de aanvraagprocedure en de invulling van het begrip en dit zowel voor de hulpverleners, begunstigden als OCMW-personeel. Bovendien blijft de naam zeer verwarrend: door het woord 'dringende' gaan hulpverleners er soms foutief van uit dat ze enkele spoedeisende zorgen mogen verlenen. [xviii] [xx]

Een ander groot minpunt is de administratieve last die de DMH-procedure met zich meebrengt. Dit zowel voor de hulpverleners (attesten aanmaken, aparte facturen naar het OCMW opsturen…), het OCMW (herhaaldelijk sociaal onderzoek, facturen opmaken voor POD MI, personeel voor dossierbeheer…) als de begunstigden zelf (herhaaldelijk heen en weer geloop tussen arts en OCMW, verzamelen van documenten, betalingsverbintenissen…). [xviii] [xx]

Een andere grote drempel om DMH aan te vragen is de schrik om aangegeven te worden. Personen zonder wettig verblijf zijn er niet genoeg van op de hoogte dat zowel het OCMW als de hulpverleners gebonden zijn aan beroepsgeheim en hen niet mogen aangeven bij de politie of de Dienst Vreemdelingenzaken. De wachttijden voor een afspraak bij het OCMW en het behandelen van het dossier zijn soms zo lang dat mensen van een aanvraag afzien. Verder kunnen persoonlijke of culturele opvattingen over gezondheid en taalproblemen ervoor zorgen dat mensen DMH niet of slechts te laat aanvragen.[xviii]

De aanbevelingen van het KCE-rapport zijn dan ook vooral gebaseerd op twee grote lijnen, namelijk het vereenvoudigen en harmoniseren van de administratieve procedures en het rationaliseren van de toegang tot de gezondheidszorg. Enkele concrete aanbevelingen hieruit zijn:

- mogelijk maken van een aanvraag zonder medisch attest, namelijk alvorens men ziek is
- dezelfde criteria voor onvoldoende bestaansmiddelen gebruiken in alle OCMW's
- de medische kaart standaardiseren, met een aanvankelijke geldigheidsduur tijdens het sociaal onderzoek, die vervolgens per jaar verlengd wordt
- elke begunstigde dezelfde rechten geven, geïnspireerd op de dekking die men toekent aan asielzoekers
- geneesmiddelen uit categorie D, in generische vorm, terugbetalen
- vrije keuze van hulpverlener, met verplicht GMD en verplichte verwijzing door de huisarts voor zorg in tweede lijn

Op 15 maart 2018 werd een nieuw wetsontwerp gestemd met betrekking tot DMH. De doelstellingen van de nieuwe wet komen echter niet overeen met de aanbevelingen van het KCE-rapport. Men wil vooral misbruik tegengaan en dit door middel van een a posteriori controle door een adviserend geneesheer van de HZIV. Bij onrechtmatigheden kan een hulpverlener of zorginstelling gesanctioneerd worden en worden de kosten teruggevorderd. Er is nog geen duidelijke aflijning over wat misbruik is en wat niet, maar deze definiëring moet via jurisprudentie verder gepreciseerd worden. Verschillende medische en middenveldorganisaties protesteerden tegen dit wetsontwerp omdat zij vrezen dat dit de toegang tot en toepassing van DMH nog meer zal belemmeren. Het wetsontwerp is op het moment van schrijven (april 2019) echter nog niet geconcretiseerd in Koninklijke Besluiten en dus nog niet van toepassing.[xix] [vi]

1.4.E DMH in Brussel

Zoals hoger beschreven wordt de helft van alle DMH's betaald door een gemeente uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.[xiv] In 2016 waren er 11.730 begunstigden in Brussel, maar de aantallen tussen de gemeenten onderling lopen sterk uiteen (van 7 begunstigden in Oudergem tot 6210 in Brussel-Stad in 2009[xx]). We zien voornamelijk een hoge concentratie in Brussel-Stad (en in mindere mate in Sint-Jans-Molenbeek, Schaarbeek, Anderlecht, Sint-Gillis, Vorst, Elsene en Sint-Joost-Ten-Node). Het aantal begunstigden ligt veel lager dan het aantal geschatte personen zonder wettig verblijf. Ook in Brussel is er dus een grote implementation gap.

In Brussel zijn er 19 gemeenten, elk met hun eigen bestuur en hun eigen OCMW. De voorbeelden van de variabiliteit in DMH-procedures zijn talrijk. Zo heeft bijvoorbeeld elke gemeente zijn eigen versie van het medisch attest voor de aanvraag van DMH. Sommigen gemeenten betalen de eerste consultatie terug, andere niet. In sommige OCMW's heeft men samenwerkingsakkoorden ('conventies') met bepaalde artsen en apothekers en kan een persoon zonder wettig verblijf enkel uit deze lijst een hulpverlener kiezen. De meeste gemeenten werken met een medische kaart, maar de geldigheidsduur hiervan verschilt sterk. In bepaalde gemeenten moet men voor elk onderzoek een apart 'requisitorium' aanvragen, wat soms via een elektronisch programma kan. De 19 OCMW's stelden samen een 'D-lijst'[xxviii] op van dagdagelijkse medicatie waarvoor geen RIZIV-tussenkomst bestaat (en die dus niet in de categorie a, b, c of f vallen, ook wel categorie d genoemd), maar die wel zinvol wordt geacht. In heel wat gemeenten kiest het OCMW ervoor om deze medicatie uit eigen budget te betalen (want dit kan niet teruggevorderd worden via de POD MI), maar niet overal.[xx] [xxi]

Deze variabiliteit vormt een probleem, des te meer omdat mensen binnen Brussel gemakkelijk verhuizen. Een verhuizing binnen dezelfde wijk kan al maken dat men op het grondgebied van een andere gemeente verblijft en dus opnieuw een nieuwe aanvraag, volgens een verschillende procedure, moet indienen. Bovendien kan men vaak niet door dezelfde arts gevolgd blijven worden, omdat het OCMW enkel met hulpverleners uit de eigen gemeente samenwerkt. De zorgcontinuïteit komt hierdoor in het gedrang. Ook voor hulpverleners die patiënten uit verschillende gemeenten opvolgen, is dit zeer complex: de attesten zijn verschillend, men kan mogelijks in beide gemeenten niet hetzelfde voorschrijven en de facturatie dient aan een ander OCMW te gebeuren. De federatie van huisartsen in Brussel (FAMGB) stelde een overzichtsdocument op over het beleid rond medische hulp van de verschillende OCMW's om de huisartsen hierin te ondersteunen.[xxi] Goossens en Depoorter toonden in 2011 aan dat ongeveer twee derde van de ondervraagde huisartsen in Vorst geen gebruik maken van de DMH-procedure voor terugbetaling wanneer zij personen zonder wettig verblijf op consultatie zien. De redenen die zij hiervoor opgeven zijn een gebrek aan kennis over de procedure en de complexe, tijdrovende administratie.[xxii]

Binnen de Brusselse context ziet men ook heel wat personen zonder wettig verblijf die dakloos zijn en dus geen verblijfadres kunnen opgeven. Ook wie tijdelijk bij familie of vrienden verblijft, kan dit adres niet altijd als verblijfadres opgeven, uit schrik om de officiële bewoners in de problemen te brengen. De afwezigheid van een verblijfadres stelt bij bepaalde OCMW's een probleem, omdat zij oordelen dat de territoriale bevoegdheid niet kan geverifieerd worden en men zonder een huisbezoek geen DMH kan toekennen. Er zijn echter ook gemeenten die aanvaarden dat men op basis van aankoopbewijsjes of verklaringen van hulporganisaties zijn effectieve verblijfplaats bewijst. Bepaalde zones waar veel daklozen verblijven, vormen bovendien een twistpunt tussen verschillende gemeenten. Het Noordstation is hier een mooi voorbeeld van omdat men, afhankelijk van op welke trap men slaapt, op het grondgebied van Schaarbeek of Sint-Joost-ten-Node verblijft.

Binnen Brussel heeft 34% van de inwoners (mét wettelijk verblijf) geen vaste huisarts. De spoeddiensten worden hierdoor soms onrechtmatig gebruikt voor problemen die in de eerste lijn

opgelost zouden kunnen worden.[xxiii] Dit zien we ook bij personen zonder wettig verblijf. Zij zijn vaak niet vertrouwd met het systeem van eerstelijnszorg en bezoeken slecht zelden een huisarts. De bevraagde huisartsen van Vorst zagen gemiddeld 1.1 persoon zonder wettig verblijf per maand op consultatie. De verdeling was ongelijk verdeeld en men zag dat mensen zonder wettig verblijf voornamelijk opgevolgd worden in medische huizen, multidisciplinaire groepspraktijken die forfaitair werken.[xxii]

1.5 Onderzoeksvraag

Volgens de aanbevelingen van het KCE-rapport zou men een GMD bij een vaste huisarts verplicht moeten maken in de DMH-procedure en moet de huisarts de rol van poortwachter voor de tweede lijn vervullen. De rol van de huisarts staat dus centraal. Brussel kent, als aankomstplaats voor immigranten en omwille van z'n multiculturele context, een zeer groot percentage van de DMH-begunstigden. Op de Beke onderzocht in haar thesis de rol van de huisarts in de DMH-procedure en meer specifiek de visie van Brusselse huisartsen hierop.[xxiv] De artsen uit deze studie gaven aan op verschillende problemen te stuiten, grotendeels overeenkomstig met de zwaktes van DMH zoals beschreven in het KCE-rapport. Op de Beke beschrijft de rol van de huisarts als een soort mesoniveau tussen de persoonlijke determinanten (microniveau, niveau van de DMH-patiënt) en de institutioneel-maatschappelijke determinanten (macroniveau, niveau van OCMW en de wettelijke procedure van DMH) van de gezondheid van personen zonder wettig verblijf. Zij benadrukt echter wel dat de taak van de huisarts meer moet zijn dan enkel een puur administratieve poortwachter, huisartsen willen graag een echte en waardevolle arts-patiënt-relatie kunnen opbouwen. Op deze manier heeft de huisarts ook een meerwaarde voor de persoon zonder wettig verblijf, wat dan weer de eerstelijnszorg versterkt.

De huisartsen uit haar onderzoek uiten hun frustraties over de medicatie die zij kunnen voorschrijven aan personen met een DMH-statuut. Op de Beke schrijft: 'ook worden *sommige dure en gevaarlijkere medicaties wel terugbetaald, maar worden simpele medicijnen die in veel situaties als eerste worden voorgeschreven (pijnstilling, antidiarree, etc.) niet vergoed'.* Een huisarts schrijft vaak in de eerste plaats een geneesmiddel voor met het beste risico-baten-profiel, waar hij/zij ook veel ervaring mee heeft. Pijnstilling is hier een mooi voorbeeld van. Volgens de standaard rond pijnbestrijding van het Nederlands Huisartsengenootschap[xxv] is paracetamol voor zowel acute als chronische pijn voor patiënten van alle leeftijden de eerste keus. Dit middel is ook goed gekend in de algemene bevolking en veel mensen nemen bij lichte pijn (bv onschuldige spanningshoofdpijn) zelf een dosis paracetamol zonder eerst een arts te consulteren. Het lijkt een vanzelfsprekendheid. Paracetamol is echter een geneesmiddel dat niet onder de terugbetalingsregels van het RIZIV valt (tenzij in specifieke gevallen van chronische pijn[xxvi]) en daardoor ook niet voor alle patiënten met het DMH-statuut terugbetaald wordt. Voor een behoeftige persoon zonder wettig verblijf is een paracetamol nemen misschien minder vanzelfsprekend. Ook de huisarts die dit als remedie voorstelt, botst op limieten.

In praktijk is het, als onervaren huisarts die in aanraking komt met DMH-patiënten, maar (nog) niet altijd volledig op de hoogte is van de werking en praktische modaliteiten van deze procedure, niet altijd eenvoudig om hier mee om te gaan. Er is veel onzekerheid. Kan alles zomaar voorgeschreven worden en zal de patiënt dit geneesmiddel gratis/goedkoop kunnen halen bij de apotheker? Deze onzekerheid vormde een motivatie om het onderwerp van dichterbij te onderzoeken.

Daarom werden de volgende twee vragen geformuleerd:

- Aan welke prijs kan een behoeftig persoon zonder wettig verblijf medicatie aankopen? Is er voor alle medicatie terugbetaling? Is de prijs afhankelijk van waar men gevestigd is? Dit wordt specifiek onderzocht voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

- Hoe gaat een huisarts om met de mogelijke beperkingen in voorschrijven die eigen zijn aan de DMH-procedure? Wordt het voorschrijfgedrag van een huisarts hierdoor beïnvloed?

De onderzoeksvraag van deze thesis luidt dan als volgt:
'Hoeveel kost een paracetamol? Hoe schrijven Brusselse huisartsen voor aan DMH-patiënten?'

Op de politieke en maatschappelijke discussie rond het solidariteitsprincipe en het bestaan van Dringende Medische Hulp wordt in deze thesis niet verder ingegaan.

2. METHODES

2.1 Literatuurstudie

Voor de inleiding werd er gebruikt gemaakt van bronnen uit zowel de medische wetenschappelijke literatuur als uit de grijze literatuur.

Voor de cijfers en algemene informatie over migratie in België werden de websites van verschillende overheidsinstanties geraadpleegd (Myria-Federaal Migratiecentrum, Agentschap voor Integratie en Inburgering, Commissariaat Generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen, Observatorium voor Welzijn en Gezondheid, Belgisch Statistiekbureau). De geciteerde wetteksten werden geraadpleegd via de website voor Belgische Wetgeving en de online-versie van het Belgisch Staatsblad.

De eerste concrete info over Dringende Medische Hulp werd verkregen via verschillende organisaties die zich (in het Brusselse) in deze materie verdiepen (CIRE vzw, Dokters van de Wereld, Medimmigrant). Hun publicaties leidden tot enkele van de belangrijkste bronnen: het KCE-rapport rond Dringende Medische Hulp[xiv], het Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting 2018[vi] en het Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg[xviii].

De vernoemde studies/artikels uit de medisch-wetenschappelijke literatuur werden op twee manieren gezocht. Enerzijds werden de bronnenlijsten van bovengenoemde publicaties uit de grijze literatuur gescreend op interessante artikels. Anderzijds werd er via de databank 'Pubmed' gezocht naar relevante literatuur. De gebruikte zoektermen zijn 'undocumented migrants', 'irregular migrants', 'access to healthcare' en 'health outcomes'. Hierbij werden vervolgens enkel artikels weerhouden die de Belgische en/of Europese situatie van toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf beschrijven.

2.2 Twee luiken

Het onderzoek zelf bestaat uit twee luiken. Het eerste luik gaat dieper in op de eerste onderzoeksvraag: aan welke prijs kan een behoeftig persoon zonder wettig verblijf medicatie aankopen? Is er terugbetaling voorzien en verschilt deze afhankelijk van woonplaats? Dit luik vertrekt van zeven fictieve klinische casussen (opgesteld op basis van eigen klinische ervaringen en literatuur), waarin telkens een andere pijnproblematiek aan bod komt (bv kind met otitis, volwassene met spanningshoofdpijn, bejaarde met artrose-pijnen...). De casussen worden met de mede-huisartsen van de onderzoeker (huisartsen van het WGC Medikuregem) besproken en per casus wordt het analgetica-beleid uitgezet dat de huisartsen zouden volgen (op basis van eigen klinische ervaring en de NHG-Standaard Pijn). Vervolgens wordt er nagegaan wat dit praktisch (terugbetaling, kostprijs) zou betekenen voor DMH-patiënten uit de 19 Brusselse gemeenten. De informatie wordt gehaald uit publiek toegankelijke informatiebronnen[xxvi], aangevuld met gegevens uit de interviews van het tweede luik en contacten met apothekers.

Het tweede luik betreft het eigenlijke kwalitatieve onderzoek. Aan de hand van semi-gestructureerde interviews wordt er dieper ingegaan op het voorschrijven van medicatie aan DMH-patiënten door Brusselse huisartsen. Het interviewprotocol werd opgesteld door de onderzoeker op basis van de geraadpleegde literatuur en gesprekken met ervaringsdeskundigen (zie bijlage).

2.3 Interviews met Brusselse huisartsen

Via de Brusselse huisartsenkringen (BHAK aan Nederlandstalige kant en FAMGB aan Franstalige kant) en via persoonlijke contacten van de onderzoeker worden de Brusselse huisartsen gecontacteerd. De onderzoekspopulatie bestaat uit Brusselse huisartsen die (minstens enige) ervaring hebben met DMH-

patiënten en die bereid zijn tot een interview. Er werd gestreefd naar een selectie van artsen met een maximum aan variatie. Er zijn geen exclusie-criteria.

Het interview vindt plaats na een mondelinge toelichting van de eerder via mail verstrekte informatiefiche (zie bijlage) omtrent de masterproef. De huisarts wordt hierin ook gevraagd zijn geïnformeerde toestemming te geven. Alvorens het interview te starten, bevraagt de onderzoeker enkele demografische gegevens (leeftijd, geslacht, type praktijk, aantal artsen, gemeente van praktijkvoering, aantal DMH-patiënten) op papier. Het gesprek vindt plaats in de praktijk van de huisarts in kwestie, duurt maximaal anderhalf uur en wordt opgenomen met een audio-recorder (MP Man digital voice recorder). Het interview vindt plaats in de taal (Frans/Nederlands) die de huisarts verkiest. Het gesprek vertrekt vanuit het interviewprotocol, maar laat ruimte voor het inbrengen van eigen thema's. Er worden interviews afgenomen tot er geen nieuwe gegevens meer verzameld worden.

2.4 Verwerken van de resultaten

Vervolgens worden de interviews gepseudonimiseerd en verbatim neergeschreven in de oorspronkelijke taal van het interview. Een eerste thematische analyse identificeert de belangrijkste onderwerpen. De interviews en de thema's, worden aan de hand van de QUAGOL-methode[xxvii] gecodeerd en geanalyseerd. Als software-pakket ter ondersteuning van de kwalitatieve data-analayse wordt NVivo 12 gebruikt. De neergeschreven interviews zullen nog vijf jaar na het afronden van het onderzoek bewaard worden door de onderzoeker.

2.5 Ethische commissie

Het beroepsgeheim wordt te allen tijde gerespecteerd evenals de Belgische wetgeving inzake het verwerken van persoonsgegevens, inzake experimenten op de menselijke persoon en inzake de rechten van de patiënt (8 december 1992 – Wet tot bescherming van de persoonlijke levensfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens) (7 mei 2004 – Wet inzake experimenten op de menselijke persoon) (22 augustus 2002 – Wet betreffende de rechten van de patiënt). Deze studie werd op 28/03/2018 goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan UGent/UZ Gent (projectnummer EC/2018/0395).

3. RESULTATEN

3.1 Luik 1 - Hoeveel kost een paracetamol?

Op basis van de casussen werd een lijst opgesteld van alle voorgeschreven medicatie. Voor elk geneesmiddel werd nagegaan of er een (voorwaardelijke) RIZIV-tussenkomst voor bestaat. Geneesmiddelen waar een RIZIV-tussenkomst voor bestaat, worden door elk OCMW terugbetaald voor DMH-patiënten (op kosten van de POD MI). Ze betalen hier, afhankelijk van hun gemeente, niets of een kleine bijdrage voor per verpakking.

De geneesmiddelen zonder RIZIV-tussenkomst zijn hieronder weergegeven in tabel 1. Voor elk van deze producten werd nagegaan of het voorkomt in de Brusselse D-lijst[xxviii] (zie hoger).

Medicatie	Normale prijs (goedkoopste merk)	D-lijst Brusselse OCMW's
Fusidinezuur crème 20mg/g, 30gr	€ 14,95	Ja
Gaviscon kauwtabletten, 48 tabletten	€ 9,22	Neen Wel: alternatief Maglid en Riopan
Ibuprofen siroop 100mg/5ml, 200ml	€ 7,18	Ja
Ibuprofen gel transderm 50mg/g, 120gr	€ 13,49	Ja
Oxymetazoline 0.25mg/ml, 10ml	€ 6,97	Ja
Panotile oordruppels, 10ml	€ 5.95	Ja
Paracetamol 1gr, 120 tabletten	€ 10,88	Ja
Paracetamol 500mg, 240 tabletten	€ 11,58	Ja
Paracetamol siroop 150mg/5ml, 90ml	€ 3,27	Ja
Paracetamol rectaal 150mg, 12 stuks	€ 3,08	Ja
Rennie zuigtabletten, 24 tabletten	€ 3,96	Neen Wel: alternatief Maglid en Riopan

Tabel 1: Lijst van medicatie uit de casussen waarvoor geen RIZIV-terugbetaling bestaat.
Normale prijs (goedkoopste merk): standaardprijs die patiënt in apotheek betaalt.
D-lijst Brusselse OCMW's: medicatie komt voor op de gemeenschappelijke D-lijst van de 19 Brusselse OCMW's.
Bron: www.bcfi.be en de Brusselse D-lijst

De Brusselse D-lijst wordt in alle gemeenten gebruikt voor personen mét een mutualiteit die nog OCMW-steun voor hun medische kosten krijgen. Als de medicatie van de D-lijst door een arts wordt voorgeschreven kan de patiënt ze, net als de RIZIV-medicatie, ook (bijna) gratis verkijgen. De D-lijst wordt echter niet in alle 19 gemeenten op dezelfde manier gebruikt voor DMH-patiënten. Daarom werd er getracht om voor elke Brusselse gemeente een zicht te krijgen op het beleid omtrent medicatie voor DMH-patiënten. Met hulp van de beroepsvereniging van Brusselse apothekers (UPB-AVB) kon hiervan een overzicht worden opgesteld. Dit wordt weergegeven in tabel 2.

Gemeente	Tussenkomst DMH-patiënt (€)	D-lijst voor DMH-patiënten
Anderlecht	0,50	Geen producten uit de D-lijst toegestaan
Brussel (stad)	1	Ja
Elsene	0	Mits requisitorium
Etterbeek	?	?
Evere	Werken met een maandelijks plafondbedrag afhankelijk van de financiële situatie en de gezondheidstoestand van de patiënten (€ 25 tot €340 per maand)	Ja
Ganshoren	Werken met een maandelijks plafondbedrag afhankelijk van de financiële situatie en de gezondheidstoestand van de patiënten (€ 25 tot €340 per maand)	Mits requisitorium
Jette	1	Ja
Koekelberg	0	Mits requisitorium
Oudergem	0,50	Mits requisitorium
Schaarbeek	0	Ja
Sint-Agatha-Berchem	1	Mits requisitorium
Sint-Gillis	0,50	Ja
Sint-Jans-Molenbeek	0	Eigen beperktere D-lijst voor DMH-patiënten
Sint-Joost-ten-Node	0,50	Ja
Sint-Lambrechts-Woluwe	0	Ja
Sint-Pieters-Woluwe	0	Mits requisitorium
Ukkel	0	Ja
Vorst	0	Ja. En bovendien is elk product mogelijk: de inschatting wordt aan arts of apotheker overgelaten, als zij het prodcut als nodig achten, schrijven ze 'dérogation' op het voorschrift.
Watermaal-Bosvoorde	0,50	Ja

Tabel 2: Overzichtstabel van het beleid van de 19 Brusselse OCMW's wat betreft medicatie voor DMH-patiënten.
Tussenkomst DMH-patiënt: prijs die DMH-patiënt betaalt per verpakking (RIZIV of D-lijst).
D-lijst voor DMH-patiënten: specificatie per gemeente wat betreft het gebruik van de D-lijst voor DMH-patiënten.
Mits requisitorium: De patiënt moet elk voorschrift eerst voorleggen aan het OCMW voor een stempel ter goedkeuring.
Bron: persoonlijke communicatie met de tarificatiedienst van de upv-avb

De prijs die DMH-patiënten zelf betalen varieert, maar bedraagt in de meeste gemeenten € 0 of € 0,5. In een heel aantal gemeenten mag men alles van de D-lijst voorschrijven, in bepaalde gemeenten enkel indien men het voorschrift eerst liet goedkeuren door het OCMW (requisitorium of betalingsverbintenis). Anderlecht gebruikt geen D-lijst voor DMH-patiënten en Molenbeek gebruikt een eigen lijst.

Als men de twee tabellen samenlegt, kan men dus zien dat een DMH-patiënt in Anderlecht € 10,88 uit eigen zak zal moeten betalen voor een doosje van 120 tabletten van 1gr paracetamol. Een patiënt uit Schaarbeek betaalt hier niets voor.

3.2 Luik 2 - Hoe schrijven Brusselse huisartsen voor aan DMH-patiënten?

3.2.A Steekproefbeschrijving

Er werden negen Brusselse huisartsen geïnterviewd van november 2018 tot februari 2019. Door gebrek aan vrijwilligers en tijd werd het onderzoek na negen interviews afgerond. De interviews duurden tussen de 20 en de 90 minuten. Er werden 4 mannen en 5 vrouwen geïnterviewd. Vijf huisartsen hadden reeds meer dan 20 jaar ervaring, niemand had minder dan 5 jaar ervaring. De geïnterviewde huisartsen werkten in verschillende settings (4 forfaitaire centra, 4 groepspraktijken en 1 solo-arts) en in verschillende gemeenten (2 artsen uit Anderlecht, 4 artsen uit Schaarbeek, 1 arts uit Jette, 1 arts uit Sint-Jans-Molenbeek en 1 arts uit Sint-Gillis/Vorst). Twee derde van de geïnterviewde artsen kon in z'n dagelijkse praktijk hulp inroepen van een (deeltijds) maatschappelijk werker. Er werden 4 interviews in het Frans afgenomen en 5 in het Nederlands.

3.2.B Verwerking van de resultaten

De interviews werden meteen na afname verbatim uitgeschreven in de oorspronkelijk taal. Tijdens enkele interviews waren er technische problemen, waardoor enkele passages geen letterlijke weergave van het gezegde zijn, maar een inhoudelijke samenvatting (opgesteld door de onderzoeker). De interviews werden grondig gelezen en herlezen en vervolgens werd er voor elk interview een 'narrative interview report' en een conceptueel interview schema opgesteld. Op basis hiervan werd er een lijst van een 25-tal concepten opgesteld. De concepten werden onderverdeeld in de thema's 'DMH-procedure in de dagdagelijkse praktijk', 'voorschrijven aan DMH-patiënten' en 'DMH-beleid'.

Vervolgens werden de interviews passage per passage gecodeerd met behulp van het programma NVivo 12. Het coderen gebeurde door één onderzoeker. Tijdens het coderen kwamen er nog enkele nieuwe concepten naar boven en werden bepaalde voorafbepaalde concepten samengevoegd tot één enkel concept. Voor de bespreking werd er een vergelijkende tabel opgesteld met de concepten uit de aanbevelingen van het KCE-rapport over DMH, de concepten uit de masterthesis van Op de Beke en de concepten uit de interviews.

3.2.C De DMH-procedure in de dagelijkse praktijk

3.2.C.1 De eerste consultatie en het aanvragen van Dringende Medische Hulp

De geïnterviewde huisartsen geven allemaal aan dat ze laagdrempelige zorg willen bieden en open staan voor alle patiënten, onafhankelijk van hun sociale of financiële situatie. Financiële middelen mogen nooit een rem vormen op gezondheidszorg. Alle geïnterviewde artsen hebben enige (tot bijzonder veel) ervaring met DMH-patiënten. Zij zijn vertrouwd met het concept en weten tot op zekere hoogte hoe de DMH-procedure er in hun gemeente aan toe gaat.

De patiënten die in aanmerking komen voor DMH komen via mond-aan-mond-reclame, via externe organisaties (bijvoorbeeld Kind en Gezin of daklozenorganisaties) of via het OCMW in de praktijk terecht. De meeste artsen zien deze patiënten een eerste keer zelf, waarbij het eerste contact kan bestaan uit simpelweg het aanvraagdocument ondertekenen, uit het creeëren van een dossier (met het invullen van voorgeschiedenis, medicatie- en middelengebruik, levensstijl en parameters) of reeds uit een 'echte' consultatie. Dit is uiteraard ook afhankelijk van de ernst en dringendheid van de pathologie.

> *"Ze bellen voor een afspraak en dan komen ze meestal eerst af, gewoon voor dat papier in te vullen. En dan maken we een dossiertje op, dat is dan al een klein beetje kennismaking. Vaak komen ze dan heel in het begin, voor de hele familie, om overal de stempels op te zetten. Dat ze dat nodig hebben voor nog andere procedures. Ze moeten wel een afspraak nemen bij één van de artsen."*

Deze eerste consultatie kan in sommige gemeenten reeds gefactureerd worden aan het OCMW, maar niet overal. Bovendien vinden huisartsen dit niet altijd prioritair.

> *"Cela dit, en théorie, le premier contact d'AMU est remboursé par le CPAS. La consultation est payée normalement. Ca ne passe pas toujours, ça dépend de l'assistante sociale du CPAS. Mais la théorie veut que ce soit payé... y compris le premier contact, où on fait simplement le papier. Il n'y a pas d'excuse financière pour qu'on ne prenne pas le patient."*

> *"Sincèrement, quand c'est pour remplir des documents, ils n'ont rien à payer, ce n'est pas de consultation. (...) Je me dis, la première, c'est la première, et je ne me tracasse pas trop si celle-là est une perte de profit. Ce n'est pas très grave."*

In enkele praktijken wordt het aanvraagformulier via het onthaal of via een sociaal assistent ingevuld (en ter ondertekening voorgelegd aan de arts) indien zij oordelen dat de patiënt in aanmerking komt voor DMH. Dit verlicht de administratieve last voor de huisarts.

> *"La demande, l'attestation, c'est l'accueil qui la rédige et nous on signe, là par contre, il faut notre signature. Et donc elles nous demandent, entre deux patiënts de venir signer le document."*

> *"Wel, wij hebben het geluk van samen te werken met een sociaal assistente die ons daarbij helpt en ja, dat is dan meestal een medische kaart aanvragen bij het OCMW en zij bekijkt dan of er andere mogelijkheden… Maar dat is voor de sociaal assistente, ik hou me bezig met het medische luik."*

Niet alle patiënten zonder wettig verblijf wensen DMH aan te vragen. Zij zien hier niet het nut niet van in of hebben schrik dat ze door hun aanvraag bij de politie of Dienst Vreemdelingenzaken zullen worden aangegeven.

> *"Ils ont peur qu'au moment où ils rentrent dans le CPAS, on les repère, qu'ils attirent l'attention sur eux. Ou même que la police débarque au petit matin et les enferme."*

Bovendien weigert het OCMW de aanvraag soms indien de patiënt geen vast adres kan opgeven. Een vast adres opgeven is een probleem voor dakloze patiënten, maar evenzeer voor patiënten die clandestien bij familie of vrienden verblijven.

Verder zijn er ook patiënten die geen mutualiteit hebben, maar toch niet in aanmerking komen voor DMH (zoals bijvoorbeeld Unieburgers). De huisartsen zijn bereid om mensen die geen enkele toegang hebben tot gezondheidszorg, toch te zien op consultatie. Dit kadert voor hen in de toegankelijkheid van zorg die hierboven vernoemd werd. Indien nodig doen zij dit onder de vorm van gratis consultaties. Binnen het forfaitaire systeem heeft dit relatief weinig financiële impact, maar ook artsen die per prestatie werken, staan hiervoor open.

> *"Ge ontvangt ze. Iemand al ontvangen, de kans geven zijn verhaal te doen op consultatie, is ook al iemand erkennen als persoon, als zieke persoon ook. Zelfs een gesprek kan al een aantal dingen oplossen. En ge kunt ook al de huis-, tuin- en keukenmiddeltjes, gezondheidsopvoeding, ... geven. Dan doen we dat zonder medische kaart. Dan is dat zo. Dan is dat een gratis consultatie, ja."*

> *"Voila. Tant-pis. A ce moment-là, on peut leur expliquer qu'il y a des moyens et des aides possibles et qu'ils doivent pour les prochaines fois s'organiser et se mettre en ordre. Bon, on explique un petit peu, ce qui est possible de faire, mais bon. Oui, ça arrive, mais ce n'est pas non plus comme si c'était 15% de ma patientèle... C'est vraiment très occassionnel, 1-2 fois par semaine peut-être. Et ce n'est pas bien grave."*

3.2.C.2 Een administratief doolhof voor de DMH-patiënt

Wanneer de patiënt een door de arts ondertekend aanvraagformulier voor DMH heeft, moet hij dit bij het OCMW indienen. Elk OCMW werkt anders; wel of niet op afspraak, korte/lange wachttijd, de manier van aanvragen van verlenging... De artsen hebben vaak de indruk dat de patiënt vooral heel veel heen en weer moet lopen en lang moet wachten.

> *"Het grote probleem is voor de mensen zelf: het geloop, het wachten. Als je inderdaad speciale verzorging nodig hebt, met dure, wondverzorgingen enzo… Het is allemaal heel*

veel… Voor de patiënt zelf is het echt.. balen he… dat is echt heel complex. Elk OCMW verschilt, verhuizen ze, dan is het weer iets anders. Eigenlijk allez, ik excuseer mij soms… Dat ge denkt, verdorie, zij moeten er maar voor lopen en doen."

"Ja, ik zou niet graag in de schoenen van de patiënt staan. Als ge gewoon voor een Dafalgan of een bloedafname eerst bij de dokter moet komen, een papier moet laten invullen, om dan naar het OCMW te gaan om een afspraak te maken, om dan een paar weken later terug te gaan naar die afspraak, om dan te horen dat dat formulier eigenlijk vervallen is, om dan terug te komen bij de arts om dat formulier aan te vragen, om dan weer te gaan naar het OCMW. Euhm, ja neen, het lijkt me enorm complex om dan uiteindelijk tijdelijk in orde te zijn met die kaart."

De procedure is zeer ingewikkeld voor patiënten en er lijkt weinig patiënten-info hierover te bestaan. Patiënten zijn slecht op de hoogte van hun rechten en het kader van DMH. Een aanvraag voor DMH kan bijvoorbeeld geweigerd worden omdat het aanvraagformulier niet recent genoeg is (zie uitspraak hierboven), maar de reden van weigering wordt niet altijd duidelijk gecommuniceerd aan de patiënt.

"Molenbeek heeft dat label nu, gastvrije gemeente, daar hoort bij dat het duidelijk is hoe dat het verloopt in de gemeente. En daar kan wel een tandje bijgestoken worden, in uitleg van bepaalde procedures, dat ze daar geen 38 websites voor moeten onderzoeken, gaan navragen en nog eens dubbelchecken 'is 't wel zo'. Ja, nog laagdrempeliger. Ja, waarom zijn er maar, ik denk dat het 10% is, ik ken het niet vanbuiten, dat maar een kaart heeft, terwijl er 10 000 (mensen zonder wettig verblijf in Molenbeek) *misschien zijn. Wat is de reden daarvan? Is het omdat dat niet genoeg gekend is, niet geweten hoe dat de procedure is?"*

Wanneer een patiënt zijn aanvraag voor DMH indient, is er vervolgens een wachttijd alvorens de beslissing wordt meegedeeld. In deze wachttijd (van enkele weken) komt het comité van het OCMW samen om een beslissing te nemen. In deze periode van afwachten heeft de patiënt nog geen toegang tot de gezondheidszorg. De huisartsen proberen de zorg dan zoveel mogelijk uit te stellen tot het moment dat de DMH wordt goedgekeurd, om de patiënt ondertussen niet op kosten te jagen.

"Pff, ja, de meest dringende zorg wordt dan al gedaan en de eventuele bijkomende onderzoeken die nodig zijn, die niet echt dringend zijn, daar wachten we dan liever mee tot de kaart in orde is. Zodat het voor de patiënt betaalbaar, doenbaar is."

De DMH wordt naargelang de gemeente voor 3 maanden of een jaar goedgekeurd. Wanneer de periode bijna ten einde is, moeten de patiënten opnieuw een nieuwe aanvraag voor verlenging indienen. Door de hoger vernoemde wachttijden kan het gebeuren dat er op deze manier opnieuw een periode zonder toegang tot gezondheidszorg ontstaat of dat er bij patiënt én zorgverlener onduidelijkheid is over de geldigheid van de DMH. Voor consultaties in deze gap-periode wordt de zorgverlener ook niet terugbetaald door het OCMW.

"Dit nieuwe document moet dan vijf weken voor vervallen van de kaart op afspraak bij het OCMW afgegeven worden, zodat de verlenging op tijd via het comité kan passeren. Om een afspraak op tijd te krijgen, moet men eigenlijk al twee maanden voor het vervallen van de kaart om een afspraak gaan vragen...."

De huisartsen in Schaarbeek zijn wél positief over de snelheid waarmee een beslissing genomen wordt. Bovendien kan dit in dringende situaties (zoals bijvoorbeeld een abortus provocatus), op vraag van een arts, via een spoedprocedure nog sneller gebeuren. Deze flexibiliteit geldt echter niet in alle gemeenten.

"C'est très efficace. Le CPAS de Schaarbeek est hyper-efficace, franchement, objectivement, je n'ai pas de lien spécifique avec eux, mais objectivement ils travaillent très bien."

"Dus wij vragen aan en wij krijgen binnen de week het akkoord." (over het 'Centre de planning familial', waar ook abortus kan uitgevoerd worden)

"Ca fait 30 ans que je bassine le président, LES présidents du CPAS de Saint-Gilles en leur disant: 'Moi, je voudrais que, quand il est vendredi après-midi, 17h, on puisse m'accorder un remboursement de façon immédiate, quand je le dis. Ca, ce n'est toujours pas fait. Voila. Ca fait 30 ans que ça dure."

3.2.C.3 OCMW-overleg en facturatie

In de meeste gemeenten werkt het OCMW met een vaste lijst van 'erkende' huisartsen. Patiënten die DMH komen aanvragen worden door het OCMW naar één van deze artsen gestuurd. In Schaarbeek zijn er afspraken tussen de artsen over wie patiënten uit welke straten aanneemt.

"Donc, à Schaarbeek, on a une cartographie en fonction des adresses des patients, les résidences. Quels sont les médecins référents, qui prennent encore des nouveaux AMU?"

De meeste artsen hebben slechts zeer beperkt contact met het OCMW. Ze vinden dat het moeilijk is om iemand (of de juiste persoon) te bereiken bij het OCMW. In bepaalde gemeentes vindt er (half-) jaarlijks een overleg plaats tussen de huisarten en het OCMW. Een huisarts in Anderlecht vertelt hierover dat het overleg plaatsvindt met OCMW-werknemers die weinig te zeggen hebben over het eigenlijke beleid en daarom niet altijd voor concrete verbeteringen zorgt. Er is wel vraag naar meer overleg met het OCMW of minstens een betere telefonische bereikbaarheid.

De huisartsen komen vooral in aanraking met het OCMW in verband met de facturatie. De artsen sturen namelijk hun attesten van verstrekte hulp naar het OCMW en krijgen vervolgens het bedrag hiervoor gestort. Dit loopt de laatste jaren vlot.

Voor de wachttijden of de 'gaps' die ontstaan bij verlenging van de DMH zoeken de artsen oplossingen. Ofwel zien zij de patiënten in deze periodes gratis ofwel proberen zij toch betaald te raken door de consultatie op een andere datum aan te rekenen (er wordt dan een attest van verstrekte zorg aangemaakt voor een datum waarop de DMH wél geldig was).

"Maar soms zijn de mensen niet geweest om te verlengen, ge stuurt dat dan op en dan na 6 maanden ofzo krijgt ge dat dan teruggestuurd van 'is niet in orde'. En vorig jaar had ik toch voor 500 euro, denk ik, niet-betaalde consultaties. Dus nu probeer ik er wel wat beter op te letten. Ook als het niet in orde is, dan gaat ge het toch zien, ok dat is dan niet betaald. En dan schrijf ik, vanaf dat ik het weet dat het in orde is, maak ik dan een papiertje aan. Wat waarschijnlijk niet legaal is, maar .... ja voila."

3.2.C.4 Extra inspanningen voor de huisarts?

De meeste huisartsen vinden dat de extra administratie voor de aanvraagformulieren en de facturatie voor DMH-patiënten beperkt is en ervaren dit niet als een grote last. Zeker niet in vergelijking met alle administratieve stappen die de patiënten zélf moeten zetten. Eén forfaitaire praktijk vindt de facturatie toch te veel administratieve rompslomp en ziet de DMH-patiënten gewoon gratis.

"Voor ons is dat wat papierwerk, maar voor hen is dat veel meer! en veel ingrijpender en veel restrictiever. Ge moet om dat uur met dat ticketje, ge moet wachten eer ge gezien wordt, al die dingen... ik denk dat voor de mensen het moeilijker is dan voor ons."

Sommige huisartsen benoemen echter het maken van betalingsverbintenissen (de zogenaamde 'requisitoires') voor verwijzing naar de tweede lijn, het checken van geldigheid van de DMH, het maken van een voorschrift voor élk geneesmiddel en het opzoeken van medicatie in de D-lijst wél als een extra last. Bovendien hebben de DMH-patiënten vaak een complexe medico-psycho-sociale problematiek, die van een huisarts extra inspanning vraagt (bijvoorbeeld telefoontjes plegen, overleg met sociale diensten...). Dit gebeurt dan meestal buiten de consultaties en wordt dus in theorie niet vergoed.

> *"Dat zal het voor hen wat bemoeilijken, maar ik vind dat voor mezelf gemakkelijker dat die vaker terugkomen. Dat verlicht het werk. Euhm... In het begin deed ik al die dingen via telefoon enzo, en dan zette ik dat allemaal (...) klaar, maar dan zijt ge bijna twee uur op een dag bezig met dingen doen waar ge niet betaald voor zijt en .. eigenlijk verliest ge het overzicht en ge leert de patiënten beter kennen als ge ze vaker ziet. En dat is soms wel handig, bij complexe problemen om ze efkes een tijdje om de maand ofzo ziet om daar goed vat en zicht op te krijgen van wat en hoe."*

De complexiteit van de problematiek van de patiënten, in combinatie met de taalbarrière, maakt dat de huisartsen toch voorstander zijn van een goede spreiding van de DMH-patiënten over de huisartsen van de gemeente. De cartografie van Schaarbeek is hier een voorbeeld van (zie hoger).

> *"En wij vonden dat eigenlijk niet juist, allez, dan is dat geconcentreerd in een paar praktijken, dat is soms wel zwaardere zorg en ook sociaal wel zwaarder. We willen dat opentrekken naar alle dokters die erkend zijn door het OCMW."*

3.2.D Voorschrijven aan DMH-patiënten

De huisartsen benadrukken dat ze DMH-patiënten als evenwaardig beschouwen als andere patiënten en dat het statuut van de patiënt hun voorschrijfgedrag dan ook niet beïnvloedt. Bij verder navragen moeten ze dan toch toegeven dat ze, door praktische beperkingen, soms anders voorschrijven.

> *"Maar neen, ik denk niet dat wij, neen, daar stappen wij niet in mee. Dat je een andere zorg zou bieden aan mensen die… Neen, daar gaan wij niet in mee. Wij vinden dat ze recht hebben op dezelfde zorg."*

> *"Neen, dus... ge probeert, maar er is wel, spijtig genoeg, een verschil."*

3.2.D.1 Medicatie voorschrijven binnen de DMH-procedure

De huisartsen weten allemaal dat ze alle medicatie waar een RIZIV-tussenkomst voor bestaat, gewoon kunnen voorschrijven aan de DMH-patiënten. Ze zijn ook redelijk goed op de hoogte van het gebruik van de D-lijst binnen hun eigen gemeente. Ze zijn vaak verbaasd om te horen dat dit niet voor alle gemeenten op dezelfde manier gebruikt wordt. De huisartsen zijn tevreden over de D-lijst en vinden de lijst zeer volledig. Ze zijn blij dat de lijst bestaat en noemen dit als één van de sterke punten in het huidige Brusselse DMH-beleid.

> *"Parce que la liste est bien faite. Il y a tout ce qu'on veut dedans. Et celui qui ne trouve pas ce qu'il veut dedans, pff, hij speelt ermee, he."*

Sommige huisartsen vinden het lastig om steeds te moeten opzoeken welke medicatie in de D-lijst staat en welke niet. De website met de Brusselse D-lijst staat bij velen dan ook in de 'favorieten' van hun webbrowser. Andere huisartsen maakten er simpelweg een gewoonte van om voor al hun patiënten de merken en producten uit de D-lijst voor te schrijven. Indien een product wordt

voorgeschreven dat niet op de lijst staat, zullen apothekers vaak telefonisch of via de patiënt de arts een alternatief voorstellen dat wél wordt terugbetaald.

> *"Parce que, travaillant dans un quartier avec une précarité importante, finalement 'génériquer', c'est un reflexe pour tout le monde. Lever le pied sur le traitement symptomatique, ça sera un reflexe pour tout le monde aussi. Et puis, alors, j'ai une petite habitude de prescription, ou par facilité intellectuelle: les quelques traitements symptomatiques, sirop pour la toux, spray pour la gorge, (...) que maintenant on prescrit, je vais toujours prescrire, quelque soit la population, Neogolaseptine, Bisolvon, Lysomucil,... Bon toutes les marques que vous connaissez aussi, dont on sait qu'ils sont remboursés par le CPAS."*

In de D-lijst staat heel wat 'over-the-counter'-medicatie die vooral dient voor symptoombestrijding bij milde aandoeningen. Een voorbeeld hiervan zijn de hoestsiropen of keelpastilles voor bovenste luchtweginfecties, die huisartsen eerder proberen af te raden omwille van gebrek aan bewijs van werkzaamheid. Toch geven de huisartsen aan dat ze dit soms misschien vlotter voorschrijven of meegeven aan DMH-patiënten, als een soort communicatiemiddel.

> *"C'est inutile! Je le prescris pour aimablement me sortir de la consultation. (...) Le patient est Syrien, il ne parle pas le français, vous donnez aussi l'ordonannce pour clôturer. Vous voyez ce que je veux dire?"* (over hoestsiroop)

> *"Als ge dat dan kunt meegeven, is dat, ik weet niet, precies een soort van opwaardering: 'hier, gij kunt ook gewone medicatie nemen'. Een beetje onnozel misschien."* (over hoestsiroop)

In Anderlecht wordt de D-lijst niet gebruikt voor DMH-patiënten. De Anderlechtse huisartsen én OCMW-medewerkers pleiten al lang voor een (verkorte) D-lijst. Zeer recent lijkt er ook enige politieke bereidheid om dit voorstel concreet te becijferen en uit te werken. Er bestaat momenteel wel al een grijze zone voor bepaalde medicatie, die door sommige apothekers wordt gebruikt om die medicatie toch mee te geven aan DMH-patiënten. Paracetamol bijvoorbeeld, kan vergoed worden door het RIZIV voor specifieke indicaties (chronische pijnen ikv artrose, kanker of andere aandoeningen). Sommige apothekers redeneren dat er dus een RIZIV-tussenkomst bestaat en staan dit daarom toe voor elke DMH-patiënt (ook zonder dat de specifieke indicatie aanwezig is). Andere apothekers zullen dit enkel meegeven indien de specifieke indicatie effectief aanwezig is.

In Molenbeek wordt de Brusselse D-lijst voor DMH-patiënten vervangen door een aparte, beperktere D-lijst. Een groepje huisartsen kreeg jaren geleden de toestemming om de medicatie die zij noodzakelijk achtten te bundelen tot een korte D-lijst. De recentste update van de lijst is echter om onduidelijke redenen verder ingekort.

> *"Wij hadden in 2014 ook een beperkte lijst en nu in 2018 hebben we een nieuwe lijst gekregen, die beperkter is, in vergelijking met 2014. We begrijpen niet goed waarom, maar die vraag gaat gesteld worden, we zijn daar wel echt mee bezig. En dan staan er ook onduidelijkheden op, zaken dubbel op.. Is dat nu om... Wij hebben daar een ongemakkelijk gevoel bij. Dus sommige pillen staan er echt wel twee keer op, dezelfde pil met naam, he, niet de generiek. Is dat nu om ons de indruk te geven dat die lijst niet zo kort is? Er zijn ook medicamenten die ontbreken en dat het niet duidelijk is waarom dat ze ontbreken."*

Voor medicatie of producten die nog buiten de D-lijst vallen, kunnen alle geïnterviewde artsen nog extra aanvragen doen bij het OCMW. Dit gebeurt via hetzelfde document als de DMH-aanvraag. De aanvraag wordt meestal ook zonder probleem goedgekeurd door het OCMW-comité. In Vorst volstaat het zelfs om als arts 'dérogation spéciale' (derogatie) op het voorschrift te schrijven en hoeft dit niet

eerst langs het OCMW te passeren. De meeste artsen gebruiken deze uitzonderingsmaatregel zelden, behalve om zuigelingenmelken aan te vragen. Sommige patiënten kennen deze maatregel en proberen er misbruik van te maken.

> *"Oui, et alors, de patiënten die weten dat. Ze komen met alles. Met vitamines, met homeopatische middelen, met al die stommiteiten, ze komen ermee 'oui, mais docteur, il faut écrire 'dérogation spéciale', parce que j'en ai besoin'. Et il y a en qui... il faut vraiment les recadrer et leur dire 'non, stop, quoi'."*

Verder hebben de huisartsen niet het gevoel dat er veel misbruik van de D-lijst bestaat (zoals bijvoorbeeld DMH-patiënten die gratis medicatie halen in de apotheker en die dan doorverkopen). De huisartsen proberen ook zelf in het oog te houden hoeveel medicatie ze voorschrijven per patiënt.

Men kan via een 'extra aanvraag' ook bepaalde zorgen aanvragen zoals kinesitherapie of verpleegkundige zorgen. Een Anderlechtse arts vraagt zich af of dit niet beter meteen voor alle DMH-patiënten inbegrepen zou zijn, in plaats van via een extra aanvraag die toch altijd wordt goedgekeurd.

3.2.D.1 Alternatieven

In gemeenten waar de D-lijst ook geldt voor DMH-patiënten botsen artsen zelden op problemen bij het voorschrijven aan DMH-patiënten. Zij moeten zeer zelden hun toevlucht zoeken tot alternatieve oplossingen, tenzij tijdens de wachttijd of de gaps die ontstaan bij verlenging. De alternatieven worden door hen dan ook eerder gebruikt voor patiënten die helemaal géén toegang tot de gezondheidszorg hebben.

Indien een geneesmiddel niet wordt terugbetaald, kan men soms een alternatief voorschrijven dat wél wordt terugbetaald. Een klassiek voorbeeld is het voorschrijven van Ibuprofen in plaats van Paracetamol, hoewel dit niet nodig is in gemeenten waar de D-lijst wordt gebruikt.

> *"Ja.. 't was hier een tijd de gewoonte om de paracetamol met een beetje calcium voor te schrijven. Omdat dat dan wel werd terugbetaald en de gewone paracetamol niet."*

De meeste artsen hebben een beperkte stock aan medicatie in de praktijk. Deze wordt aangevuld met stalen van farmaceutische bedrijven (steeds minder door strengere regelgeving en omdat sommige artsen weigeren om afgevaardigden te ontvangen), met 'restjes' van patiënten en met zelf aangekochte medicatie. Waar de D-lijst niet geldt, wordt er wel regelmatig iets uit deze stock meegegeven aan DMH-patiënten.

> *"Er zit altijd wel iets in de kast en ik maak daar af en toe eens gebruik van. Al was het maar symbolisch, omdat ik precies toch het gevoel heb dat ge dan precies toch wat extra kunt doen, ook al is het vaak maar een lapmiddeltje. Ja, ik weet het niet… Ik heb toch het gevoel dat dat de patiënt een beetje helpt, al was het maar een hoestsiroop, waar ge eigenlijk geen promo voor maakt bij een bemiddelde patiënt."*

Een ander alternatief is natuurlijk ook dat de patiënt toch zelf het geneesmiddel betaalt. De artsen proberen dan uitleg te geven over de medicatie, zodat de patiënt een geïnformeerde keuze maakt om zijn eigen (beperkte) middelen hieraan te spenderen. Wederom is dit zelden nodig in gemeenten waar de D-lijst van toepassing is.

> *"Il y en a parfois qui paient, he, je suis parfois étonné. Ils économisent. Honnêtement, c'est un petit groupe, he, ce n'est pas la majorité, mais il y en a qui s'arrangent, pour payer leurs frais médicaux. Tant que ce ne sont pas des frais très très élevés, évidemment."*

In laatste instantie nemen sommige artsen af en toe hun toevlucht tot een vorm van fraude. Zij schrijven een geneesmiddel voor op naam van een andere patiënt die hier wél toegang toe heeft. Meestal is dit dan voor patiënten die géén DMH hebben. Andere artsen weigeren dit categoriek, zij wensen op geen enkele manier misbruik te maken van de bestaande systemen.

> *"Heel af en toe. Dat gaat dan wel, het moet dan wel over medicatie gaan die ook door die patiënt kan genomen worden, uiteraard. Ik ga geen diabetes-middel voorschrijven op naam van iemand die geen diabetes heeft. Als dat over een pijnstiller gaat, dan denk ik, ja of ge dat nu op die naam of op een andere naam schrijft, zoveel verschil maakt dat niet. Maar ik probeer het wel te beperken, gewoon uit ethische overwegingen."*

> *"Ben, on fait autrement, hein. Je dis 'emmène un copain avec un mal de tête', alors le copain qui a mal à la tête, on le met dans le système et on prescrit sur le compte du gars qui a mal à la tête, he."*

3.2.D.2 Specifieke voorschriften

In de interviews werd er naast de klassieke geneesmiddelen ook naar andere zaken gevraagd die een huisarts voorschrijft.

Contraceptie is hier een voorbeeld van. In de D-lijst staat geschreven *'De noodzaak aan een vrije familiale planning en aan AIDS-preventie verantwoorden het toestaan van alle contraceptie, zowel hormonale, chemische als mechanische, onafhankelijk van de leeftijd van de gebruiker, en alle formaten. We nemen dus op de lijst alle contraceptiva die niet vergoed worden, of alleen vergoed worden in de categorie J(ong).'*[xxviii] Via een centrum voor familieplanning kan men bovendien soms versneld een DMH aanvragen (zie hoger). Enkel in gemeenten waar de D-lijst niet wordt terugbetaald, vormt contraceptie dus soms een probleem.

> *"Bijvoorbeeld, de Implanon. Als we aan de situatie van de sans-papiers denken. Ja, die verhuizen altijd maar en goeie contraceptie die misschien wat langer meegaat dan een pilletje, is misschien wel heel logisch en waarom zou de Implanon er dan niet mogen opstaan, of de Norplant. Iets dat langer meegaat en waar ze efkes 3-5 jaar contraceptie niet als zorg moeten hebben... Maar die staat er niet op."* (huisarts uit Molenbeek, over de beperkte D-lijst)

Vaccins vormen normaal gezien geen probleem, aangezien men ook voor mensen zonder wettig verblijf de gratis beschikbare vaccins van de Vlaamse overheid kan gebruiken. Dit kan niet officieel worden ingegeven in Vaccinnet, maar met een mailtje kan de vaccin-stock van de huisarts hier wel aan aangepast worden.

Voor wondzorg is er heel wat materiaal opgenomen in de Brusselse D-lijst. Bovendien bevat de D-lijst een hoofdstukje over magistrale bereidingen die door het RIZIV worden vergoed en raadt men dus aan om deze te gebruiken. Extra wondverbanden kunnen via het DMH-aanvraagformulier nog bijgevraagd worden. De bevraagde huisartsen geven echter aan dat ze de patiënt voor wondzorg naar de praktijk laten komen en hier dan met relatief eenvoudige middelen de wondzorg uitvoeren.

> *"Daar heeft onze verpleegkundige haar voorraad, zal ze creatief zijn met zalfkes.. als het geen van die speciale verbanden zijn... dat doet zij, daar trekt zij haar plan. Daar heb ik nog niet echt gehoord dat dat voor haar een probleem zou zijn."*

De manier waarop extra onderzoeken (zoals bijvoorbeeld labo-onderzoek, radiografie, mammografie, uitstrijkje...) en consultaties bij specialisten worden aangevraagd, verschilt sterk tussen de

verschillende gemeenten. In bepaalde gemeenten moet men voor iedere consultatie of onderzoek een apart requisitorium (betalingsverbintenis) aanmaken: de arts vraagt de consultatie of het onderzoek aan en dit wordt vervolgens door het OCMW goedgekeurd. Dit gebeurt op papier, maar kan in een aantal gemeenten ook vlot online gebeuren met het programma Synchro. In andere gemeenten heeft men tijdens de geldigheidsperiode van de DMH ongelimiteerd toegang tot een aantal ziekenhuizen (voornamelijk de openbare IRIS-ziekenhuizen). Voor labo-onderzoeken, uitgevoerd door de huisarts, werken de OCMW's ofwel samen met de laboratoria van de huisartsen ofwel met een vast ziekenhuis-laboratorium.

> *"Ja, van het moment dat we het noteren op onze aanvraag. Het labo werkt met het OCMW en dan is dat geen probleem en dan wordt dat niet gefactureerd aan de patiënt, maar aan het OCMW."*

Het verplichte requisitorium brengt dus wel wat extra administratief werk met zich mee, maar het idee van doorverwijzing via de huisarts, wordt door de artsen wel als positief ervaren. Zij zijn voorstander van een echelonnering van de zorg, hoewel ze het wel discriminerend vinden dat dit enkel voor DMH-patiënten het geval is en niet voor iedereen.

> *"Euhm, het feit dat er een requisitoir moet geschreven worden, dat vind ik, goh, dat ondersteunt langs de ene kant wel de echelonnering, maar waarom voor die mensen dat dan verplichten en niet voor de anderen? Dus ik vind dat dat voor iedereen moet, de echelonnering en dat kan op een andere manier dan via nog een keer administratie, een requisitoire."*

DMH-patiënten worden niet uitgenodigd voor de preventieve bevolkingsonderzoeken, maar de huisarts kan dit (soms mits een extra aanvraag bij het OCMW, zie hierboven) wel voorstellen. Sommige huisartsen zien ook op dit vlak geen verschil met andere patiënten en stellen dit ook geregeld voor aan hun DMH-patiënten. Andere huisartsen geven aan dat dit, gezien de DMH-populatie en hun problemen, niet altijd evident is en vaak achterwege wordt gelaten.

> *"Non, j'ai vraiment la même attitude, les vaccins, les... J'arrive parfois vraiment à oublier que le patient... a des... est différent administrativement. Parce que dans la démarche, dans l'attitude... après on sait qu'il a des difficultés au niveau social/financier, mais au niveau ... je n'ai pas de démarche différente en termes de ça, quoi."*

> *"Maar dat is... mensen die dag per dag overleven. (...) of ge zijt wat beperkter in opvolging, in preventieve onderzoeken. Dat is zo precies: daar denkt ge niet aan of... Ik moet bekennen dat de zorg voor mensen zonder papieren, hoewel wij proberen he, die hebben ook een dossier, alles hetzelfde, maar dat ge toch een klein beetje, ook door hun werkomstandigheden, dat ge niet, of toch veel minder vat op hebt. (...) die hebben altijd acutere problemen, of is dat omdat ge daar anders tegenover staat. Die een mammo aanvragen, ik denk, ik moet bekennen eigenlijk, dat ik het waarschijnlijk niet gedaan heb."*

Kinesitherapie en verpleegkundige zorgen kunnen in principe via een extra aanvraag ook vergoed worden voor DMH-patiënten, maar dit kwam weinig aan bod in de interviews.

3.2.E DMH-beleid

Uit de interviews komt het bestaan van DMH als één van de sterke punten naar voren. De huisartsen zijn blij dat er op deze manier ook voor mensen zonder wettig verblijf een (gelijke) toegang tot de gezondheidszorg gecreëerd wordt.

"Euhm, non, je trouve ça assez bien qu'on puisse soigner les patients comme... nous on peut travailler en respectant la dignité du patient et le patient il a accès aux soins et il est traité comme tout le monde quand il a un problème de santé et voila... Il est vraiment égal, même s'il n'a pas tous ces papiers, il a vraiment accès. Non, je trouve que c'est bien que ça existe."

Ze geven aan dat zij de patiënt die voor hen zit vooral zo goed mogelijk willen behandelen en dat politieke beslissingen nemen over DMH niet tot hun takenpakket behoort. Ze geven dan ook feedback op het huidige systeem, zonder in te gaan op de politieke discussie over het bestaan of de financiering van DMH.

"Je crois, à notre petit niveau, les patients AMU, qui arrivent chez nous, on les soigne dans l'AMU, avec les outils qu'on a et les outils sont bons pour l'instant. Maintenant on est plus au niveau santé publique, politique, de se dire, est-ce que c'est normal que ça met deux ans, dans un pays développé, dans une ville développé comme Bruxelles, avant que le patient, sans papiers, ait des papiers, quoi? Je pense que non, mais ça dépasse, je crois, notre niveau à nous, des médecins généralistes."

De huisartsen klagen wel over de onduidelijkheid van het huidige beleid, zowel voor de DMH-patiënten, als voor hen als zorgverlener als zelfs voor de OCMW-medewerkers. Deze onduidelijkheid gaat zowel over het praktische verloop van de DMH-procedure als over de definiëring van het begrip DMH. De onduidelijkheid zorgt er soms voor dat OCMW-medewerkers, onthaalmedewerkers, apothekers en andere zorgverleners nodeloos streng zijn uit schrik voor weigering achteraf. Er is nood aan een éénduidig beleid en duidelijke communicatie hierrond, specifiek op maat van alle betrokken groepen.

"Awel he, ik zou het heel verhelderend vinden als het wat duidelijker wordt wat betreft de medicatie. Want na tien jaar is het voor mij nog altijd een soep, de groene kaart, de oranje kaart, de rode kaart, wie heeft recht waarop. En blijkbaar verandert het ook regelmatig. En blijkbaar weten de sociaal assistenten en de apothekers het ook niet altijd even goed. Dus ja, laat staan dat wij weten wat we mogen voorschrijven of wat dat we beter vermijden. Dus euhm, dat is iets wat beter kan, ja."

"Wat valt er onder dringende medische hulp? Allez, dat is toch niet duidelijk? Allez, infertiliteitsbehandelingen, bijvoorbeeld, protheses of aangeboren afwijkingen. Je kan dan zeggen, ok, ja dat is erg, maar dat is voor mij geen dringende medische hulp. Ik vind dat een heel moeilijke... Dat is het probleem, dat je dat niet kan afbakenen."

Sommige huisartsen halen aan dat ze ook niet perse weigerachtig staan tegenover het wetsvoorstel van minister Ducarme (15 maart 2018) om een controle-geneesheer aan te stellen als dit zou betekenen dat er een duidelijke, transparante lijst zou komen over wat binnen DMH valt en wat niet. Dit zou dan vergelijkbaar kunnen zijn met een controle-geneesheer van de mutualiteit.

Meer specifiek winden de huisartsen zich op over de complexiteit van de Brusselse situatie. Zoals uit eerste luik van dit onderzoek blijkt, is het beleid in iedere Brusselse gemeente anders. Dit maakt het als zorgverlener én als patiënt nodeloos moeilijk. Er wordt gepleit voor een gecoördineerd Brussels beleid. Of zelfs, indien mogelijk, een geharmoniseerd nationaal beleid.

"Volgens mij zijn 19 OCMW's in 1 stad vooral 18 OCMW's te veel."

Verschillende huisartsen vragen zich af of de intermediaire rol van het OCMW überhaupt nodig is. Kan men niet rechtstreeks factureren aan de POD MI (hetgeen al gebeurt voor ziekenhuizen, via

MediPrima en de HZIV)? De huisartsen hebben het gevoel dat het DMH-systeem duur is, door de administratieve last voor de OCMW's én door nutteloze consultaties, waarbij een patiënt enkel langskomt voor een voorschrift of een requisitorium.

Een voorstel van enkele artsen om de kosten voor gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf te beperken, is hen toegang te geven tot de reguliere mutualiteiten. De kostenbesparing bestaat in het feit van het afschaffen van het parallelle systeem (en dus de extra administratie) van DMH. Men stelt voor om bijvoorbeeld voor dat deze mensen bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering zouden kunnen aansluiten.

> *"Il faut les intégrer dans un système mutualiste. Ca coûte beaucoup beaucoup plus pour le CPAS, un patient AMU évidemment. (...) Pour qui ils doivent complètement assumer toutes les consultations, examens complémentaires... Alors que, avec une mutuelle, il n'y aurait que le ticket modérateur."*

4. DISCUSSIE

4.1 Bespreking van de resultaten

4.1.A Hoeveel kost een paracetamol?

In het eerste luik zien we dat het antwoord op deze vraag niet zo eenvoudig is. Wie onwettig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest verblijft en een DMH-kaart heeft, betaalt tussen de € 0 en € 10,88 per doos van 120 tabletten (of tussen € 0 en € 0,09 per tablet). Zowel de prijs per verpakking als de terugbetaling van D-medicatie verschillen van gemeente tot gemeente en staan los van elkaar. Bovendien worden er regelmatig wijzigingen aangebracht.

De Brusselse D-lijst werd in overleg met alle OCMW's opgesteld en wordt in alle gemeenten gebruikt voor patiënten die OCMW-tussenkomst voor hun medische kosten krijgen. Jammer genoeg is dit niet het geval voor DMH-patiënten. Het is onduidelijk waarom enkele gemeenten beslissen om voor DMH-patiënten een ander beleid te voeren.

Als huisarts is het bijna onmogelijk om het overzicht te bewaren. De meeste geïnterviewde huisartsen zien echter vooral patiënten uit hun eigen gemeente en werken dus eigenlijk slechts met één OCMW samen. De meesten onder hen zijn tot op zekere hoogte van het beleid in hun eigen gemeente. De meeste mensen die regelmatig in contact komen met DMH (patiënten, hulpverleners of OCMW-medewerkers) raken na een tijdje wel voldoende geïnformeerd over de praktische regeling die hen aanbelangt. De complexiteit maakt de procedure van DMH echter weinig toegankelijk voor wie er niet mee vertrouwd is.

4.1.B Hoe schrijven Brusselse huisartsen voor aan DMH-patiënten?

De geïnterviewde huisartsen zouden liefst 'gewoon hetzelfde als voor andere patiënten' antwoorden op deze vraag. Voor hen mogen verblijfsstatus of financiële status de zorg niet beïnvloeden. Uit hun antwoorden blijkt echter dat dit niet altijd volledig het geval is.

In de gemeenten waar de D-lijst voor DMH-patiënten wordt gebruikt, zijn de huisartsen zeer tevreden. Zij vinden alles wat ze willen voorschrijven in de lijst en nemen dan ook zeer weinig hun toevlucht tot alternatieve opties. De D-lijst online raadplegen kan, maar het is soms moeilijk om met de zoekfunctie te zoeken wat men wil voorscrhijven. De papieren versie is op dat vlak handiger (inhoudstafel en pagina-nummers). De papieren versie wordt momenteel voornamelijk onder apothekers verspreid, maar zou dus best ook uitgedeeld worden aan de huisartsen die met het OCMW samenwerken.

In Molenbeek en Anderlecht (waar de D-lijst niet van toepassing is) botsen de huisartsen soms wel op problemen bij het voorschrijven van medicatie. Zij zijn soms wel verplicht om andere oplossingen te zoeken. Men kan een extra aanvraag doen voor een specifiek geneesmiddel, maar de goedkeuring hiervan kan enkele weken op zich laten wachten en dit is dus minder geschikt voor acute aandoeningen. Soms kiezen de huisartsen voor een ander geneesmiddel, dat niet de eerste keuze is volgens de richtlijnen, maar wel terugbetaald wordt. Indien mogelijk geven ze de medicatie uit hun eigen stock mee of bespreken ze de kosten en baten met de patiënt zodat deze dit toch zelf kan kopen. Enkele huisartsen geven toe dat ze als laatste redmiddel soms overgaan tot een vorm van fraude om de patiënt toch aan z'n medicatie te helpen. Bovenstaande doet pleiten voor een geüniformiseerd gebruik van de D-lijst in alle Brusselse gemeenten en zelfs voor een nationale D-lijst.

Ook zouden de aanvankelijke wachttijd bij het aanvragen van DMH of de 'gaps' bij verlenging zoveel mogelijk beperkt of afgeschaft moeten worden. Dit zijn namelijk de momenten waarop men in alle gemeenten soms toch naar alternatieve behandelingsopties moet zoeken.

De artsen waarderen het dat hun extra aanvragen bijna altijd door het OCMW worden goedgekeurd. Dit toont hen het vertrouwen in de artsen, iets wat meerdere artsen zeer belangrijk vinden. Sommige artsen hebben moeite met het idee van een a-posteriori-controle (zie het wetsvoorstel van 15/3/2019), omdat dit voor hen aanvoelt als een gebrek aan vertrouwen in de zorgverleners. Zij stellen dat een arts steeds zo ethisch mogelijk tracht te handelen, zowel voor de individuele patiënt als voor de maatschappij. Andere artsen vinden dit voorstel van controle vergelijkbaar met een controle-geneesheer van de mutualiteit en zijn hiermee akkoord op voorwaarde dat er een duidelijke lijst is van wat wel/niet onder DMH valt.

De DMH-patiënten hebben ook toegang tot de tweedelijnszorg, in de meeste gemeenten enkel na verwijzing door hun huisarts. De huisartsen zien deze rol als poortwachter voor de tweede lijn eerder positief in het kader van de echelonnering van de zorg. Het vraagt echter wel extra papierwerk. Waar het papierwerk geïnformatiseerd kan, loopt dit relatief vlot. In sommige gemeenten blijft het echter steeds een extra document waarmee de patiënt naar het OCMW moet. De artsen klagen dit extra papierwerk vooral aan als een extra drempel voor patiënten. Zij hebben het gevoel dat de DMH-procedure enorm complex is, met veel heen- en weergeloop en weinig duidelijkheid voor de patiënten. Dit kan beter.

Een aandachtspunt voor de huisartsen is het aanbieden van vaccins en preventie aan DMH-patiënten. Dit wordt vaak over het hoofd gezien omwille van de (soms) reeds complexe problematiek die in de consultatie aan bod komt. Voor een DMH-patiënt die slechts voor enkele maanden in België verblijft, is dit natuurlijk ook moeilijker te realiseren. Er zijn echter ook patiënten die jarenlang onwettig in België verblijven en die vaste patiënten zijn van de huisarts. Bij deze groep zou de huisarts dit wel vaker kunnen aanbieden.

Voor de huisartsen is het essentieel dat de 19 Brusselse OCMW's tot één gedeeld beleid komen, wat DMH betreft. Zowel op het vlak van medicatie, als duurtijd van de kaart, als manier van aanvragen, als doorverwijzing... Door administratieve vereenvoudiging kan dit bovendien mogelijks de administratieve kost van DMH doen dalen. De huisartsen willen ook graag een beter communicatiekanaal met het OCMW.

4.1.C Verdere aanbevelingen

De aanbevelingen die op basis van dit onderzoek te formuleren zijn, komen zeer goed overeen met de aanbevelingen uit het KCE-rapport over DMH.

In het rapport stelt men voor om de aanvraag te vergemakkelijken op twee punten. Het medisch attest wordt overbodig en indien men geen vaste verblijfplaats heeft, wordt het OCMW waar men de aanvraag indient, als bevoegd OCMW beschouwd. De huisartsen zijn eveneens voor een veréénvoudiging en het vermijden van onnodig heen-en-weer geloop. Wanneer het aanvraagformulier niet via het onthaal of de sociaal assistent wordt ingevuld, maar in een consultatie bij de huisarts zelf, wordt deze consultatie vaak gebruikt als een soort kennismakings-gesprek. Belangrijk is dus om deze kennismaking (en opmaken van een dossier) niet te vergeten. Het afschaffen van een eerste consultatie enkel voor het invullen van een formulier zorgt ervoor dat het gedoe rond het al dan niet terugbetalen van de eerste consultatie, wegvalt.

Bovendien wil men de patiënt tijdens de duur van het sociaal onderzoek (dat bovendien geharmoniseerd moet worden in alle Belgische gemeenten) een tijdelijke kaart geven, waarmee de patiënt toegang heeft tot eerstelijnszorg en spoedeisende hulp. Dit sluit volledig aan bij het bovenstaande over het vermijden van ongedekte wachttijd en gaps.

Ook het voorstel om de medische kaart te harmoniseren en die overal voor één jaar toe te kennen, wordt gesteund door de huisartsen. Voor de Brusselse huisartsen moet dit alvast binnen Brussel absoluut gebeuren, een nationaal beleid is natuurlijk nog beter.

De huisartsen zijn ook vragende partij voor een verduidelijking van wat er binnen DMH valt en wat niet (en voor een naamswijziging zodat de verwarrring rond 'dringend' wegvalt). Het voorstel om hiervoor de richtlijnen van Fedasil (voor asielzoekers) te gebruiken is goed. Uit dit onderzoek blijkt dat een veralgemeende toegang tot D-geneesmiddelen belangrijk is.

Het voorstel om de financiering te vereenvoudigen en de facturen niet naar het OCMW maar rechtstreeks naar de HZIV te sturen (via Mediprima), sluit prima aan bij de bedenkingen van de ondervraagde huisartsen. Zij vinden het een goed idee om het HZIV te gebruiken als 'mutualiteit' voor deze doelgroep.

Verbeterde informatie en communicatie wordt ook door de huisartsen gevraagd, zowel voor henzelf als voor de patiënten. Zo is er voor alle betrokken partijen meer duidelijkheid over DMH. De taalbarrière vormt een drempel voor goede zorg, de videoconferentie-dienst van de FOD Volksgezondheid voor alle artsen openstellen is dus een goed idee.

4.2 Interview met een OCMW-raadslid

Na het afronden van het kwalitatieve onderzoek werden de bevindingen van het onderzoek en de aanbevelingen van het KCE-rapport tot slot nog voorgelegd aan een Brussels OCMW-raadslid, met de bedoeling om ook de visie van het OCMW toe te lichten.

Het raadslid benadrukte vooral dat er vanuit de federale overheid zeer veel wordt geëist van de lokale OCMW's, wat het sociaal onderzoek betreft. Er moeten voor elke DMH-aanvraag heel wat gegevens verplicht genoteerd worden. Is dit niet het geval, dan riskeert het OCMW, bij een controle van hogerhand, de gemaakte kosten voor deze DMH-patiënt te moeten terugbetalen aan de POD MI. Bepaalde OCMW's hebben hierdoor reeds een grote schuld opgebouwd. Ook moet het OCMW elke gemaakte beslissing duidelijk kunnen verantwoorden. Dit betekent een enorme administratieve last voor de sociaal assistenten van het OCMW, zeker bij personen zonder wettig verblijf die regelmatig verhuizen of niet over een telefoonnummer beschikken.

Het raadslid beschreef ook dat het soms moeilijk was voor sociaal assistenten om volledig objectief een dossier te beoordelen. Het kan afgunst wekken om te zien dat een DMH-patiënt (of een andere OCMW-begunstigde) zorgen krijgt terugbetaald die de assistenten zelf wel volledig van hun eigen, beperkte, loon moeten betalen. Blijven benadrukken dat de medische en/of politieke beslissingen in verband met de DMH niet bij de sociaal assistent liggen, is daarom belangrijk.

Verder is het ook voor het OCMW vervelend om de DMH voor een korte periode toe te kennen, omdat dit hen enorm veel extra administratieve last geeft. Het raadslid pleitte dan ook voor een toekenning voor één jaar, zoals voorgesteld wordt in het KCE-rapport.

Ook in dit interview werd nogmaals de nood aan verbeterde informatie en communicatie benadrukt, voor alle betrokken partijen. Interne vorming voor sociaal assistenten bestaat al en zij kunnen, indien nodig, ook beroep doen op tolken. Het raadslid benadrukte het belang van overleg tussen de huisarten en sociaal assistenten van een gemeente. Zo kunnen tekortkomingen en frustraties in de dagelijkse praktijk via de sociaal assistenten bij de besturende politici terechtkomen en eventueel het beleid beïnvloeden.

Ten slotte maakte het raadslid een kanttekening bij de vraag naar harmonisatie: harmonisatie is een zeer goede zaak, zolang men niet van het meest restrictieve beleid de norm maakt. DMH binnen Brussel op regionaal niveau regelen, in plaats van per gemeente, blijft echter wel een belangrijke denkpiste.

4.3 Sterktes en zwaktes van de studie

Deze studie bestond uit interviews met een slechts een kleine groep van huisartsen. De groep was heterogeen op verschillende karakteristieken (leeftijd, praktijktype, taal, ervaring). Er werden huisartsen geïnterviewd uit slechts zes van de 19 Brusselse gemeenten. De onderzoeksgroep is daarom niet representatief voor de volledige groep van Brusselse huisartsen. Bovendien betrof het onderzoek enkel huisartsen met enige ervaring met DMH (convenience sample, gebrek aan respons van deelnemers zonder DMH-ervaring) en kan het ons daarom niet tonen hoe een huisarts die zeer weinig tot niets van DMH kent, voorschrijft aan DMH-patiënten.

De studie-opzet bestond uit interviews met huisartsen. Omwille van praktische bezwaren was het onmogelijk om de 19 betrokken OCMW's te contacteren en hen aan het woord te laten. Er werd een interview uitgevoerd met één raadslid van één Brusselse gemeente. Dit maakt dat de studie vooral de visie van de huisartsen op het huidige beleid weergeeft en de visie van het OCMW slechts in beperkte mate belicht wordt. De DMH-patiënten zelf komen ook niet aan het woord in deze studie.

Het interviewprotocol bevatte genoeg vragen die in de diepte peilden, maar liet ook genoeg ruimte voor vrije inbreng van de artsen, waardoor er zeer verscheiden onderwerpen aan bod konden komen. De interviews werden steeds door een zelfde onderzoeker afgenomen, wat zorgt voor uniformiteit. De verwerking en codering gebeurde echter ook slechts door één onderzoeker, wat de blik op de resultaten kan vernauwen en de interpretatie éénzijdig kan maken.

5. CONCLUSIE

Mensen zonder wettig verblijf die zich in een behoeftige toestand bevinden, kunnen in België toegang krijgen tot de gezondheidszorg via de procedure van Dringende Medische Hulp. Deze wordt betaald door de POD MI. Aangezien het lokale OCMW een grote rol heeft in de praktische uitvoering van deze procedure, verschilt het beleid van gemeente tot gemeente. Binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn er 19 OCMW's, die elk hun eigen regels hebben rond DMH en het voorschrijven van medicatie aan DMH-patiënten. In gemeenten waar de Brusselse D-lijst wordt gebruikt, zijn de huisartsen tevreden en kunnen zij quasi probleemloos voorschrijven aan deze patiënten. In gemeenten waar dit niet het geval is, of op momenten dat de patiënt niet gedekt is door de DMH (door wachttijden of gaps in de geldigheidsduur van de DMH), zijn huisartsen soms aangewezen op alternatieven. Zij geven de patiënten medicatie uit hun eigen voorraad mee, schrijven een tweede- of derdekeusgeneesmiddel voor dat wel wordt terugbetaald, stellen de patiënten voor om toch het geld sparen voor de medicatie of nemen hun toevlucht tot een vorm van fraude. Huisartsen proberen zoveel mogelijk om hun DMH-patiënten dezelfde zorg te bieden als hun andere patiënten, omdat zij ervan overtuigd zijn dat gezondheidszorg voor iedereen even toegankelijk moet zijn. Door problemen zoals taalbarrières of complexe sociale problematieken, verloopt de zorg voor DMH-patiënten toch soms moeilijker. Huisartsen geven aan dat ze dan soms vooral acute zorg bieden en minder aandacht hebben voor preventieve zorg. Het KCE-rapport (2015) formuleerde een reeks aanbevelingen rond harmonisatie en vereenvoudiging van de DMH-procedure en rond het rationaliseren van de toegang tot de gezondheidszorg. Deze aanbevelingen worden bekrachtigd in dit onderzoek.

6. REFERENTIES EN BIJLAGEN

[i] Myria, Federaal Migratiecentrum. *Migratie in België.* Juni 2018. Available from: https://www.myria.be/files/NL2018-2.pdf

[ii] Commissariaat Generaal voor Vluchtelingen en Staatlozen. Available from: https://www.cgvs.be/nl/cijfers (geraadpleegd op 15/12/2018)

[iii] Agentschap voor integratie en inburgering. *Mensen zonder wettig verblijf.* Available from: http://www.agii.be/thema/bijzondere-groepen/mensen-zonder-wettig-verblijf (geraadpleegd op 16/12/2018)

[iv] A. Triadafyllidou (ELIAMEP-Hellenic Foundation for European and Foreign Policy). *CLANDESTINO: Undocumented Migration: Counting the Uncountable. Data and Trends Across Europe. Final Report.* November 2009. Available from: https://cordis.europa.eu/docs/publications/1266/126625701-6_en.pdf

[v] STATBEL Het Belgische statistiekbureau. *België in cijfers*. Available from: https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?datasource=65ee413b-3859-4c6f-a847-09b631766fa7

[vi] A. Andries, R. Remmen, X. de Bethune, G. Erven. *Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting 2018-Hoofdstuk 8: Gezondheid zonder papieren*. Acco. 2018.

[vii] Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. *Access to health care for undocumented migrants in Europe*. Brussels: PICUM, 2007. Available from: http://picum.org/Documents/Publi/2007/Access_to_Health_Care_for_Undocumented_Migrants_in_Europe.pdf

[viii] K. Hacker, M. Anies, B. Folb et al. *Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review.* Risk Manag Healthc Policy 2015; 8: 175-183.

[ix] Y. Jackson, A. Paignon, H. Wolff et al. *Health of undocumented migrants in primary care in Switzerland.* PloS one 2018; 13 (7): e0201313.

[x] D. Mipatrini, S.P. Addario, R. Bertollini et al. *Access to healthcare for undocumented migrants: analysis of avoidable hospital admissions in Sicily from 2003 to 2013.* Eur J Public Health 2017; 27-3: 459-464.

[xi] L. de Jong, M. Pavlova, M. Winters et al. *A systematic literature review on the use and outcomes of maternal and child healthcare services by undocumented migrants in Europe.* Eur J Public Health 2017; 27-6: 990-997.

[xii] A. Juanmartí, G. Lopez-Casasnovas, J. Vall. *The deadly effects of losing health insurance. CRES-UPF Working Paper #201804-104*. Universitat Pompueu Fabra; 2018.

[xiii] Björngren Cuadra C. *Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies.*Eur J Public Health 2011; 22-2: 267-271.

[xiv] Roberfroid D, Dauvrin M, Keygnaert I, Desomer A, Kerstens B, Camberlin C et al. *Synthese: Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf?* Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2015. (KCE report 257As)

[xv] Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers. *Une redéfinition de l'aide médicale urgente qui ne dit pas son nom?* CIRE 2018.

[xvi] Organieke wet betreffende de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, BS 5 augustus 1976, 9876. (http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1976070835&table_name=wet)

[xvii] KB 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, *BS* 31 december 1996, 32518. (http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1996121237&table_name=wet)

[xviii] RIZIV - Dokters van de Wereld. *Groenboek: over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België,* 2014, Wolters Kluwer Belgium SA, ISBN 978-90-46-56879-8

[xix] Wetsontwerp van 16 januari 2018 tot wijziging van de artikelen 2 en 9*ter* 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.dekamer.be/FLWB/PDF/54/2890/54K2890002.pdf

[xx] Dokters van de Wereld, Jes, Medimmigrant et al. *Memorandum Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf Waar knelt het schoentje?* April 2012 Verantwoordelijke uitgever: Karen De Clercq, Marcqstraat 25, 1000 Brussel.

[xxi] Commission CPAS-FAMGB. *Répertoire de l'aide médicale dans les CPAS bruxellois-Edition 2009.* Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles, 2009.

[xxii] Goossens M, Depoorter A-M. *Contacts between general practitioners and migrants without a residence permit and the use of ''urgent'' medical care.* Scand J Public Health, 2011; 39: 649–655.

[xxiii] Missinne S. & Luyten. S. *Huisartsen in het Brussels Gewest: wie zijn ze, waar houden ze praktijk, en waar zijn mogelijke tekorten?* Observatorium voor Welzijn en Gezondheid, Brussel, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, 2018.

[xxiv] op de Beke E. *De rol van de huisarts in de Dringende Medische Hulp procedure.* Manama-thesis huisartsgeneeskunde, 2017.

[xxv] De Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, Van Bommel M et al. *NHG-Standaard Pijn*. Huisart Wet 2016;59(11).

[xxvi] Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Gecommentarieerd geneesmiddelenrepertorium [Internet]. BCFI: 2019. Available from: http://www.bcfi.be/nl/ampps/134700?cat=b

[xxvii] Dierckx de Casterlé B, Gastmans C, Bryon E, Denier Y. *QUAGOL: A guide for qualitative data analysis*. Int J Nurs Stud. 2012 Mar;49(3):360-71.

[xxviii] FAMGB, Federatie van Brusselse OCMW's, UPB-AVB, met steun van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. *D-geneesmiddelenlijst, eerste lijn. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor patiënten die OCMW-steun genieten.* Februari 2018.
(ook te raadplegen op: http://www.conferencedes19cpas.irisnet.be)

'Hoeveel kost een paracetamol?'
Hoe schrijven huisartsen medicatie voor aan mensen zonder wettig verblijf?

Onderzoek in het kader van de masterthesis (manama huisartsgeneeskunde)
Onderzoeker: Sophie Willocx, huisarts in opleiding, KU Leuven
Promotor: Professor Sara Willems, UGent
Co-promotor: Dr Ellen Van Leeuwen, UGent

Informatiefiche en geïnformeerde toestemming voor de deelnemende huisartsen

Context

Voor dit onderzoek vertrek ik van een voor iedereen herkenbaar gegeven, namelijk pijn. Iedereen heeft wel eens pijn, pijn komt voor in een enorm brede waaier van pathologieën en pijn kan een serieuze impact hebben op ons dagelijks functioneren. Wanneer men pijn heeft, neemt men een pijnstiller. Maar is dit voor iedereen zo vanzelfsprekend? Kan dit ook als je illegaal in het land verblijft en weinig bestaansmiddelen hebt? Hoeveel kost een pijnstiller voor mensen zonder wettig verblijf in de verschillende Brusselse gemeenten?

De procedure voor Dringende Medische Hulp (DMH, Koninklijk Besluit van 12/12/1996) zorgt ervoor dat mensen zonder wettig verblijf gratis medische zorgen kunnen krijgen. Via een medisch getuigschrift (opgesteld door een (tand)arts) kunnen zij bij het territoriaal bevoegde OCMW een aanvraag doen. Na een sociaal onderzoek, waarin de behoeftigheid van de aanvrager wordt nagegaan, kan het OCMW dan medische hulp toekennen. Meestal wordt er dan een tijdelijke medische kaart afgeleverd die aan de hulpverleners een terugbetaling garandeert voor medische hulp verstrekt binnen de geldigheidsperiode van de kaart.

Via deze procedure worden consultaties bij artsen terugbetaald, maar evenzeer medicatie afgeleverd door een apotheker. De door het RIZIV terugbetaalde medicatie wordt ook door het OCMW terugbetaald binnen de DMH-procedure. Het OCMW kan deze kosten vervolgens terugvorderen van de HZIV (Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering). Elk OCMW kan echter ook beslissen om op eigen kosten bepaalde andere medicatie (bv uit de D-lijst) terug te betalen. Dit beleid verschilt echter tussen de verschillende gemeenten. Voor (huis)artsen is het hierdoor niet altijd eenvoudig om medicatie voor te schrijven aan DMH-patiënten.

Onderzoek

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews wil ik bij huisartsen nagaan hoe zij medicatie voorschrijven aan DMH-patiënten. Schrijven zij anders voor dan aan andere patiënten? Welke uitdagingen zijn er bij het voorschrijven van medicatie aan deze patiënten? Wat loopt er goed? Waar is ruimte voor verbetering?

Voor dit interview kom ik langs bij u op een moment dat voor u past. Het interview duurt maximaal één uur en vindt plaats in uw moedertaal. Bij de start van het gesprek worden er schriftelijk enkele demografiche gegevens bevraagd. Er wordt in de interviews niet naar medische patiëntengegevens gevraagd. Het interview wordt met een audio-recorder opgenomen en wordt achteraf woordelijk en volledig geanonimiseerd neergeschreven. De opnames dienen enkel voor analyse en worden achteraf vernietigd. De informatie uit de verschillende interviews wordt vervolgens geanalyseerd om via kwalitatieve onderzoeksmethoden tot een conclusie over het onderwerp te komen. De geanonimiseerde interviews (in geschreven versie) zullen nog vijf jaar na afronding van het onderzoek bewaard blijven. U kan op elk moment uw deelname aan dit onderzoek intrekken.

Het beroepsgeheim wordt te allen tijde gerespecteerd evenals de Belgische wetgeving inzake het verwerken van persoonsgegevens, inzake experimenten op de menselijke persoon en inzake de rechten van de patiënt (8 december 1992 – Wet tot bescherming van de persoonlijke levensfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens) (7 mei 2004 – Wet inzake experimenten op de menselijke persoon) (22 augustus 2002 – Wet betreffende de rechten van de patiënt).

Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan UGent/UZ Gent (projectnummer EC/2018/0395).

Deelname aan dit onderzoek houdt voor u geen enkel risico in en uw antwoorden zullen enkel geanonimiseerd in de thesis verschijnen. Voor meer informatie over het onderwerp, de onderzoeksmethoden of de praktische regeling kan u me steeds bereiken op sophie.willocx@gmail.com of telefonisch op het nummer 0498/072933.

Geïnformeerde toestemming

Ik verklaar grondig en duidelijk (schriftelijk, met mondelinge toelichting) geïnformeerd te zijn over de achtergrond, het doel en de methoden van dit onderzoek. Ik weet dat de bekomen gegevens enkel geanonimiseerd verwerkt zullen worden en enkel dienen voor data-analyse binnen deze thesis. Ik bevestig dat mijn deelname volledig vrijwillig is.

Naam onderzoeker:

Datum:

Handtekening:

Naam geïnterviewde arts:

Datum:

Handtekening:

‘Hoeveel kost een paracetamol?’
Hoe schrijven huisartsen medicatie voor aan mensen zonder wettig verblijf?

Onderzoek in het kader van de masterthesis (manama huisartsgeneeskunde)
Onderzoeker: Sophie Willocx, huisarts in opleiding, KU Leuven
Promotor: Professor Sara Willems, UGent
Co-promotor: Dr Ellen Van Leeuwen, UGent

Vragenlijst voor huisartsen en interviewprotocol

Korte schriftelijke bevraging

1. Ik ben:
   - Nederlandstalig
   - Franstalig
   - Andere, namelijk: …….

2. Ik werk in de gemeente ……..

3. Ik ben:
   - Man
   - Vrouw

4. Ervaring als huisarts:
   - 0-5 jaar
   - 5-10 jaar
   - 10-20 jaar
   - > 20 jaar

5. Ik werk in een:
   - Solo-praktijk
   - Groepspraktijk met ……. (aantal) artsen
   - Medisch Huis of Wijkgezondheidscentrum
   - Andere, namelijk: ……

6. Ik werk:
   - Via betaling per prestatie
   - Forfaitair

7. Bent u vertrouwd met het concept van Dringende Medisch Hulp (DMH/AMU)?
   - Ja
   - Neen

8. Ziet u patiënten die via DMH medische hulp krijgen bij u op consultatie?
   - Ja, ongeveer …….. (aantal) patiënten/week
   - Neen

Interviewprotocol

1. Wat is uw/jullie praktijkvisie?
   Is er een visie over toegankelijkheid van de zorg? Hoe gaat men om met sociaal kwetsbare groepen?

2. Hoe verloopt de procedure van DMH bij u in de praktijk?
   Via welke weg raken patiënten tot bij u? Hoe verloopt de aanmaak van het medische getuigschrift? Is er veel administratieve last? Hoe verlopen de contacten met het OCMW? Wie betaalt het eerste consult? Hoe verloopt de verlenging van de medische kaart?

3. Wat weet u over het voorschrijven van medicatie aan DMH-patiënten binnen uw gemeente?
   Welke medicatie krijgen de patiënten terugbetaald? Welke niet? Hoeveel moet de patiënt zelf nog betalen? Kunnen er extra aanvragen gebeuren bij het OCMW? Op welke manier gebeurt dit? Zijn er contacten hierover met de apothekers of het OCMW?

4. Bent u, bij het voorschrijven van medicatie aan DMH-patiënten, reeds op moeilijkheden gebotst?
   Schreef u reeds medicatie voor die niet werd terugbetaald? Zo ja, welke? Was u hiervan op de hoogte? Werd er hierover contact opgenomen door een apotheker of het OCMW? Andere? Kan u hier concrete voorbeelden van geven?

5. Past u uw voorschrijfgedrag aan bij DMH-patiënten?
   Raadt u minder OTC-medicatie aan aan deze patiënten? Schreef u reeds een (wel terugbetaald) alternatief voor? Schreef u reeds buiten de richtlijnen voor om toch terugbetaling te verkrijgen? Stelde u bepaalde behandelingen uit omwille van terugbetalingsproblemen? Schreef u reeds medicatie voor op iemands anders naam? Andere? Kan u hier concrete voorbeelden van geven?

6. Geeft u soms zelf medicatie mee aan DMH-patiënten omwille van problemen bij voorschrijven?
   Gaf u reeds gratis farmaceutische stalen mee aan deze patiënten? Gaf u reeds medicatie uit de voorraadkast van de praktijk mee? Andere? Kan u hier concrete voorbeelden van geven?

7. Wat loopt er goed/vlot voor u bij het behandelen van patiënten met DMH-statuut?

8. Wat ziet u als verbeterpunten binnen de procedure van DMH en het voorschrijven van medicatie?

9. Wil u nog iets over dit thema kwijt?

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Prof. dr. Sara WILLEMS
Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
ALHIER

contact	telefoon	e-mail
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk	Uw kenmerk	datum	pagina
2018/0395		30-mrt-18	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Hoeveel kost een paracetamol? Hoe schrijven huisartsen medicatie voor aan mensen zonder wettig verblijf?
(MaNaMa Sophie Willocx)

Belgisch Registratienummer: B670201835819

* Adviesaanvraagformulier versie 1 dd. 2/03/2018 (volledig ontvangen dd. 09/03/2018)
* Vragenlijsten
  Vragenlijst artsen en interviewprotocol (bijlage 2) - versie 1 dd. 1/03/2018
* Protocol
  Thesisprotocol Sophie Willocx (versie 1) dd. 1/03/2018
* Antwoord onderzoekers via mail dr. S. Willocx ontv. dd. 22/03/2018 op opmerkingen EC dd. 20/03/2018
* Begeleidende brief dr. S. Willocx (ontv. dd. 22/03/2018)
* Informatie- en toestemmingsformulier (bijlage 1) - versie 2 dd. 21/03/2018

Advies werd gevraagd door:

Prof. dr. S. WILLEMS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 28/03/2018. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/03/2019, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 28/03/2018. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/03/2019, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 17/04/2018
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 17/04/2018

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 23
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. S. WILLEMS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg