Toegang tot gezondheidszorg is een basisrecht

Hoe ervaren Antwerpse huisartsen de huidige procedure *Dringende Medische Hulp*? Hoe schrijven zij voor aan mensen zonder wettig verblijf?

Auteurs

Vandezande Jellinde Huisarts-in-opleiding

Van Leeuwen Ellen Huisarts & Klinisch Farmacoloog Vakgroep Fundamentele en Toegepaste Medische Wetenschappen & Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg Ugent

Willems Sara Hoofddocent en vakgroep voorzitter Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg UGent

Samenvatting

In België bestaat de procedure Dringende Medische hulpverlening (DMH) die de toegang tot gezondheidszorg moet waarborgen voor mensen zonder wettig verblijf. Via deze procedure kunnen zij steun krijgen voor hun medische behoeften, waaronder ook medicatie. Zowel het bestaan van DMH als de praktische modaliteiten ervan, zijn niet altijd even goed gekend bij huisartsen. Elk OCMW heeft eigen regels rond DMH waardoor er verschillen zijn in toekennen van medische waarborgen en terugbetaling van medicatie. De autonomie van elk OCMW leidt tot toestanden van ongelijkheid in België. Bevraging bij Antwerpse huisartsen toont dat naast de complexiteit van de procedure de hoge weigeringsgraad door het OCMW van Antwerpen een belemmering is voor het gebruik ervan. De procedure van wordt als een administratieve last ervaren door Antwerpse hulpverleners en OCMW-medewerker én veroorzaakt het zorguitstel en een beperkte toegang tot gezondheidszorg in een kwetsbare bevolkingsgroep.

Inleiding

Geneeskundige verzorging is een fundamenteel mensenrecht. In België bestaat de procedure Dringende Medische hulpverlening (DMH) die de toegang tot gezondheidszorg moet waarborgen voor mensen zonder wettig verblijf [i]. Via deze procedure kunnen zij steun krijgen voor hun medische behoeften, waaronder ook medicatie. Dringende medische hulp is veel ruimer dan ‘hoogdringende geneeskundige hulpverlening’ die onmiddellijk vereist is na een ongeval of bij een ernstige ziekte. Het kan niet beperkt worden tot 'alles wat via de dienst spoedgevallen van het ziekenhuis binnenkomt' [ii]. Volgens een schatting van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) deed in 2013 slechts 10 tot 20% van de personen zonder wettig verblijf een beroep op gezondheidszorg via DMH [iii]. Antwerpen telde in 2017 bijna 1.600 DMH-begunstigden, voor een geschatte populatie van 8.000 à 14.000 mensen zonder wettig verblijf. Volgens de literatuur vormen mensen zonder wettig verblijf een bijzonder kwetsbare groep met hogere morbiditeits- en mortaliteitscijfers[iv].

Zowel het bestaan van DMH als de praktische modaliteiten ervan, zijn niet altijd even goed gekend bij huisartsen. Onderzoek toonde dat een groot deel van de Brusselse huisartsen geen gebruik maakt van de DMH-procedure vanwege onvoldoende kennis van het systeem gevolgd door de complexiteit van het papierwerk en tijdsgebrek[v]. Binnen het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bv. zijn er 19 verschillende gemeentes en zo ook 19 verschillende OCMW’s. Elk OCMW heeft eigen regels rond DMH waardoor er verschillen zijn in toekennen van medische waarborgen en terugbetaling van medicatie. Bevraging bij Antwerpse huisartsen toont dat naast de complexiteit van de procedure de hoge weigeringsgraad door het OCMW van Antwerpen een belemmering is voor het gebruik ervan. De coronacrisis veroorzaakt een

tijdelijke versoepeling van de administratieve vereisten en vereenvoudigt zo de toegang tot gezondheidszorg voor een kwetsbaar doelpubliek[vi].

Methode

Patiënten die onder het DMH-statuut vallen, krijgen via het OCMW terugbetaling van een deel van hun medische kosten. Het is voor huisartsen niet altijd eenvoudig om medicatie voor te schrijven aan deze specifieke doelgroep. Niet alle medicatie wordt terugbetaald door het OCMW en deze terugbetaling kan verschillen tussen de verschillende OCMW's. In semigestructureerde diepte interviews met een aantal Antwerpse huisartsen werd het voorschrijven van medicatie aan DMH-patiënten besproken. Kennen zij beperkingen in het aanbod en hoe gaan zij hier mee om? Wat zijn de struikelblokken en sterktes van het huidige beleid? Voor het opstellen van het interviewprotocol werd er gebaseerd op de gegevens van een gelijkaardig kwalitatief onderzoek dat uitgevoerd werd door huisarts Willocx S. in Brussel[vii]. Algemene informatie over de procedure DMH werd gevonden op de website van de verschillende overheidsinstanties. De belangrijkste bronnen van het literatuuronderzoek zijn het KCE-rapport rond Dringende Medische Hulp, het Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en Het Jaarboek Armoede en Sociale Uitsluiting 2018. De onderzoekspopulatie bevat een diverse groep Antwerpse huisartsen die bereid waren tot een interview, er waren geen exclusiecriteria. Via de Antwerpse huisartsenkringen en via persoonlijke contacten werden Antwerpse huisartsen gecontacteerd. Er werden 12 individuele interviews en 1 interview in groep afgenomen met in totaal 16 huisartsen tussen augustus en november 2019 tot geen nieuwe data verkregen werd. Nadien werd een medewerker van het OCMW Antwerpen bevraagd om ook hun visie toe te lichten. Vervolgens werden de interviews geanonimiseerd en woord voor woord neergeschreven. Om de data te coderen en analyseren werden enkele stappen doorlopen, grotendeels zoals wordt beschreven door Mortelmans[viii]. Als softwarepakket ter ondersteuning van de kwalitatieve data-analyse werd NVivo gebruikt.

Resultaten

Gebrek aan kennis en ervaring

Een deel van de bevraagde huisartsen zei geen of een gebrekkige kennis te hebben over de procedure DMH en dit niet te gebruiken. Enkelen bekenden dat zij prestaties of medicatie voorschrijven op naam van een begeleider met ziekteverzekering. Dit omdat het eenvoudiger is dan de omslachtige administratie die hoort bij een aanvraag DMH voor zowel arts als patiënt. Soms wordt er een forfaitair bedrag gevraagd voor een consultatie aan patiënten wiens DMH-aanvraag geweigerd werd. Een ander deel gaf aan dit principieel nooit te doen en bijgevolg liever gratis te werken voor deze patiënten. "*Voor die twintig euro per consult laat ik mij niet pakken. Als ze ooit controle doen, zullen ze aan mij geen kosten hebben gehad. Ik zie mijn patiënten gewoon dan pro bono. Maar ik heb dus wel die waarborg medische zorgen nodig voor de medicatie en voor onderzoek en verwijzingen naar het ziekenhuis en daar steek ik dan wel tijd in afhankelijk van hoe sterk dat de mensen zelf staan om dat in orde te brengen."*

Voorschrijfgedrag

Het merendeel van de bevraagde huisartsen kon niet met zekerheid benoemen welke medicatie door het Antwerpse OCMW terugbetaald wordt en welke niet. Zij schrijven alle medicatie voor die ze nodig achten en gaan ervan uit dat alle medicatie terugbetaald wordt door het OCMW. Een beperkt aandeel van de huisartsen was op de hoogte van de lopende regelgeving van het Antwerpse OCMW. Alle medicatie die volgens het RIZIV onder categorie A, B, C vallen worden terugbetaald, D-medicatie wordt niet terug betaald. Tenzij de arts een extra aanvraag doet door een attest te schrijven om te staven waarom de patiënt de medicatie nodig heeft vergezeld van een kostenraming. Dan kan het Antwerpse OCMW beslissen of er een goedkeuring is voor de terugbetaling van D-medicatie gedurende een bepaalde periode. Hierover legde een medewerker van het OCMW het volgende uit: *"Als een arts zegt, dit D-medicatie wil ik. Dan moeten wij weten wat gaat ons dat kosten, en voor welke periode is dat.*

*Ja we moeten ook iets aan de raad kunnen voorleggen he." "**Als dat niet veel kost, wat zeggen jullie dan?"** Dat hangt ervan af, iemand die dakloos is, ja oké dat nemen we er wel bij, of iemand die inwoont bij legale familie. Ge hebt familiale solidariteit. Dat mag ook wel hé wat familiale solidariteit. Dat is een afweging hé. Dus het is niet zo van dat wordt automatisch goedgekeurd of automatisch geweigerd."* Een groot deel van de artsen zegt op dezelfde manier voor te schrijven als voor patiënten binnen de reguliere ziekteverzekering. Gezien ze daar ook de afweging nemen hoeveel remgeld de patiënt ervoor zal moeten betalen.

Tabel 1 Benoemde problemen door Antwerpse huisartsen m.b.t. procedure DMH en mogelijke gevolgen ervan

PROBLEEM	GEVOLGEN
Gebrek aan kennis en ervaring over DMH	Voorschrijven van medicatie of prestatie op naam van begeleider met ziekteverzekering
	Forfaitair bedrag vragen aan patiënt zonder waarborg
	Gratis consultaties voeren
Andere zorg ➢ door moeilijkere toegang (hoge weigeringsgraad OCMW Antwerpen) ➢ specifieke patiëntenpopulatie (chronische stress, overlevingsmodus, slechte levensomstandigheden)	Minder stelselmatig preventieve zorgen aanbieden
	Uitstel diagnostiek
	Uitstel duurdere en/of chronische behandeling
	Minder voorschrijven *over the counter* medicatie
Werkdruk verschillende partijen	Administratieve last huisarts
	Hoge bezettingsgraad OCMW-medewerkers voor procedure DMH
	Hoge bewijslast patiënten

Andere zorg voor mensen zonder wettig verblijf

Verschillende Antwerpse huisartsen geven aan dat mensen zonder wettig verblijf met toegang tot gezondheidszorg via de DMH procedure op dezelfde manier worden behandeld als patiënten met een reguliere ziekteverzekering. *"Het probleem wordt bekeken op dezelfde manier. Enkel de afhandeling financieel is verschillend. Maar even goed, die wordt onderzocht. Er wordt misschien wel eens getwijfeld om een labo uit te stellen als een mutualiteit over 14 dagen in orde is."*

Wel zijn een aantal huisartsen zich er bewust van dat dit voornamelijk geldt voor de opvolging van chronische aandoeningen. Wat betreft preventieve zorgen geven zij toe dat zij dit minder frequent aanbieden aan mensen zonder wettig verblijf. *"Ik denk vooral dat mensen niet met preventie bezig zijn. Ze zijn in overlevingsfase. Die zijn niet bezig van ik moet zorgen dat ik binnen 10 jaar niet ziek word. Ik weet het, het is wel onze job om dat wel in het oog te houden. Maar echt zo actief screenen of bloed trekken ofzo, neen dat doe ik niet bij hen."* "*Een uitstrijkje doen is niet de meest efficiënte manier om zo iemand te helpen. Die mensen zijn wel met andere dingen bezig. Maar we doen dat te weinig in die populatie, dat gaat zeker minder zijn. Bij die mensen bij wie de aanvraag voor DMH geweigerd is doen we het eigenlijk niet. Ik heb nog geen uitstrijkjes gedaan en dan patiënten dat zelf laten betalen."* Hierin lijkt er wel een

verschil te zitten tussen praktijken die per prestatie werken en forfaitaire praktijken. Deze laatsten bieden dit vaker gestructureerd alle patiënten aan, waardoor ook aan diegenen die een medische waarborg hebben. Wel erkennen zij dat ze preventief onderzoek uitstellen of niet uitvoeren bij patiënten wiens aanvraag tot DMH geweigerd werd. Eén huisarts wees erop dat er bij het Antwerpse OCMW minder oog is voor preventieve gezondheidszorg*. "Kijk maar naar de attesten met een goedkeuring DMH voor één dag of één week, wat tegenstrijdig is met het feit dat de preventieve zorgen van een huisarts voor iemand gedurende maanden ook besparend kan werken."*

Zorguitstel gebeurt frequent bij de patiënten wiens DMH-aanvraag werd geweigerd. Verschillende huisartsen geven aan dat ze diagnostisch onderzoek, duurdere en chronische behandelingen uitstellen totdat de aanvraag DMH goedgekeurd is. Enkel medisch urgente zaken of goedkopere behandelingen worden niet uitgesteld. Hierover deed een OCMW-medewerker volgende uitspraak: "*Als er werkelijk een dringend medische consult nodig is, als de klant bv. zegt 'ik wil naar de huisarts, ik heb het geld er niet voor, maar ik geef bloed over', dan laat ge die mens geen 30 dagen wachten. Dan kunnen we altijd een 'dringend medisch consult' meegeven. Dat is een attest met een minimum duur van één dag en een maximum duur van drie dagen. Dus heel beperkt in tijd, maar toch om de klant verder te helpen in afwachting van het sociaal onderzoek."* In de patiëntenpopulatie wiens aanvraag voor DMH geweigerd werd is er geen twijfel dat zij slechtere zorg genieten. Bijvoorbeeld een patiënt die aan diabetes lijdt wordt onder behandeld omdat zij de kosten van duurdere therapie zoals insuline niet kunnen betalen. *"De verslechtering zit op twee niveaus hé. De verslechtering zit al één in de toegang en twee in de ziekmakende omstandigheden. Uw toegang is slecht, maar de situatie waar je in zit is ook ziekmakend onder chronische stress, slechte behuizing,..."* Een Antwerpse OCMW- medewerker bevestigde bovenstaande: "*De hulpverlening die we kunnen geven aan mensen zonder wettig verblijf is natuurlijk veel beperkter dan bij mensen met wettig verblijf. Daar zijt ge aan gebonden, dat is de regelgeving."*

Sterktes procedure DMH volgens Antwerpse huisartsen

Volgens het merendeel van de ondervraagde huisartsen is het systeem DMH op zich iets goed. Het werkt voor patiënten bij wie de aanvraag goedgekeurd wordt. De betaling door het OCMW verloopt correct. Eens patiënten een medische waarborg hebben en over deze eerste drempel heen zijn, loopt de verlenging hiervan gewoonlijk probleemloos, los van de administratie die hier bij hoort. "*Het zorgt voor meer papierwerk, het is altijd wel omslachtiger, maar eens dat ze dat statuut hebben −want dat is vaak het moeilijkste− gaat dat doorgaans vlot."* Wat ook als positief wordt ervaren is het kiezen van een vaste huisarts door de patiënt.

Zwaktes procedure DMH volgens Antwerpse huisartsen

Weigeringen

Het hoofdzakelijke probleem voor patiënten zonder wettig verblijf in Antwerpen is het grote aantal weigeringen van DMH-aanvragen. "*Het hoofdprobleem voor mij zit hem niet in de procedure. Het hoofdprobleem zit hem in de toegang dus de weigeringen dat is hetgeen waar dat ik eigenlijk wel de wubbes van krijg."* Een OCMW-medewerker bevestigde dat 40% van de aanvragen voor DMH worden geweigerd door het Antwerpse OCMW. Dit werd door het merendeel van de bevraagde huisartsen als belangrijkste hindernis gezien in het gebruik van de DMH-procedure*. "Ge doet alles wat in uw mogelijkheden is en ge steekt daar heel veel energie in, heel veel frustrerende energie. Dat ge het op papier schrijft zodat het een juridisch verhaal wordt, in plaats van een zorgend verhaal. 'Deze patiënt heeft nood aan' en 'deze medicatie mag nooit onderbroken worden', dan begin je zo'n attesten te schrijven."* De weigeringsgraad in Antwerpen is zeer hoog in vergelijking met de stad Gent. In 2017 werden daar werden 6470 aanvragen voor DMH ingediend waarvan er 319 geweigerd werden wat neerkomt op minder dan 5% weigeringen [ix].

Tabel 2 Facilitators en barrières bij gebruik DMH-procedure, perceptie van Antwerpse huisartsen

FACILITATORS	Correcte betaling door OCMW
	Werkt goed bij goedgekeurde DMH-aanvragen
	Verlenging medische waarborg verloopt doorgaans goed
	Kiezen van vaste huisarts door patiënt
BARRIERES	Hoog aantal weigeringen DMH-aanvraag (40%)
	Onvoorspelbaarheid OCMW Antwerpen
	OCMW als controlerende organisatie
	Te strenge regelgeving sociaal onderzoek
	Gebruik medische informatie tijdens onderzoek naar behoeftigheid

Onvoorspelbaarheid

Er heerst onduidelijkheid wat de redenen voor weigeringen van de DMH-aanvraag zijn. Een deel van de huisartsen pleit ervoor dat er hierover meer transparante communicatie komt voor de patiënt en diens behandelende arts− als de patiënt de info wilt delen. "*Het probleem is dat het zo onvoorspelbaar is bij wie de aanvraag zal worden goedgekeurd. En ik weet niet waar dat die onvoorspelbaarheid van afhangt."* Een OCMW-medewerker vertelde hier het volgende over: *"We werken niet echt witzwart. Dat niet. We bekijken dat dossier individueel per klant. Wat we voor de ene klant soms toestaan, en voor de andere niet. Dat is geen willekeur. Maar iemand die met een legale partner woont of iemand dat met een illegale partner woont. Dat zijn twee grote verschillen. En zo bekijken we dat dus. Een andere doelgroep die ook hier zit zijn mensen waarvan mama en papa illegalen zijn en een legaal kindje hebben. Dan wordt er steun gegeven op basis van het legale kind. Dat zijn afwijkingen die het OCMW instelt om het legale kind toch een menswaardig bestaan te laten leiden. Maar ge kunt dus geen steun geven op naam van de mama want de mama is illegaal en een illegaal heeft geen recht op DMH, euhm, heeft geen recht op financiële hulpverlening. Zodra de mama papieren heeft, schuiven we het dossier door naar de wijk."* De boodschap bij een negatieve beslissing is heel kort bv. 'onvoldoende medewerking sociaal onderzoek' zonder te vermelden bij welk aspect van het onderzoek de patiënt niet heeft meegewerkt. Een ander genoemd voorbeeld als reden voor weigering is *"U toont uw behoeftigheid en medische nood niet aan. Hierdoor kunnen we u geen medische waarborg verlenen. U kan gebruik maken van Dokters van de Wereld en Kind en Gezin inzake opvolging voor de kinderen."* Het OCMW is niet bevoegd om te beslissen over medische nood, het attest geschreven door een arts is hiervoor het gevraagde bewijsstuk door de POD MI (Programmatorische Overheidsdienst voor Maatschappelijke Integratie). Uit dergelijke negatieve beslissingsbrief van het OCMW lijkt dat een doorverwijzing naar Dokters van de Wereld of Kind en Gezin als alternatief wordt gezien van het toekennen van een medische waarborg. Daarentegen is Dokters van de Wereld een ngo die opkomt voor het universele recht op gezondheid *"En als de DMH-aanvraag door jullie niet goedgekeurd wordt, dan is het eerste consult een gratis consult?" "Dan zou het een gratis consult zijn ja. Maar daarom ook dat vele mensen eerst langs Dokters van de Wereld passeren, of WGC 't Spoor. Waar er gratis consulten eigenlijk zijn."* Uit deze uitspraak van een OCMW-medewerker blijkt dat het Antwerpse OCMW ervan uitgaat dat wijkgezondheidscentra gratis werken. Een huisarts die werkt in één van de Antwerpse wijkgezondheidscentra gaf aan dat zij naar schatting 20% van hun werktijd investeren in patiënten waarbij de DMH-aanvraag geweigerd werd. Wat dan in feite vrijwilligerswerk is. Ook huisartsen die per prestatie werken vertelden dat ze regelmatig gratis consulten voeren in deze populatie. Vaak worden de patiënten waarbij

een DMH-aanvraag geweigerd werd, door de huisarts verwezen naar Dokters van de Wereld. In 2017 heeft Dokters van de Wereld Antwerpen 1.166 patiënten opgevolgd in 4.954 (para)medische, psychologische en sociale consultaties (iv).

OCMW als controlerende organisatie

Een huisarts vermeldde een gebrek aan vertrouwen van het Antwerpse OCMW naar huisartsen toe. "*Dat is het probleem, ik zou graag samenwerken zodat we samen kunnen zoeken wat beste is voor de patiënt. Maar door deze houding van het OCMW zorgt ge da ge geen partners meer zijt, maar da ge tegenstanders wordt. En dat het bijna is alsof ik de advocaat ben van de patiënt, terwijl ik eigenlijk die rol niet op mij wil krijgen."* Nog een andere huisarts vernoemde dit: *"De procedure van het OCMW is een beetje te strikt en te bureaucratisch en niet alle mensen kunnen er aan beantwoorden. Of hebben de moed om dat allemaal goed regelen. Maar enfin er bestaan wel mensen die daar in helpen hoor. Sociale centra doen wel dikwijls hun best. Ik denk wel dat wat meer goed tegenover de asielzoekers zeker welkom zou zijn. Van alle kanten."* Onafhankelijk van de vorige uitspraken meldde een andere huisarts dat er ook een gebrek aan vertrouwen is van het OCMW t.o.v. de patiënt: "*Die krijgen denk ik wel een sociale assistent toegewezen maar omdat die zich meer opstellen als een controlerende organisatie is die band, niet een typische hulpverlenersband met veel wederzijds vertrouwen. Dan is dat eerder een bureaucratische of controlerende band."*

Te strenge regelgeving

Dat het Antwerpse OCMW een te strenge regelgeving hanteert werd regelmatig benoemd. ***"****Sinds dat het eerste NVA-bestuur hier gekomen is. Dat hebt ge wel gezien, dat het OCMW striktere richtlijnen heeft gehanteerd en mensen veel meer selecteert. Dus dat die elke keer opnieuw een aanvraag moeten doen om de zoveel maanden."* Een andere belemmering in de Antwerpse procedure is het ophalen van een stempel bij het OCMW −tijdens de openingsuren− op het voorschrift voordat de patiënt zijn medicatie kan afhalen bij de apotheker. Dit zorgt voor onnodig oponthoud. Een OCMW-medewerker reageerde hier het volgende op: "*Wij moeten bewijsstukken verzamelen voor de PODMI, en ieder OCMW kan daar zijn eigen invulling aan geven hoe hij die bewijsstukken verzamelt. Wij willen ook zien van dat is de medicatie die is afgeschreven op basis van de waarborg-attest. Dat is een bewijs dat wij als OCMW akkoord waren om dat te betalen. Maar het is wel zo als dat op een vrijdagavond is, dan zit daar een heel weekend tussen. Die eerste kost is er wel. Sommige apothekers geven het gratis mee, andere niet. Stel dat ze het bij de apotheker moeten betalen, dan kan hij wel –als hij dat ticket achteraf nog heeft– een afzonderlijke aanvraag indienen. Dat kan dan wel teruggevorderd worden. Ook wel omgekeerd. Als die om 9u bij ons was en om 9u15 naar de apotheker gaat zonder hier te passeren."*

Ook heerst er een vermoeden dat het Antwerpse OCMW zich baseert op autonoom extra ingevoerde maatregelen −die niet volgens de wet vastgelegd zijn− om DMH-aanvragen te weigeren. Een huisarts legde het voorbeeld uit van weigering DMH omwille van een eerder geweigerde medische regularisatie (9ter). *"We hebben een aantal patiënten gehad bij wie de procedure 9ter geweigerd werd. Daarop zegt het OCMW 'ah dus ge hebt geen medisch probleem, dus we betalen u niet terug'. Maar dat klopt helemaal niet, want DMH is elke hulp terwijl een medische regularisatie hulp is die niet beschikbaar is in uw land van herkomst. Bijvoorbeeld in Marokko is −zij het dat dat in praktijk niet zo is maar in theorie− alles beschikbaar. Ze hebben daar dialyse, ze hebben daar chemo, mensen moeten daar misschien voor betalen ofzo maar onze overheid zegt 'da's daar beschikbaar'. Dus iemand met een kankerbehandeling gaat nooit die regularisatie krijgen ook al probeert die dat, maar die behandeling valt wel onder de DMH. Dus daar heb ik al wel wat problemen mee gehad. Weigering om absurde reden."*

Daarnaast hebben verschillende huisartsen de indruk dat er een tendens is om zeer korte waarborgen te schrijven. "*Het is wel zo dat ik mij herinner van een aantal jaar geleden dat die aanvragen toen voor drie maanden, zes maanden tot een jaar waren. Terwijl dat je nu toch*

soms goedkeuringen hebt van twee weken." Een ander voorbeeld is het goedkeuren van de medische waarborg voor 6 maanden maar het meegeven van een waarborgattest dat slechts één maand geldig is. Hierdoor moet de patiënt zich elke maand aanmelden bij het OCMW voor een nieuw attest dat slechts weer één maand geldig is.

Gebruik medische informatie bij onderzoek naar behoeftigheid

Verder vraagt het Antwerpse OCMW voor een verlenging van de medische waarborg op voorhand een schatting te maken hoeveel iemand gaat ziek worden, hoe vaak dat ze op consultatie gaan komen, hoeveel dringende opnames, hoeveel verwijzingen naar specialisten en voor hoe lang de medische waarborg noodzakelijk is. "*Elke keer als ik een nieuw papier moet invullen voor verlenging van DMH en ik moet dan verantwoorden waarom. Ja dan schrijf ik daar gewoon bij "dit is een kind". Omdat ik dat gewoon nonsens vind dat ik moet verantwoorden waarom. Ge kunt toch niet weten waarom dat die op consultatie zouden moeten komen."* Een andere reactie hierop was: "*Misschien moeten we dat ook wel begrijpen van het OCMW? Van gaat dat hier fameus de pan uit swingen of niet?"*

Het vragen van een kostenraming van de zorgen die een patiënt nodig zal hebben gebeurt door het Antwerpse OCMW om tijdens het sociaal onderzoek de behoeftigheid van de patiënt hieraan af te wegen. Zodoende hebben chronische aandoeningen een betere kans op positieve beslissing, echter wordt op die manier preventieve zorg benadeeld. Twee huisartsen gaven afzonderlijk hetzelfde voorbeeld dat een patiënt in het verleden een zeer dure behandeling tegen hepatitis C gekregen hebben via de DMH-procedure maar dat dezelfde patiënten later geen goedkeuring voor DMH meer verkreeg voor goedkopere behandelingen van bv. schurft of voor een puffer en doorverwijzing naar een specialist. Hiervoor wordt er ook van een arts verwacht zijn medisch beroepsgeheim te breken in de hoop meer kans te hebben op een positieve beslissing. De redenering van het OCMW hierover volgt in volgende paragraaf:

"Dus ik ga het even overlopen: ze melden zich hier aan, dan zijn er een aantal zaken die jullie vragen, dan leggen jullie een huisbezoek vast." "*Ze krijgen dan ook een bepaalde termijn voor zaken die we vragen, binnen te brengen. Dus als iemand zegt: 'ik ben illegaal maar ik woon bij een legale partner', dan vragen we ook de inkomsten van de legale partner op. Zegt iemand 'ik ben illegaal, ik werk niet zwart maar ik overleef door de steun van vrienden', dan vragen we verklaringen op om dit verhaal te ondersteunen. Dat vragen we wel. Een huurcontract als dat er is. Een identificatiebewijs moeten ze ook altijd kunnen voorleggen. En dan gewoon het document van de arts −als dat er al is− dat er een dringende medische nood is. Wij moeten niet weten wat die dringende medische nood is, een arts attesteert dus gewoon dat er een dringende medische nood is. Dat is voldoende." "****Dat maakt dus niet uit wat er op het formulier staat? Want er zijn bepaalde aandoeningen die veel duurder zijn?" ****"Het kan helpen! Ale ja, nu wij doen dus niet moeilijk. Totaal dus niet. Een arts zegt er is dringende medische nood. Maar zoals u zelf zegt bepaalde aandoeningen zijn veel duurder. Veronderstel iemand is illegaal en woont bij zijn legale partner in. En die heeft 1800 euro inkomsten, dan kunt u zeggen voor een doktersconsult –want we werken volgens het normsysteem, boven dat bedrag wordt een waarborg eigenlijk geweigerd- Een norm voor 2 personen is €1254. Boven dat bedrag wordt er dus geweigerd. Maar dan moet ge weer een afweging maken. €1254, één consult van de huisarts, moet daar dus. Aleja of €1800 –ge zit er dus boven– één consult van de huisarts moet daar van af kunnen. Dat is onderhoudsplicht tussen partners. Maar iemand dat in behandeling is bij tropisch instituut, medicatie +/- tussen €800 en €1000 per maand. Dan kunt ge wel niet zeggen van hij zit er wel boven, €1800 min €1000 aan medicatie blijft er maar €800 over om te leven. Dan kunt ge wel een afweging vragen. En meestal is dat. En daarvoor wordt er niet specifiek vermeld… maar gewoon betrokkene is in behandeling bij tropisch instituut. Dan weet ge ook van, aleja, het zal die richting uitgaan."*

Werkdruk OCMW

Niet alleen de bevraagde huisartsen maar ook de OCMW-medewerker getuigde dat de DMH-procedure een administratieve last met zich meebrengt. Het Antwerpse OCMW telt op moment van het interview 16 maatschappelijk werkers (of 13,75 voltijds equivalenten) die bijna

uitsluitend werken om na te gaan of patiënten zonder wettig verblijf met een DMH-aanvraag op het Antwerpse grondgebied verblijven en behoeftig zijn om vervolgens hiervoor voldoende bewijsstukken te verzamelen voor de POD MI. Een OCMW-medewerker getuigd het volgende: "*En daar komen we dan terug uit op de administratie, het is een noodzakelijk kwaad. Het zou voor ons ook veel gemakkelijker zijn. Een huisarts schrijft zijn attest voor, DMH, opvolging noodzakelijk. Nu moet dat 1x om de 6 maanden gebeuren bij de verlenging van dat dossier. Waarom kan dat niet voor een jaar? Ge moet dat nu ook niet voor 5 jaar pakken. Het bespaart den huisarts werk, het bespaart de klant werk, het bespaart ons administratief werk. Dat kan allemaal eenvoudiger. Zijn de huisbezoeken eigenlijk altijd noodzakelijk? Een huisbezoek moet om de 6 maanden opnieuw gebeuren. Ale ja, ok voor die eerste keer. Maar moet dat elke 6 maanden opnieuw?"*

Bespreking

De vereisten van het sociaal onderzoek zijn voor patiënten zonder wettig verblijf complex en voor hen is er een enorme bewijslast. Het merendeel van de huisartsen vraagt duidelijke informatie die online terug te vinden is over de juiste werking van de procedure en de regelgeving van het Antwerpse OCMW. Ook een formularium dat gebruikt kan worden bij het voorschrijven van medicatie werd vernoemd als hulpmiddel. Verder zou het duidelijker en eenvoudiger zijn als de medische waarborgen en bijhorende termijn elektronisch zichtbaar zijn voor de arts. Hiervoor werd een programma 'Mediprima' uitgerold, maar het kan nog niet door huisartsen gebruikt worden. Hiernaast kwam de vraag voor meer transparantie over weigeringen door het Antwerpse OCMW. Verder is het incorrect dat het OCMW Antwerpen van een maatschappelijk werker verwacht een inschatting te maken voor welke klachten een attest 'dringend medisch consult' vereist is. Hiervoor moet men over meer medische kennis beschikken.
Deze studie geeft weer hoe 15 Antwerpse artsen denken over de procedure DMH en is niet representatief voor Belgische artsen. De selectie van de artsen werd enkel gebaseerd op de bereidheid van de artsen om mee te werken aan het onderzoek. Verder werd de analyse gevoerd door dezelfde huisarts die de interviews afnam. Met diens perceptie over de problematiek en eigen waarden en normen. Het onderzoek toont de impact van de grote autonomie van een OCMW binnen het sociaal onderzoek noodzakelijk voor de procedure DMH. Meer bepaald hoe strikt het Antwerpse OCMW dit interpreteert en welke gevolgen dit heeft voor het gebruik –of in de meerderheid van de gevallen niet kunnen gebruiken– van de procedure DMH door Antwerpse huisartsen. Het gevolg hiervan is dat Antwerpse huisartsen of gratis consulten voeren, of onwettig een bedrag voor de consultatie vragen of onwettig medicatie en prestaties op naam van een verzekerde begeleider schrijven. De belangrijkste repercussie van de hoge weigeringsgraad is de nefaste moeilijke toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf die in Antwerpen wonen.

Besluit

Toegang tot gezondheidszorg is een basisrecht. Echter is de procedure van DMH omslachtig voor alle partijen, wordt het als een administratieve last ervaren door hulpverleners en OCMW-medewerker én veroorzaakt het zorguitstel en een beperkte toegang tot gezondheidszorg in een kwetsbare bevolkingsgroep. De autonomie van elk OCMW op vlak van het sociaal onderzoek leidt tot toestanden van ongelijkheid in België. Het merendeel van de bevraagde Antwerpse huisartsen bekritiseert de strenge regelgeving die het Antwerpse OCMW momenteel aanwendt bij de aanvragen voor DMH door mensen zonder wettig verblijf. Dit heeft in Antwerpen een hoge weigeringsgraad van 40% tot gevolg. Laten we hopen dat ook in dit domein er na de Corona-crisis enkele zaken grondig herbekeken zullen worden.

Extra achtergrond

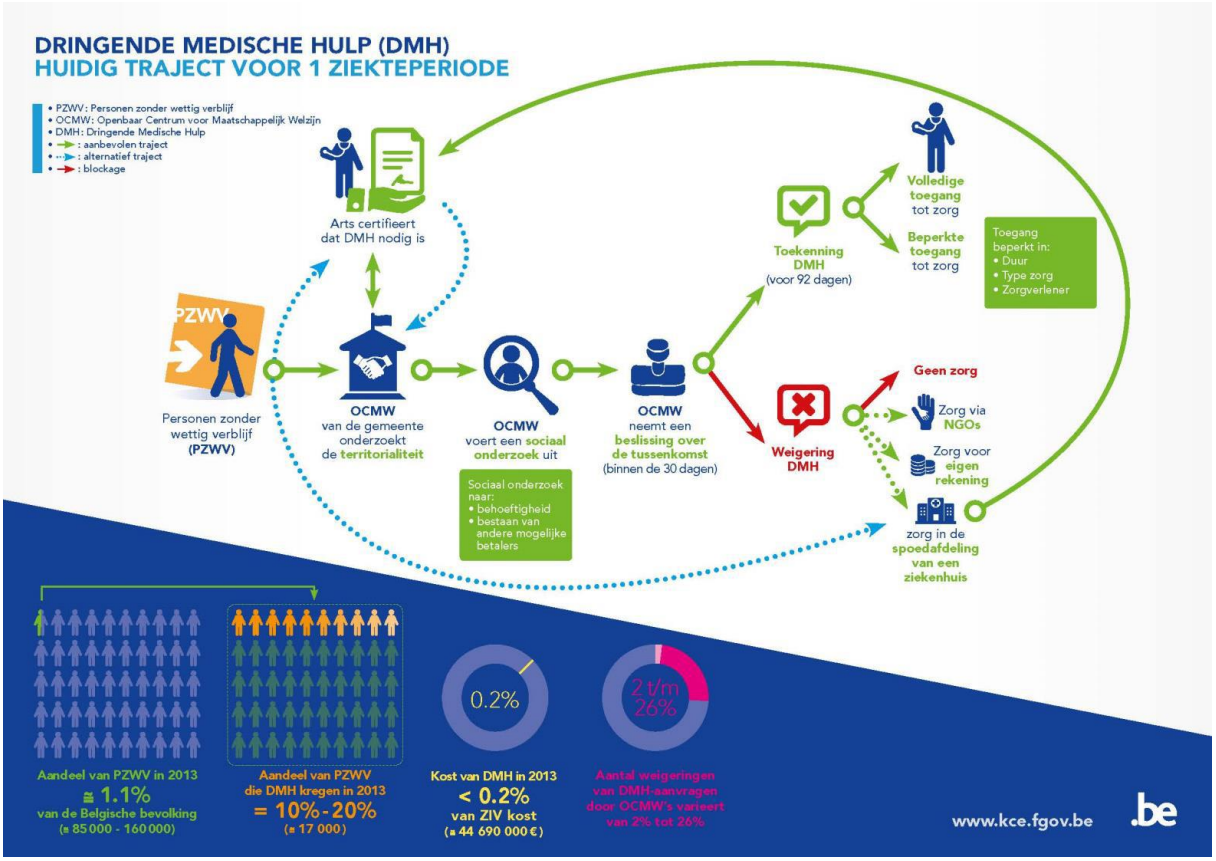
Er zijn 3 bijzondere voorwaarden voor dringende medische hulp (DMH, Koninklijk Besluit van 12/12/1996):

- Je verblijft onwettig in België
- Je bent behoeftig
- Je hebt een medisch attest 'dringende medische hulp' geschreven door een arts

Mensen zonder wettig verblijf, ook vaak ‘mensen zonder papieren’ genoemd, beschikken niet over geldige documenten om op het grondgebied van het land te mogen verblijven. Ze mogen niet worden verward met asielzoekers en vluchtelingen, die wel een tijdelijke of definitieve verblijfsvergunning hebben.

Na een sociaal onderzoek kent het territoriaal bevoegde OCMW een medische waarborg toe. Deze toekenning garandeert aan de zorgverstrekker een terugbetaling voor verstrekte hulp. De hulpverlener stuurt zijn factuur naar het OCMW en die betaalt de hulpverlener alle kosten waarvoor een RIZIV-nomenclatuur bestaat. Het OCMW vordert deze kosten op zijn beurt terug van de POD MI. Ook is er een terugbetaling voorzien voor alle door het RIZIV terugbetaalde medicatie. Vervolgens kan elk OCMW op eigen initiatief beslissen om ook nog andere medicatie of hulpmiddelen terug te betalen.

De procedure DMH staat los van ‘medische regularisatie’ (9ter). Dit laatste is het toekennen van asiel omwille van het niet beschikbaar of toegankelijk zijn van een medische behandeling in land van herkomst.



Figuur 1 - Procedure van Dringende Medische Hulp (uit het KCE-rapport 2015iii)

[i] Agentschap voor integratie en inburgering. Mensen zonder wettig verblijf. Available from: http://www.agii.be/thema/bijzondere-groepen/mensen-zonder-wettig-verblijf (geraadpleegd op 07/04/2020)

[ii] Agentschap voor integratie en inburgering. Wat is dringende medische hulp? (DMH). Available from: https://www.agii.be/thema/sociaal-medisch/ocmw-steun/dringende-medische-hulp-dmh/wat-is-dringende-medische-hulp (geraadpleegd op 07/04/2020)

[iii] 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)

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

[v] 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.

[vi] Agentschap voor integratie en inburgering. De impact van de covid-19 pandemie op de rechtspositie van vreemdelingen. Available from: https://www.agii.be/nieuws/de-impact-van-de-covid-19-pandemie-op-de-rechtspositie-van-vreemdelingen#vijftienpuntvier (geraadpleegd op 07/04/2020)

[vii] Willocx S. Hoeveel kost een paracetamol? Hoe schrijven Brusselse huisartsen voor aan DMH-patiënten? Manama-thesis huisartsgeneeskunde, 2019.

[viii] Mortelmans D. Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden. Acco België; 2013.

[ix] Persoonlijke communicatie Andries A. met OCMW Gent, 24 september 2018.