

29 okt 2019 -06:48

Voorstellen voor een meer gelijke toegang tot gezondheidszorg voor asielzoekers

Elke migrant die op Belgisch grondgebied aankomt en asiel aanvraagt, krijgt voor de duur van de procedure automatisch toegang tot gezondheidszorg. Verschillende Belgische en internationale rapporten wijzen er echter op dat de toegang tot deze zorg niet voor alle asielzoekers gelijk is. Hierdoor schiet België tekort in het naleven van de internationale verdragen die het mee ondertekende. Aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) werd gevraagd hoe aan deze situatie kan worden verholpen. De kern van het probleem is dat de financiering van deze gezondheidszorg afhangt van de verblijfplaats van de asielzoeker. Het KCE stelt voor om de zorgtoegang te vereenvoudigen door alles in één algemene enveloppe onder te brengen. Maar wie zal deze enveloppe beheren? De verschillende opties werden door het KCE bestudeerd, maar het is nu aan de beleidsmakers om een beslissing te nemen.

Elke migrant die op Belgisch grondgebied aankomt en asiel aanvraagt, ontvangt automatisch 'materiële hulp', die kost en inwoning omvat voor de duurtijd van de procedure. Deze bescherming, die wordt geregeld door internationale verdragen die België mee ondertekende, voorziet ook gezondheidszorg. Uit verschillende Belgische en internationale rapporten blijkt echter dat de organisatie van deze gezondheidszorg in ons land ongelijk en onvoldoende efficiënt is.

Het KCE onderzocht de huidige situatie en formuleert nu voorstellen voor meer gelijkheid op gebied van administratieve toegang. Ze zijn hoofdzakelijk gebaseerd op een bevraging van alle actoren die betrokken zijn bij de zorg voor asielzoekers¹.

Over hoeveel mensen gaat het?

Volgens cijfers van de Dienst voor Vreemdelingenzaken schommelt het aantal asielzoekers tussen de 20 en 25.000 mensen per jaar, en ongeveer de helft van hen krijgt een positief advies. In theorie moeten ze binnen de 6 maanden uitspraak krijgen. Als hun aanvraag wordt aanvaard, moeten ze zich inschrijven bij een ziekenfonds en stappen ze op die manier in het reguliere zorgcircuit.

In 2018 waren asielzoekers voornamelijk afkomstig uit Syrië, Palestina en Afghanistan. De belangrijkste landen van herkomst van de niet-begeleide minderjarige vreemdelingen waren Afghanistan, Guinea en Eritrea.

Een zorgtoegang die afhangt van de verblijfplaats

Een analyse van de huidige situatie wijst op een aantal obstakels voor een gelijke zorgtoegang, die voornamelijk administratief zijn. De belangrijkste belemmering is dat de toegang varieert naargelang de verblijfplaats van de asielzoeker. Binnen de collectieve opvangcentra verlenen verpleegkundigen, die samenwerken met huisartsen en ambulante psychologen, het grootste deel van de eerstelijnszorg. Deze zorgverleners worden allemaal betaald door Fedasil.

Aan de andere kant zijn er de lokale opvanginitiatieven, waarbij asielzoekers vooral in individuele woningen verblijven, die meestal door de lokale OCMW's worden beheerd. Als asielzoekers dan een zorgverlener willen raadplegen, moeten de OCMW's daarvoor toestemming geven. In collectieve

opvangcentra worden tandextracties, kinderbrillen, babymelk en sommige geneesmiddelen zoals pijnstillers of maagzuurremmers ook vergoed, terwijl OCMW's zelf beslissen of ze deze zorg terugbetalen. Als ze dat doen, moeten ze hiervoor hun eigen budget aanspreken.

Voor gespecialiseerde zorg is de situatie nog complexer, en voor niet-begeleide minderjarige asielzoekers is er nog een ander systeem in voege. Deze verschillen in behandeling zijn voornamelijk te wijten aan het feit dat de zorg via de OCMW's niet door Fedasil wordt betaald, maar door de POD Maatschappelijke Integratie, en deze twee instellingen werken niet volgens dezelfde principes. Het naast elkaar bestaan van deze parallelle systemen zorgt voor een complexiteit waarin noch de asielzoekers, noch zelfs de zorgverleners gemakkelijk hun weg vinden.

Drie basisprincipes

Alle actoren die betrokken zijn bij de opvang van en zorg voor asielzoekers werden uitgenodigd om samen na te denken over mogelijke verbeteringen, in een reeks bijeenkomsten en via een online enquête. Drie basisprincipes lopen door het hele proces heen: 1) de Opvangwet van 2007 voorziet 'materiële hulp' voor asielzoekers, maar bepaalt ook dat rekening moet worden gehouden met hun specifieke behoeften, vooral voor degenen die als kwetsbaar worden beschouwd, 2) hun toegang tot gezondheidszorg mag niet afhangen van hun statuut of verblijfplaats, en er mag geen onderlinge ongelijkheid zijn, 3) de hervorming van de huidige organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers moet zorgen voor vereenvoudiging.

Dit laatste punt komt ook overeen met de huidige wil van de beleidsmakers binnen de gezondheidszorg, die de verschillende bevolkingsgroepen zoveel mogelijk willen samenbrengen in de verplichte ziekteverzekering. Op die manier wordt vermeden dat verschillende parallelle systemen voor kleine bevolkingsgroepen naast elkaar bestaan (zie ook KCE Report 293 over de gezondheidszorg in gevangnissen).

Een globale enveloppe?

Het KCE stelt in het algemeen voor om de financiering van de gezondheidszorg voor alle asielzoekers op te nemen in een globale enveloppe, die ook diensten voor preventie, gezondheidspromotie en -ondersteuning (vertalers, vervoer, enz.) omvat. Bij gebrek aan volledige gegevens was het niet mogelijk om de budgettaire impact van deze hervorming te berekenen. Gezien het aantal betrokken personen en de korte duur van hun zorg, kan echter worden aangenomen dat deze financieel haalbaar zou zijn.

RIZIV of Fedasil?

De hamvraag is natuurlijk hoe deze financiële enveloppe moet worden verdeeld. In grote lijnen komen er twee opties naar voren: ofwel worden alle asielzoekers gedekt door de verplichte ziekteverzekering, ofwel wordt hun zorg centraal beheerd door Fedasil. Het rapport analyseert de voor- en nadelen van deze opties met enkele varianten, evenals de voorwaarden voor hun implementatie. Daarnaast worden enkele "quick wins" bekeken die de huidige situatie al op bepaalde punten kunnen verbeteren, zonder echter iets fundamenteels te veranderen.

Voor de praktische invoering lijken alle opties haalbaar, maar sommige vereisen meer ingrijpende organisatorische hervormingen en andere meer technische investeringen. De impact op de werklust van de betrokken diensten werd in alle gevallen haalbaar bevonden. De bal ligt nu in het kamp van de beleidsmakers.

1) Sinds maart 2018 is de officiële benaming 'verzoek tot internationale bescherming'.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e
verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Verantwoordelijke communicatie en P&O
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be