

SYNTHESE

ASIELZOEKERS: OPTIES VOOR EEN MEER GELIJKE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG. EEN STAKEHOLDERBEVRAGING



SYNTHESE

ASIELZOEKERS: OPTIES VOOR EEN MEER GELIJKE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG. EEN STAKEHOLDERBEVRAGING

MARIE DAUVRIN, JENS DETOLLENAERE, CHRIS DE LAET, DOMINIQUE ROBERFROID, IRM VINCK



■ VOORWOORD

De zogeheten 'problematiek' van migranten en asielzoekers is bij uitstek een politieke kwestie, met menselijke, filosofische, antropologische, ethische, maar ook economische en budgettaire uitdagingen. Deze aspecten behoren niet in eerste instantie tot de onderzoeksdomeinen van het KCE; ze vergen ook vaardigheden waarover wij in onze organisatie niet specifiek beschikken. Het is daarom met de grootste bescheidenheid dat we dit gevoelige vraagstuk, dat een impact heeft op iedereen voor wie ons grondgebied een (soms tijdelijke) opvangplaats kan worden, hebben aangepakt. Onze bescheidenheid komt op twee manieren tot uiting. Allereerst door het soort onderzoeksvraag dat we hebben gesteld. Het doel was om scenario's voor te stellen voor een gelijke zorgtoegang voor alle asielzoekers. Dit recht verschilt momenteel namelijk in ons land, want het hangt af van de 'toegangspoort' en het opvangsysteem. Nochtans moeten, om tot meer gelijkheid te komen, mensen met dezelfde nood op gelijke manier worden behandeld, zodat alle personen in dezelfde situatie dezelfde rechten krijgen. Ten tweede was onze ambitie eerder beperkt, omdat we onze scenario's niet hebben gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, wat nochtans onze gewoonte is. We baseerden ons namelijk enkel op stakeholderbevraging, en ontwikkelden hieruit de voor de stakeholders meest haalbare scenario's. Een kleine stap voor de asielzoekers, maar wel een heel belangrijke, omdat het een noodzakelijke voorwaarde is voor een gelijke medische zorg. Meer dan ooit ligt de bal nu in het kamp van de politici, en we moeten nogmaals erkennen dat hun taak niet eenvoudig is.

Marijke EYSEN
Adjunct Algemeen Directeur a.i.

Christian LÉONARD
Algemeen Directeur a.i.



■ SYNTHESE

INHOUDSTAFEL

1.	INLEIDING.....	6
1.1.	CONTEXT.....	6
1.2.	ONDERZOEKSVRAGEN	7
1.3.	GEBRUIKTE METHODEN	8
2.	HUIDIGE ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG VOOR ASIELZOEKERS IN BELGIE.....	9
2.1.	DE PROCEDURE VAN INTERNATIONALE BESCHERMING.....	9
2.2.	ASIELZOEKERS IN BELGIË	12
2.2.1.	Aantal asielzoekers	12
2.2.2.	Gezondheidstoestand van asielzoekers	13
2.3.	HET OPVANGNETWERK EN DE WIJZE VAN ZORGVERLENING	13
2.3.1.	De collectieve opvangcentra	16
2.3.2.	De lokale opvanginitiatieven (LOI)	16
2.3.3.	Personen met code 207 “No show”	17
2.3.4.	Niet-begeleide minderjarige vluchtelingen (NBMV)	17
2.4.	WELKE ZORG WORDT GEDEKT?	17
2.5.	KOSTEN VAN DE ZORG AAN ASIELZOEKERS	20
3.	DE HUIDIGE ORGANISATORISCHE PROBLEMEN, GEMELD DOOR STAKEHOLDERS	21
3.1.	MICRONIVEAU	21
3.1.1.	Ongelijkheid bij de toegang tot zorg.....	21
3.1.2.	Ongelijke behandeling.....	23
3.1.3.	Ongelijkheid in gezondheidsuitkomsten.....	24
3.1.4.	Overige problemen.....	24



3.2.	MESONIVEAU.....	24
3.2.1.	Systeem niet transparant voor externe zorgverleners	24
3.2.2.	Gebrek aan gekwalificeerde zorgverleners voor de specifieke zorg aan asielzoekers	25
3.2.3.	Verloop van zorgverleners	25
3.2.4.	Weerstand en/of overbelasting van zorgverleners	25
3.2.5.	Problemen in de communicatie tussen actoren binnen en tussen opvangplaatsen.....	26
3.2.6.	Gebrek aan passende informatie voor asielzoekers.....	26
3.3.	MACRONIVEAU	26
3.3.1.	Gebrek aan coördinatie en samenwerking	26
3.3.2.	Gebrek aan opvolging	26
3.3.3.	Gebrek aan transparantie over de gezondheidsuitgaven	27
3.3.4.	Gebrek aan administratieve ondersteuning	27
3.4.	SPECIFIEKE PROBLEMEN BIJ NBMV	27
3.4.1.	Tekort aan voogden	27
3.4.2.	Moeilijkheden om de voorwaarden voor toegang tot de verplichte ziekteverzekering te respecteren	27
3.4.3.	Niet altijd dekking door het ziekenfonds voor NBMV	28
3.5.	BIJZONDER PROBLEEM VAN DE GESLOTEN OPVANGCENTRA.....	28
3.6.	BIJZONDER PROBLEEM VAN HET “MEDISCH TOERISME”	28
4.	OPTIES OM DE ZORGTOEGANG VOOR ASIELZOEKERS MEER GELIJK TE MAKEN: RESULTAAT VAN DE STAKEHOLDERBEVRAGING.....	29
4.1.	FINANCIERING VAN DE ZORG	30
4.1.1.	Optie 1: Het RIZIV financiert en de ziekenfondsen verdelen de financiële middelen = integratie van asielzoekers in de Belgische verplichte ziekteverzekering	30
4.1.2.	Optie 2: Fedasil financiert en neemt de rol op van verdeler voor alle asielzoekers	32



4.1.3.	Optie 3: De huidige actoren verdelen de financiële middelen, administratie door MediPrima en recht op zorg gedekt door de ziekteverzekering.....	34
4.2.	BELEID VAN HET SYSTEEM ('GOVERNANCE')	34
4.2.1.	Optie 1: Fedasil stuurt de gezondheidszorg voor asielzoekers aan	35
4.2.2.	Optie 2: Het beleid van het systeem wordt toevertrouwd aan een strategisch comité	35
4.3.	MOGELIJKE VERBETERINGEN AAN HET HUIDIGE SYSTEEM DIE SNEL KUNNEN GEBEUREN ('QUICK WINS').....	37
4.3.1.	'Quick wins' op macroniveau.....	37
4.3.2.	'Quick wins' op OCMW-niveau.....	38
4.3.3.	'Quick wins' op Fedasil-niveau.....	38
5.	CONCLUSIE	39



LIJST VAN AFKORTINGEN

AFKORTING

CGVS

CRB

DVZ

EASO

FARES

FEDASIL

HZIV

IBZ

IMA

LOI

MIPEX

NBMV

OCMW

ONE

OOC

RIZIV

RKV

SOI

VRGT

DEFINITIE

Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen

Croix-Rouge de Belgique

Dienst Vreemdelingenzaken

European Asylum Support Office

Fonds des Affections Respiratoires asbl

Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers

Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken (Intérieur – Binnenlandse Zaken)

Intermutualistisch Agentschap

Lokaal opvanginitiatief

Migrant Integration Policy Index

Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen

Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn

Office de la Naissance et de l'Enfance

Observatie- en oriëntatiecentrum

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Rode Kruis Vlaanderen

Seksueel overdraagbare infecties

Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding



1. INLEIDING

1.1. Context

Onafhankelijk van het standpunt over migratie zijn er bepaalde principes die altijd gerespecteerd moeten worden. Op 19 september 2016 legde de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties deze principes zwart op wit vast in de **verklaring van New York^a voor Vluchtelingen en Migranten**. Deze verklaring wijst op de **noodzaak van een globale aanpak van vluchtelingen en asielzoekers. Daarbij moet bijzondere aandacht gaan naar de meest kwetsbaren onder hen, namelijk de “vrouwen in gevaar, kinderen, en vooral dan degenen die niet worden begeleid of die gescheiden zijn van hun familie, leden van etnische of religieuze minderheden, slachtoffers van geweld, ouderen, personen met een beperking, personen die worden gediscrimineerd op welke grond dan ook, inheemse volkeren, slachtoffers van mensenhandel en slachtoffers van uitbuiting en misbruik binnen de context van migrantensmokkel”** (United Nations, 2016, p. 5). Deze verklaring vormt een aanvulling op voorgaande Europese richtlijnen en internationale aanbevelingen voor de opvang van en zorg voor asielzoekers.

België heeft deze internationale verbintenissen mee ondertekend, maar heeft het gezondheidszorgbeleid voor asielzoekers nog niet helemaal geïmplementeerd.

Het Groenboek uit 2014 over de toegang tot de gezondheidszorg in België^b van het RIZIV en Dokters van de Wereld (België), het verslag van het

Rekenhof van 2017^c en het MIPEX-rapport (Migrant Integration Policy Index)^d vestigen de aandacht op het volgende:

- **Het systeem is niet doeltreffend en ongelijk**, door de verschillen en ongelijkheden in de toegankelijkheid, organisatie, beschikbaarheid, dekking en kwaliteit van de zorg voor asielzoekers.
- **Er is geen continuïteit van zorg** voor asielzoekers bij overplaatsing naar andere opvanginstellingen, negatieve beslissing over de asielaanvraag, vrijwillige of gedwongen repatriëring of bij hun erkenning als vluchteling.
- **De bestaande wetgeving** inzake de toegang van asielzoekers tot gezondheidszorg moet **beter worden uitgevoerd**.

Over het algemeen is de grootste barrière voor een gelijke toegang tot gezondheidszorg voor asielzoekers **het naast elkaar bestaan van verschillende complexe administratieve procedures, die duur en tijdrovend zijn**. In het Witboek over de zorgtoegang in België (het vervolg van het Groenboek)^e wordt overigens voorgesteld om de zorgtoegang voor alle kwetsbare bevolkingsgroepen, waaronder asielzoekers, te harmoniseren, door hen op te nemen in de reguliere ziekteverzekering.

Met een meer doeltreffende en gelijke organisatie van de gezondheidszorg zou België zijn nationale en internationale verplichtingen kunnen nakomen inzake mensenrechten, recht op gezondheid en bescherming van de volksgezondheid.

^a Bekijk de volledige verklaring hier:
<https://refugeesmigrants.un.org/declaration>

^b RIZIV en Dokters van de Wereld. Groenboek over de toegang tot de zorg in België. Brussels: Kluwer; 2014
<https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/groenboek.pdf>

^c Rekenhof. Opvang van asielzoekers. Brussel: Rekenhof; 2017. Verslag van het Rekenhof aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers. D/2017/1128/36

^d IOM. Summary Report on the MIPEX Health Strand and Country Reports. Geneva: IOM; 2016.

^e <https://www.inami.fgov.be/nl/publicaties/Paginas/toegang-gezondheidszorg-aanbevelingen-inclusiever-systeem.aspx>



1.2. Onderzoeksvragen

Dit onderzoek werd uitgevoerd op verzoek van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), en tracht de volgende onderzoeksvragen te beantwoorden:

1. Hoe is de gezondheidszorg voor asielzoekers momenteel georganiseerd in België?
2. Wat zijn volgens stakeholders de belangrijkste problemen van de huidige zorgorganisatie voor asielzoekers in België?
3. Wat zijn volgens stakeholders de beschikbare opties om de toegang tot gezondheidszorg voor asielzoekers meer gelijk te maken?
4. Wat zijn volgens stakeholders de voor- en nadelen van elk van deze opties?

Deze studie neemt de toegang tot gezondheidszorg voor alle asielzoekers in België onder de loep, ongeacht hun verblijfplaats. Ze kunnen dus verblijven in collectieve opvangcentra (van Fedasil of zijn partners^f), in lokale opvanginitiatieven (LOI's) of in speciale centra voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (NBMV) of voor slachtoffers van mensenhandel. Mensen die om humanitaire redenen (9bis) of om gezondheidsredenen (9ter)^g (zie verder) bescherming aanvragen, horen hier ook bij.

Dit onderzoek houdt ook rekening met de zogenaamde asielzoekers met code 207 “No show” (zie verder) en asielzoekers met een lopend asielverzoek die in een gesloten opvangcentrum verblijven, hoewel deze groep niet wordt beschouwd als behorend tot het eigenlijke opvangnetwerk. In dit rapport gebruiken we voor al deze mensen de term “asielzoeker”^h.

Uitgeprocedeerde asielzoekers die in detentiecentra verblijven (zonder asielverzoek), mensen zonder papieren en/of transmigrantenⁱ, toeristen en alle personen met internationale mobiliteit (studenten, arbeiders of in het kader van gezinshereniging) vallen buiten de scope van dit rapport, want zij genieten andere vormen van bescherming.

^f De belangrijkste partner van Fedasil voor de opvang van asielzoekers is het Belgische Rode Kruis (Croix-Rouge de Belgique voor Brussel en Wallonië, en Rode Kruis Vlaanderen voor Vlaanderen). De andere partners zijn onder meer Samu Social, CIRE en Caritas.

^g Voor de 9ter-procedure, gaat het voor dit rapport enkel over de personen die ook een asielverzoek hebben ingediend. Het rapport behandelt enkel hun toegang tot gezondheidszorg en gaat niet over het medische oordeel van het gezondheidsprobleem dat hun verzoek motiveert.

^h Sinds maart 2018 werd de term “asielzoeker” officieel vervangen door de term “verzoeker om internationale bescherming”, die zowel asielzoekers als de personen met subsidiaire bescherming omvat. Voor een vlotte leesbaarheid blijven we in dit rapport de term “asielzoeker” gebruiker.

ⁱ De gezondheidszorg voor mensen zonder papieren kwam reeds aan bod in een KCE-rapport: Roberfroid D., et al. Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2015. KCE Reports 257As. D/2015/10.273/109.



1.3. Gebruikte methoden

Dit onderzoek omvat voornamelijk de resultaten van een bevraging van stakeholders, die werd uitgevoerd met een stapsgewijze aanpak:

- In een eerste verkennende fase combineerden we de volgende gegevensbronnen om de huidige situatie te schetsen en de belangrijkste problemen en mogelijke oplossingen te identificeren: 1) de (wetenschappelijke) Belgische literatuur, 2) de bestaande databanken en 3) semi-gestructureerde interviews met stakeholders (de naam van de stakeholders die aan dit rapport deelnamen vindt u terug in de colofon).
- Na deze eerste fase stelden we vast dat de huidige zorgorganisatie van asielzoekers drie belangrijke kenmerken heeft:
 - verschillende actoren zijn verantwoordelijk voor het beleid en de organisatie van de gezondheidszorg;
 - de organisatie, beschikbaarheid en aard van de zorg hangt af van het type verblijf en is niet voor alle asielzoekers gelijk;
 - de gezondheidszorg wordt op verschillende manieren door verschillende actoren gefinancierd.

Op basis van deze kenmerken werkten we de eerste opties als oplossing voor de huidige problemen uit.

- Tijdens een tweede fase legden we deze opties via een online enquête (in Nederlands en Frans) voor aan een uitgebreid panel van Belgische experts, mensen van het terrein en beleidsmakers. Doel was om de belangrijkste aandachtspunten uit de eerste fase te valideren, en na te gaan welke opties de voorkeur kregen.
- Tijdens de derde fase verfijnden we de resultaten en de niet-consensuele elementen van de enquête en de opties tijdens een workshop met 35 experts, mensen van het terrein en beleidsmakers.

- In een vierde fase werkten we de verschillende opties verder uit tijdens een individueel overleg met de stakeholders van wie de werking door de voorgestelde opties zou worden beïnvloed: het Federaal Agentschap voor de Opvang van Asielzoekers (Fedasil), de POD Maatschappelijke Integratie en het RIZIV.
- Tijdens de vijfde en laatste fase bespraken we de opties en hun haalbaarheid met alle stakeholders. Na een laatste online raadpleging hebben we de definitieve formuleringen opgesteld.

Bijlage 1 van het [wetenschappelijk rapport](#) beschrijft deze methoden meer in detail. Deze verschillende bronnen werden in het rapport samengevoegd en werden daardoor op een geïntegreerde manier gepresenteerd. Daarnaast moet worden opgemerkt dat de asielzoekers zelf niet rechtstreeks werden bevroegd in dit onderzoek.



2. HUIDIGE ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG VOOR ASIELZOEKERS IN BELGIE

2.1. De procedure van internationale bescherming

Het principe van de internationale bescherming, met inbegrip van gezondheidszorg voor en bijstand aan asielzoekers en vluchtelingen, wordt geregeld door verschillende Europese richtlijnen, die opgenomen werden in de Belgische wetgeving.

Figuur 1 geeft een overzicht van de procedure van internationale bescherming in België.

Tekstkader 1 – De Opvangwet van 12 januari 2007

De Opvangwet (2007)^j

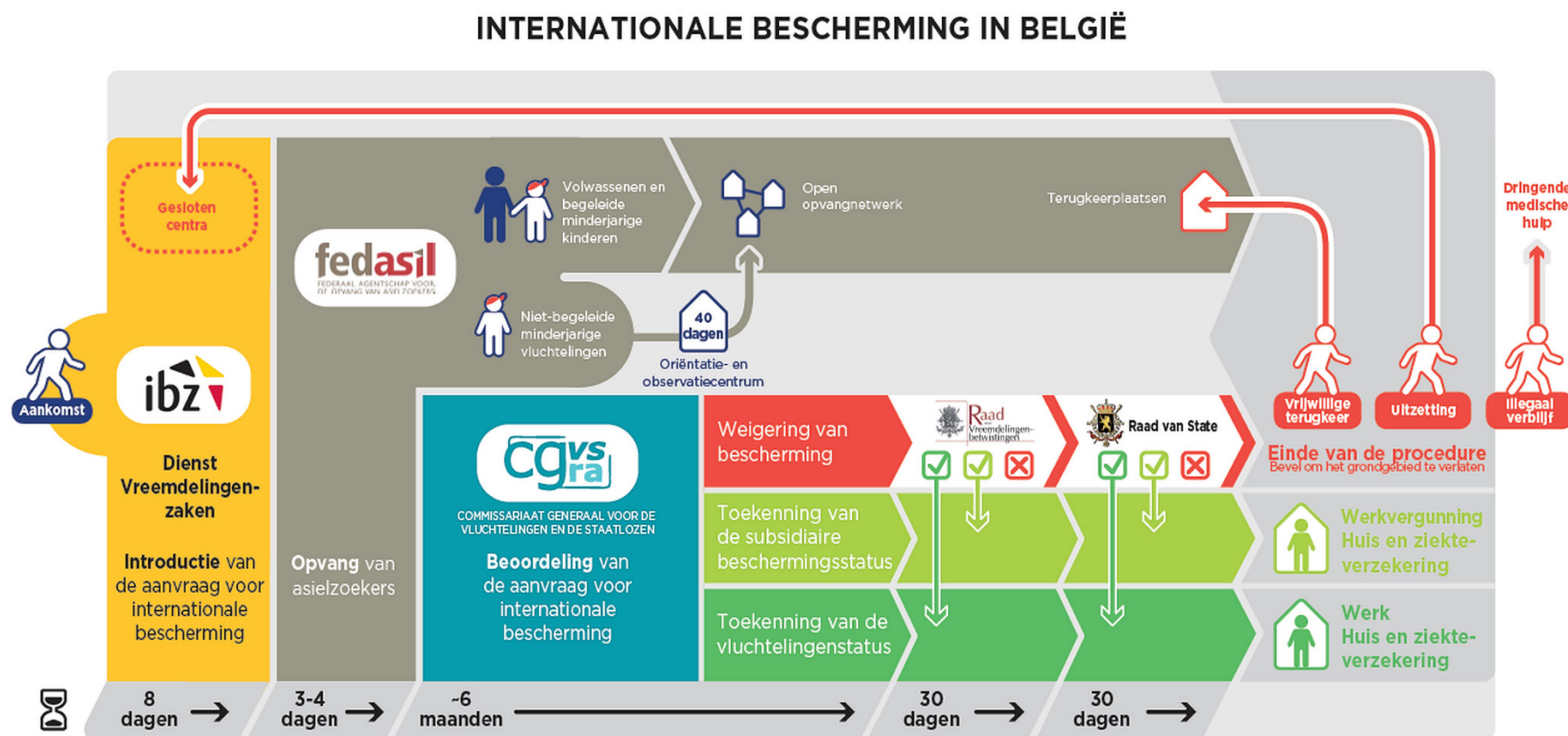
“De Opvangwet voorziet het principe van materiële hulp aan asielzoekers en vertrouwt deze hulpverlening toe aan Fedasil. Onder materiële hulp verstaan we: huisvesting, voedsel, kleding, medische, sociale en psychologische begeleiding, een dagvergoeding, rechtsbijstand, diensten van tolken en opleiding.

Sinds de inwerkingtreding in juni 2007 werd de Opvangwet verschillende keren gewijzigd, om een antwoord te bieden aan de opvangcrisis van 2009 tot 2012 of om in overeenstemming te blijven met de hervormingen aan het gemeenschappelijke Europees asielregime en met de rechtspraak.”

Bron: www.fedasil.be

De opvangwet voorziet ook in het sluiten van overeenkomsten tussen Fedasil en partners zoals het Rode Kruis voor het verlenen van materiële hulp (art. 62). De missie van opvang en materiële hulp kan ook worden beheerd door de OCMW's (art 64).

^j Wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen, B.S. 7 mei 2007

Figuur 1 – Internationale bescherming in België^k

^k Deze figuur bevat elementen van een infografiek over de asielprocedure, ontwikkeld door Culture et Santé. De originele grafiek en de bijhorende pedagogische tool zijn beschikbaar op volgende website: <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/431-la-procedure-d-asile-en-belgique.html>



1ste fase: de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ) registreert het verzoek tot internationale bescherming en gaat na of België de hiertoe bevoegde lidstaat is (Dublin-conventie). Als de DVZ het verzoek ontvankelijk verklaart, wordt het dossier overgedragen aan het **Commissariaat Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen (CGVS)**.

Binnen de drie dagen wordt de asielzoeker gezien door de cel Dispatching van Fedasil, en krijgt hij¹ een verplichte verblijfplaats toegewezen ("code 207"). Afhankelijk van de gezinssituatie, de gezondheid, de talen die hij spreekt en de taal van de asielprocedure wordt de asielzoeker eerst naar een collectief opvangcentrum gestuurd, of, eerder zelden, naar een lokaal opvanginitiatief (LOI). Een NBMV wordt doorgestuurd naar een speciaal observatie- en oriëntatiecentrum (*Orientation and Observation Centre for unaccompanied minors* – OOC).

Als de asielzoeker, om welke reden dan ook, de voorgestelde verblijfplaats niet aanvaardt, ontvangt hij een code 207 "No show", en moet hij zelf huisvesting zoeken (bv. bij een kennis).

Zodra de asielzoeker bij de DVZ asiel heeft aangevraagd, heeft hij recht op "medische hulp die hem in staat moet stellen om een menswaardig leven te leiden" in het kader van materiële hulp, zoals voorzien in de Opvangwet van 2007.

2de fase: het CGVS onderzoekt het asielverzoek en neemt een definitieve beslissing. Sinds 2018 moet deze beslissing worden genomen binnen de 6 maanden vanaf de dag van ontvangst van het verzoek door het CGVS. Voor complexe dossiers staat het CGVS zichzelf echter een maximale duur van 21 maanden toe.

3de fase: op basis van het antwoord van het CGVS, bevindt de asielzoeker zich in een van de volgende situaties:

- hij verkrijgt het statuut van **vluchteling** voor een periode van 5 jaar (onbeperkt na 5 jaar);
- hij verkrijgt het statuut van **subsidiare bescherming**^m voor een periode van 1 jaar (twee maal voor telkens twee jaar hernieuwbaar, na vijf jaar voor onbeperkte duur);
- zijn verzoek **wordt geweigerd**.

4de fase: als het CGVS het statuut van vluchteling (of van subsidiare bescherming) toekent, heeft de asielzoeker **twee maanden** de tijd om een verblijfplaats te vinden (drie maanden bij bijzondere kwetsbaarheid). Als hij die nieuwe verblijfplaats heeft gevonden, kan hij sociale bijstand aan het Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW) van de betrokken gemeente vragen. Het **statuut van vluchteling** geeft hem **recht op verplichte ziekteverzekering**. Hij moet zich dan **inschrijven bij een ziekenfonds** of bij de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV).

De huidige studie heeft betrekking op asielzoekers, m.a.w. mensen in de 1ste of 2de fase, die wachten op de beslissing van de DVZ en nadien het CGVS, of op mensen in de 3de fase die in beroep zijn gegaan tegen de afwijzing van hun asielverzoek.

¹ voor de goede leesbaarheid gebruiken we in de tekst steeds de mannelijke vorm, maar uiteraard geldt dit alles ook voor de vrouwelijke asielzoekers

^m Subsidiare bescherming heeft betrekking op personen die niet voldoen aan de criteria voor de vluchtelingenstatus, maar voor wie duidelijk is vastgesteld

dat een terugkeer naar het land van herkomst hen ernstige schade kan toebrengen (doodstraf, executie, marteling of vernederende behandeling, levensbedreigende toestand door geweld in het kader van gewapende conflicten).

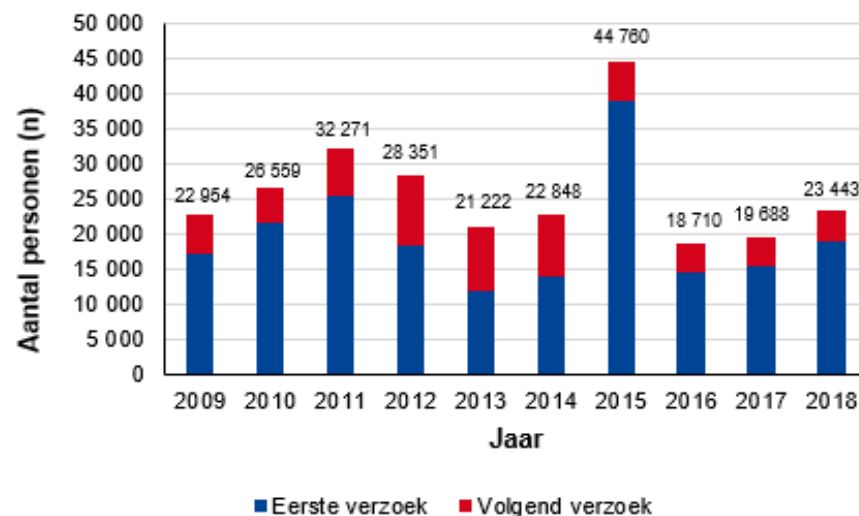


2.2. Asielzoekers in België

2.2.1. Aantal asielzoekers

Figuur 2 toont de evolutie van het aantal asielverzoeken van 2010 tot 2018 (eerste verzoeken en volgende verzoeken samengenomen).

Figuur 2 – Evolutie van het aantal personen dat in België van 2010 tot 2018 asiel aanvraag (1^{ste} verzoek en volgende verzoeken samengeteld (n))



Bron: Aangepast uit CGVS, 2019

Volgens het CGVS hebben in 2018 **23.443 mensen een asielverzoek ingediend in België**. Het ging om 19.038 eerste verzoeken en 4.405 (18,8%) volgende verzoeken. Er waren 1.239 NBMV.

Het CGVS nam een eindbeslissing in 15.700 dossiers. Dat komt overeen met 20.080 personen, onder wie begeleide minderjarigen vergezeld door hun ouders. Het statuut van vluchteling werd aan 8.706 personen toegekend en een subsidiaire bescherming aan 1.777 personen. Volgens de CGVS komt dit neer op een beschermingsgraad van 49,1% (in 2017 bedroeg deze 50,7%).

Tabel 1 – Eindbeslissingen van het CGVS per persoon en per dossier voor 2018

Beslissingen	Personen	(%)	Dossiers*	(%)
• Statuut van vluchteling	8706	43,3	6144	39,1
• Statuut van subsidiaire bescherming	1777	8,8	1433	9,1
• Weigering wegens niet-ontvankelijk verzoek	3466	17,3	2961	18,9
• Weigering wegens ongegrond verzoek	695	3,5	515	3,3
• Weigering na onderzoek van het verzoek	5156	25,7	4382	27,9
• Intrekking van de vluchtelingenstatus of subsidiaire bescherming	280	1,4	265	1,7
Totaal	20 080	100%	15 700	100%

*Een dossier kan meerdere personen bevatten (bv. een gezin).

Bron: Aangepast uit CGVS 2019, pagina 6.

De belangrijkste landen van herkomst van asielzoekers zijn momenteel (2018) Syrië, Palestina en Afghanistan. Voor NBMV zijn dat Afghanistan, Guinea en Eritrea.

Volgens het *European Asylum Support Office* (EASO) werden in 2018 in Europa 634.700 asielaanvragen geregistreerd in de 28 lidstaten van de Europese Unie, alsook in Noorwegen en in Zwitserland.



2.2.2. Gezondheidstoestand van asielzoekers

Asielzoekers hebben over het algemeen een slechtere gezondheidsstatus dan de bevolking van het gastland. In het rapport van het WHO Regionaal Kantoor voor Europa 2018 werd op de volgende aandachtspunten gewezen:

- overdraagbare ziekten: ziekten door vaccinatie te voorkomen, tuberculose, HIV, hepatitis B en C, virale infecties;
- niet-overdraagbare ziekten: diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten (beroerte en ischemische hartziekte) en kanker (vooral baarmoederhalskanker);
- geestelijke gezondheidsproblemen, inclusief posttraumatische stressstoornis, depressie en angst;
- gezondheid van moeders;
- seksuele en reproductieve gezondheid, met bijzondere aandacht voor eerder seksueel geweld;
- gezondheid van kinderen en adolescenten.

Waarschijnlijk hebben vele factoren van voor of na de migratie een impact op de gezondheidstoestand van asielzoekers, zoals preciaire leefomstandigheden in het land van herkomst, marteling en geweld, trauma door ballingschap, opsluiting, duur van procedures, taal- en culturele barrières of gebrek aan kennis van het gastland. De omstandigheden van hun opvang kunnen ook een negatief effect hebben op hun gezondheid, evenals op de zorguitgaven.

In België is er momenteel geen centrale databank met gegevens over de gezondheidsproblemen van asielzoekers of over hun gebruik van de gezondheidszorg. Weinig asielzoekers hebben een elektronisch medisch dossier, en ze worden niet opgenomen in (de nationale of regionale) gezondheidsenquêtes. De enige beschikbare gegevens komen van lokale initiatieven. Daarnaast maakt de wetenschappelijke literatuur niet altijd een duidelijk onderscheid tussen asielzoekers en andere categorieën van migranten.

2.3. Het opvangnetwerk en de wijze van zorgverlening

Globaal genomen omvat het opvangnetwerk:

- de **collectieve opvangcentra**, waarvan sommige beheerd worden door Fedasil en andere door partners zoals la Croix-Rouge de Belgique en Rode Kruis Vlaanderen. Sommige van deze centra zijn voorbehouden voor NBMV;
- en de **lokale opvanginitiatieven (LOI)**, waarvan de meerderheid wordt beheerd door het OCMW van de gemeente en andere door NGO's.

In dit rapport houden we ook rekening met de mensen met **code 207 "No show"**, ook al vallen zij buiten het eigenlijke opvangnetwerk.



Tabel 2 – Beschrijving van het opvangnetwerk (situatie in februari 2019)

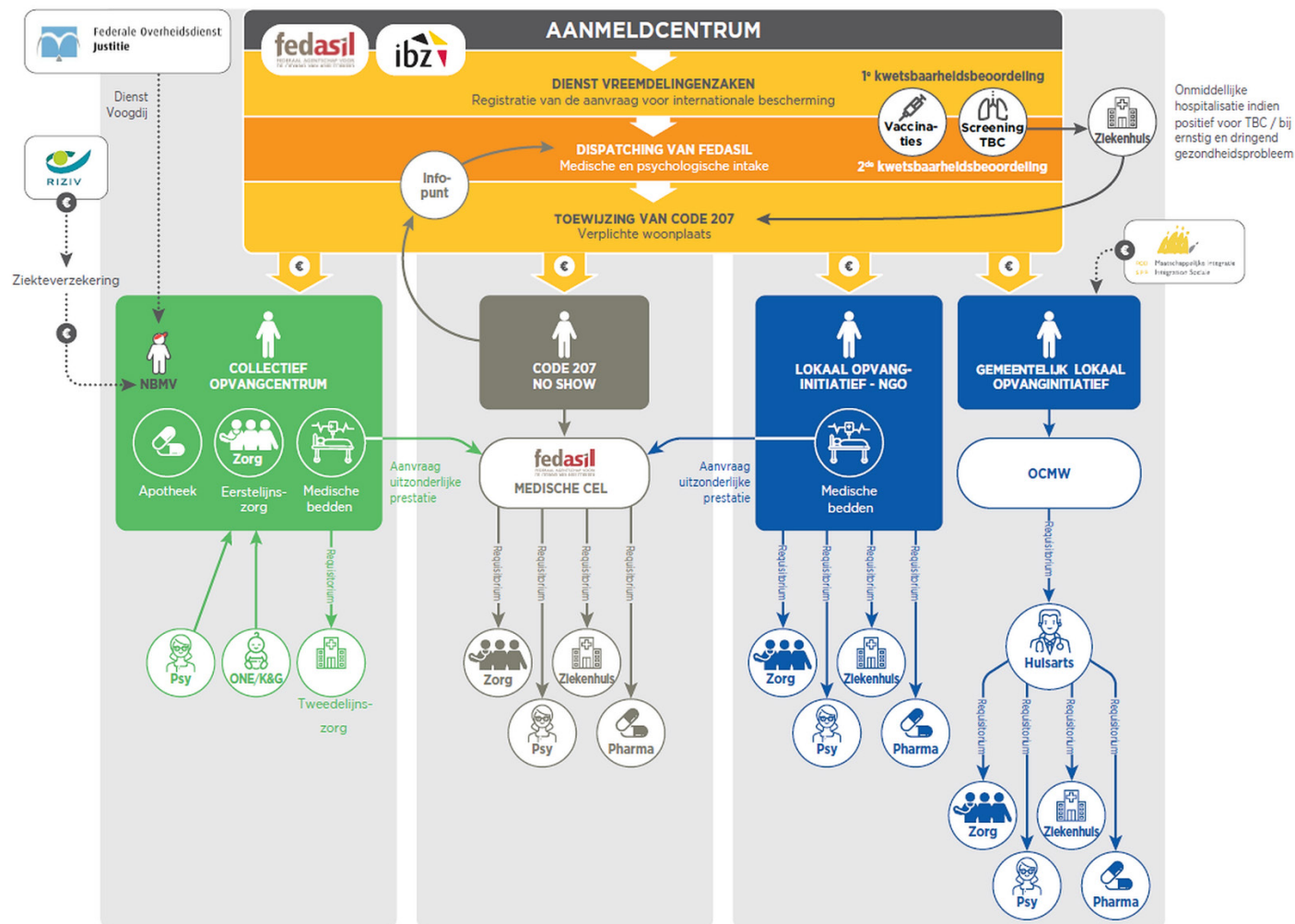
Soort verblijfplaats	Opvangnetwerk				Buiten opvangnetwerk
	Fedasil centra, incl. OOC	Centra van partners	LOI's beheerd door een NGO	LOI's beheerd door een OCMW	Privéwoningen Code 207 "No show"
Aantal centra		20 beheerd door Croix-Rouge de Belgique (CRB)			
	18 (waaronder 4 OOC's voor de NBMV)	15 beheerd door Rode Kruis Vlaanderen (RKV) 9 beheerd door andere partners*	3	457	nvt
Aantal beschikbare plaatsen	5.380 (waarvan 130 plaatsen in OOC's)	CRB: 5828 RKV: 2607 Andere: 825	Caritas: 200 Ciré: 166 Stad Gent: 85 Mentor Escale: 50	5.573	444
Gehuisveste personen	Alle asielzoekers OOO's: NBMV Prioriteit aan personen die medische zorg nodig hebben	Alle asielzoekers	Prioriteit aan bepaalde kwetsbare groepen	Prioriteit aan personen uit landen met hoge beschermingsgraad	Asielzoekers die vrienden/familie hebben in België of die een volgend verzoek hebben ingediend

* De andere partners die collectieve opvangcentra beheren, zijn: Samu Social (n=299), Agentschap Jongerenwelzijn – AJW (n=145), Administration Générale de l'Aide à la Jeunesse – AGAJ (n=104), Socialistische Mutualiteiten (n=47), Synergie 14 (n=10), Sam (n=4) en Oranje Huis (n=3).



Figuur 3 – Organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers in België

ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG VOOR ASIELZOEKERS





2.3.1. De collectieve opvangcentra

De collectieve opvangcentra zijn het meest voorkomende type van verblijfplaats. Het zijn **open centra**: asielzoekers zijn vrij om te komen en te gaan. Gezinnen worden ondergebracht in aparte kamers, terwijl alleenstaanden meestal een slaapzaal delen. Ze moeten allen zorgen voor hun eigen was, hun eigen kamers schoonmaken en deelnemen aan gemeenschapsdiensten (onderhoud van gemeenschappelijke ruimten, verdeling van maaltijden of hulp bij verschillende activiteiten).

Op enkele details na is **de toegang tot de gezondheidszorg er overal op dezelfde manier georganiseerd**. Zorg is gratis voor alle inwoners.

In het centrum wordt vaak **eerstelijnszorg** voorzien. Deze wordt voornamelijk verleend door verpleegkundigen die het eerste aanspreekpunt zijn. Daarnaast houden huisartsen en externe psychologen raadplegingen tijdens de week. De pediatrische eerstelijnszorg wordt verleend via partnerschappen met Kind & Gezin en ONE. Asielzoekers die buiten dit kader professionele zorgverleners of diensten raadplegen, moeten de kosten ervan zelf dragen.

Sommige opvangcentra van Fedasil hebben **medische bedden** voor mensen met ernstige gezondheidsproblemen, waarbij 24/7 verpleegkundige zorg is voorzien. Daarnaast duidt elk centrum referentiepersonen aan voor problemen van bijzondere kwetsbaarheid, geestelijke gezondheidsproblemen en vrouwelijke genitale verminking. In samenwerking met Artsen Zonder Grenzen lopen momenteel in verschillende centra proefprojecten voor psychosociale ondersteuning (interculturele bemiddelaars en psychosociale hulpverleners). Ook zijn er lokale samenwerkingsverbanden met organisaties rond gezondheids promotie of -preventie (bijv. SIDA'SOS).

Raadplegingen bij specialisten en ziekenhuisopnames zijn gebonden aan een betalingsverbintenis (requisitorium), die door het opvangcentrum wordt afgeleverd onder verantwoordelijkheid van een huisarts of verpleegkundige (i.e. gatekeeping). De afspraken worden rechtstreeks gemaakt door de verpleegkundigen van het opvangcentrum. Het is in principe niet de bedoeling dat asielzoekers hun externe zorgverlener zelf

kiezen, maar in de praktijk trachten maatschappelijk werkers, huisartsen en verpleegkundigen zoveel mogelijk rekening te houden met de voorkeuren van de patiënt. In grote steden bestaat er vaak een voorafgaande overeenkomst met een aantal ziekenhuizen (meestal openbare ziekenhuizen).

2.3.2. De lokale opvanginitiatieven (LOI)

De **lokale opvanginitiatieven (LOI's)** worden **gefinancierd en beheerd door de OCMW's** (op enkele uitzonderingen na, die door NGO's worden beheerd, zie tabel 2). Het zijn meestal ingerichte privéwoningen, die aangepast zijn aan de gezinssamenstelling. Asielzoekers komen er meestal terecht nadat ze enkele maanden in een collectief opvangcentrum hebben verbleven. Ze kunnen er hun dagelijkse activiteiten zelfstandig organiseren, met ondersteuning van het OCMW.

Hier gelden andere voorwaarden voor de toegang tot gezondheidszorg dan in de collectieve opvangcentra.

De toegang tot materiële hulp (en dus tot zorg) hangt af van een **sociaal onderzoek** door een maatschappelijk werker van het OCMW. Daarbij wordt alle noden en middelen van de asielzoeker (en zijn medebewoners) beoordeeld. Het beperkt zich dus niet tot de louter gezondheidsgerelateerde aspecten. Sommige OCMW's herzien op regelmatige basis de persoonlijke situatie van de asielzoeker, zodat ze de materiële hulp kunnen aanpassen. De gedekte zorg kan ook variëren tussen de OCMW's (zie verder).

Als een asielzoeker **eerstelijnszorg** nodig heeft, moet hij aan het OCMW een document van betalingsverbintenis vragen (requisitorium), dat hij aan de zorgverlener bezorgt. Soms moet de asielzoeker echter eerst een medisch attest aan het OCMW voorleggen om de betalingsverbintenis (requisitorium) te ontvangen. Bij dringende gevallen moet de geraadpleegde arts bij zijn ereloonnota een medisch attest voegen dat het urgente karakter van de raadpleging a posteriori bevestigt.

Sommige OCMW's leveren een betalingsverbintenis (requisitorium) af voor elke zorgverstrekking, andere een "zorgkaart" die de eerstelijnszorg voor een bepaalde periode dekt (meestal 3 maanden). Soms wordt aan de asielzoekers een arts toegewezen, soms kunnen ze kiezen uit een lijst met



door het OCMW erkende artsen en soms hebben ze de vrije keuze. In de praktijk sluiten de OCMW's om administratieve redenen vaak overeenkomsten af met artsen/wijkgezondheidscentra. Het OCMW betaalt de erelonen/facturen aan de professionele zorgverleners voor zorg die gedekt is door het RIZIV, en wordt daarna terugbetaald door de POD Maatschappelijke integratie.

Raadplegingen bij specialisten en ziekenhuisopnames vinden ook plaats na aflevering van een betalingsverbintenis (requisitorium) door het OCMW. Voor ziekenhuiszorg wordt de betalingsverbintenis (requisitorium) van het OCMW sinds 2014 elektronisch afgeleverd dankzij **MediPrima**, een systeem van elektronische gegevensoverdracht tussen de OCMW's, de ziekenhuizen, de HZIV en de POD Maatschappelijke integratie. MediPrima wordt binnenkort uitgebreid naar de huisartsen en apotheken.

In de **LOI's die door NGO's worden beheerd** verschillen de voorwaarden voor de zorgtoegang tussen de NGO's. De zorg wordt er rechtstreeks gefinancierd door Fedasil.

2.3.3. *Personen met code 207 "No show"*

Als een asielzoeker niet in de toegewezen verblijfplaats wil wonen, moet hij zelf andere huisvesting zoeken. Hij krijgt dan een **code 207 "No show"**. Deze asielzoekers zijn voor Fedasil niet opgenomen in het opvangnetwerk. Ze hebben wel nog recht op materiële hulp (inclusief gezondheidszorg), maar onder andere voorwaarden. Zo kunnen ze hun zorgverlener rechtstreeks kiezen (eerste lijn of specialist), maar moet de betalingsverbintenis (requisitorium) vooraf rechtstreeks bij de medische cel van Fedasil worden aangevraagd. In noodgevallen moet de arts aan zijn ereloonnota een medisch attest toevoegen dat het dringende karakter van de raadpleging a posteriori bevestigt.

Fedasil beheert de facturen en ereloonnota's. In de praktijk wenden mensen met een code 207 "No show" zich meestal tot wijkgezondheidscentra of NGO's zoals Dokters van de Wereld. Sinds december 2018 kunnen ze ook terecht bij het aanmeldcentrum van het Klein Kasteeltje, waar ze directe toegang hebben tot eerstelijnszorg. Specialistische zorg wordt hoofdzakelijk verleend in openbare ziekenhuizen en door artsen onder contract.

2.3.4. *Niet-begeleide minderjarige vluchtelingen (NBMV)*

Bij hun aankomst worden de **NBMV** voor 40 dagen doorverwezen naar één van de vier speciale **OOO's**. Tijdens dit verblijf wordt onderzocht of ze wel degelijk minderjarig zijn, en wordt nagegaan wat hun mogelijke kwetsbaarheden zijn. Op basis van deze resultaten stuurt de cel Dispatching van Fedasil hen naar de meeste geschikte huisvesting binnen het collectieve opvangnetwerk (bv. naar Rixensart, een speciaal centrum dat werd opgericht voor de opvang van alleenreizende, alleenstaande minderjarige moeders).

Eenmaal hun minderjarigheid vast staat, wijst de **Dienst Voogdij van de FOD Justitie hen een voogd toe**. Deze voogd heeft als taak hen in te schrijven bij de verplichte ziekteverzekering (als titularis), voor hen een school en een advocaat te zoeken, hen te helpen bij het asielverzoek als die nog niet werd ingediend, hen praktisch en juridisch advies te geven, enz. De NBMV hebben **recht op de verplichte Belgische ziekteverzekering**, nadat ze gedurende minstens 3 opeenvolgende maanden naar school zijn gegaan (basis- of secundair onderwijs), of vrijgesteld zijn van de leerplicht door een geaccrediteerde instantie.

2.4. Welke zorg wordt gedekt?

Hoewel de organisatie van de gezondheidszorg voor het grootste deel in handen is van Fedasil, verschillen de modaliteiten en de dekking naargelang de opvangstructuur. **De gezondheidszorg is dus niet voor alle asielzoekers gelijk.**

De dekking van **medische basiszorg** omvat de zorg in de **RIZIV-nomenclatuur**, met uitzondering van bepaalde verstrekkingen (**Minlijst** – zie Tekstkader 2), maar ook aangevuld met bepaalde prestaties die geen deel uitmaken van de RIZIV-nomenclatuur, maar die toch aan asielzoekers worden aangeboden, (**Pluslijst** – zie Tekstkader 2). Deze basisdekking is van toepassing in de Fedasil- en partnercentra, in de LOI's die niet van een OCMW afhangen en voor "No show"-asielzoekers. Bij **LOI's** die beheerd worden door een OCMW, beslist het betreffende OCMW zelf of het uit eigen middelen betaalt voor de zorg uit de Plus- en Minlijsten, of niet.



Tekstkader 2 – Plus- en Minlijsten

Minlijst: medische hulp en medische zorg die voor asielzoekers niet gedekt wordt omdat ze niet absoluut noodzakelijk is.

- Orthodontie
- Tandprothesen, als er geen kauwprobleem is, ongeacht de leeftijd van de asielzoeker
- Tandzorg en of -extracties onder algemene verdoving
- Fertiliteitsonderzoek en -behandeling
- Puur esthetische ingrepen, tenzij reconstructies na chirurgie of trauma

Pluslijst: medische hulp en medische zorg die tot het dagelijkse leven behoren en die voor asielzoekers gedekt wordt.

- Geneesmiddelen van categorie D (worden niet terugbetaald) op voorschrift, behalve geneesmiddelen ter behandeling van impotentie
- Vrij verkrijgbare geneesmiddelen van categorie D, zonder voorschrift van een arts uit de groepen van de antacida, spasmolytica, antiemetica, antidiarreïca, analgetica en antipyretica (paracetamol, acetylsalicylzuur, ibuprofen 400 mg, natriumnaproxen 220 mg) en geneesmiddelen voor buccofaryngeale aandoeningen
- Tandextracties
- Tandprothesen om de kauwfunctie te herstellen

- Brillen voor kinderen, voorgeschreven door een oogarts, met uitzondering van bi- of multifocale of gekleurde glazen
- Brillen voor volwassenen vanaf een refractieafwijking van minstens 1D aan het beste oog, voorgeschreven door een oogarts, met uitzondering van bi- of multifocale of gekleurde glazen
- Aangepaste melk voor zuigelingen wanneer borstvoeding niet mogelijk is

De Opvangwet voorziet ook psychologische begeleiding voor asielzoekers. De voorwaarden hiervoor, bepaald door Fedasil, zijn vrij gelijkaardig aan die voor de toegang tot eerstelijnszorg, met voorafgaande goedkeuring en aflevering van een betalingsverbintenis (requisitorium) door de behandelende arts, de medische dienst van de opvangstructuur of de maatschappelijk werker van het OCMW.

Fedasil vergoedt maximaal twee individuele of familiale consultaties per maand (bij een acuut probleem kunnen dat er uitzonderlijk meer zijn, na formele goedkeuring van de medische dienst/behandelende arts). Ook sommige groepstherapieën worden vergoed (één sessie per week op voorwaarde dat de terugbetaling vooraf werd goedgekeurd door de psychosociale coördinator van Fedasil).

Vergoedingen voor professionele tolken worden eveneens terugbetaald na akkoord van de opvangstructuur (op budget van hun werkingskosten).

Tabel 3 – Overzicht van de toegang tot en de financiering van zorg, afhankelijk van de huisvesting

	Fedasil-centra, inclusief COO's	Partnercentra	Door NGO beheerde LOI's	Door OCMW beheerde LOI's	Privéwoningen Code 207 "No show"
Plaats waar de eerstelijnszorg wordt verleend	Binnen het opvangcentrum	Binnen het opvangcentrum	Binnen het LOI bij ernstige problemen (medische bedden); in het gewone zorgsysteem voor andere asielzoekers	Gewone zorgsysteem	Gewone zorgsysteem
Gatekeeping naar gespecialiseerde zorg	Betalingsverbintenis door opvangcentrum indien zorgverlening buiten het centrum	Betalingsverbintenis door opvangcentrum indien zorgverlening buiten het centrum	Betalingsverbintenis door de NGO	Betalingsverbintenis door het OCMW	Betalingsverbintenis door de medische cel van Fedasil
Dekking van de zorg	RIZIV-nomenclatuur Plus- en Minlijsten	RIZIV-nomenclatuur Plus- en Minlijsten	RIZIV-nomenclatuur Plus- en Minlijsten	RIZIV-nomenclatuur Geen officiële terugbetaling van de Plus- en Minlijsten door de POD Maatschappelijke integratie: de terugbetaling is de bevoegdheid van de OCMW's	RIZIV-nomenclatuur Plus- en Minlijsten
Toegang tot tolken	Alle centra zijn uitgerust voor videoconferenties voor interculturele bemiddeling	Alle centra zijn uitgerust voor videoconferenties voor interculturele bemiddeling	Gratis als asielzoeker zorg krijgt in een faciliteit die voorzieningen heeft voor interculturele bemiddeling	Gratis als asielzoeker zorg krijgt in een faciliteit die voorzieningen heeft voor interculturele bemiddeling	Gratis als asielzoeker zorg krijgt in een faciliteit die voorzieningen heeft voor interculturele bemiddeling
Vrijheid van keuze van zorgverlener	Nee	Nee	varieert volgens NGO	Varieert volgens OCMW	Ja
Financiering	Fedasil	Fedasil	Fedasil	POD Maatschappelijke integratie bij prestaties in de RIZIV-nomenclatuur Pluslijst: OCMW met eigen budget	Fedasil
Beheer van facturen/honoraria	Rechtstreekse facturatie aan Fedasil	Centralisatie van facturen door partner, waarna verzending naar Fedasil	Varieert volgens NGO Centralisatie van facturen, waarna verzending naar	Facturatie aan OCMW Terugbetaling aan OCMW door POD	Rechtstreekse facturatie aan Fedasil



	Fedasil-centra, inclusief COO's	Partnercentra	Door NGO beheerde LOI's	Door OCMW beheerde LOI's	Privéwoningen Code 207 "No show"
			Fedasil indien intern verstrekte zorg OF zorg betaald door asielzoeker, die daarna wordt terugbetaald door de NGO OF rechtstreekse facturatie aan Fedasil	Maatschappelijke Integratie indien buiten MediPrima Rechtstreekse facturatie door OCMW aan de HZIV indien via MediPrima	
Remgeld	Nee	Nee	Nee	Nee	Nee

2.5. Kosten van de zorg aan asielzoekers

Afhankelijk van de verblijfplaats, zijn Fedasil of de POD Maatschappelijke Integratie (of het OCMW voor prestaties die niet in de RIZIV-nomenclatuur zijn opgenomen) financieel verantwoordelijk voor de gezondheidszorg van asielzoekers (zie Bijlage 4). Noch de database van het IMA (Intermutualistisch Agentschap), noch die van de ziekenhuisgegevens (MZG), noch het Finhosta-systeem bevatten specifieke gegevens over het gebruik en de kosten van gezondheidszorg voor asielzoekers, en er bestaat hiervoor evenmin een centrale database. De weinige gegevens die wel beschikbaar zijn, bieden geen volledig overzicht van dit gebruik en de kosten.



3. DE HUIDIGE ORGANISATORISCHE PROBLEMEN, GEMELD DOOR STAKEHOLDERS

De problemen die in dit deel worden besproken, zijn gebaseerd op interviews met stakeholders uit de sectoren migratie en gezondheid van migranten, en op informatie die verkregen werd tijdens de verschillende meetings (zie sectie 1.3 – Gebruikte methoden).

In het algemeen blijkt uit de bevragingen dat het huidige Belgische systeem van zorgverlening aan asielzoekers zeer complex is, en kampt met problemen van ongelijkheid en doeltreffendheid. We hebben deze problemen opgedeeld in drie niveaus (hoewel sommige nauw verbonden zijn met elkaar en tot meerdere niveaus kunnen behoren):

- **micro:** niveau van de individuele asielzoeker
- **meso:** niveau van de organisatie van de instellingen, de professionals en de verdeling van middelen
- **macro:** niveau van het beleid (governance)

3.1. Microniveau

3.1.1. Ongelijkheid bij de toegang tot zorg

Asielzoekers hebben onvoldoende toegang tot geestelijke gezondheidszorg, tolken, diensten voor preventie en gezondheidspromotie, gezinsplanning, seksuele en reproductieve gezondheid en gespecialiseerde zorg zoals tandheelkunde of oftalmologische zorg. De redenen hebben gedeeltelijk te maken met reeds bestaande culturele kenmerken, maar ook met de organisatie van het gezondheidszorgsysteem.

3.1.1.1. Toegankelijkheid en beschikbaarheid van gespecialiseerde zorgdiensten

De ongelijke verdeling van de asielzoekers over het Belgisch grondgebied bemoeilijkt hun toegang tot gespecialiseerde zorgdiensten. In sommige delen van het land is het zelfs voor de lokale burgers al moeilijk om toegang te hebben tot gespecialiseerde diensten (bv. geestelijke gezondheid). Voor asielzoekers, die soms heel specifieke zorg nodig hebben en vaak meer beperkt zijn op gebied van vervoer, is de situatie nog complexer. Zo werd tijdens een interview het voorbeeld gegeven van een jonge asielzoeker die in Brussel de trein naar Aarlen moest nemen voor een consultatie bij een psycholoog. De twee door het RIZIV erkende referentiecentra voor de behandeling van vrouwelijke genitale verminking (VGV) zijn gevestigd in Brussel en in Gent. CARDA, het enige opvangcentrum voor asielzoekers met ernstige psychische problemen, is gelegen in de regio Luik. Naast het probleem van deze geografische spreiding, meldden de stakeholders ook dat een volledig overzicht van het gezondheids- en sociale aanbod voor asielzoekers ontbreekt.



Andere gemelde barrières voor asielzoekers zijn het gebrek aan kinderopvang en de kosten van vervoer. Volgens Bradby et al.ⁿ houdt het vestigingsbeleid voor asielzoekers niet altijd rekening met de bestaande middelen of stimuleert het onvoldoende specifieke lokale ondersteuning. Ook het SH-CAPAC-project^o komt tot dezelfde conclusie.

3.1.1.2. Taal- en culturele barrières

De toegang tot gezondheidszorg wordt tevens ernstig belemmerd door taal- en culturele barrières. De taalbarrière maakt het moeilijk om symptomen uit te leggen, behandelingen en minimale medische informatie te begrijpen en ze leidt tot een langere behandelingsduur. In de collectieve opvangcentra en sommige ziekenhuizen is er wel gratis interculturele bemiddeling via videoconferentie mogelijk. Deze vorm van ondersteuning wordt echter onderbenut door zorgverleners in de privésector. Ze zijn mogelijk terughoudend om een derde partij in de therapeutische relatie te betrekken, vooral in de geestelijke gezondheidszorg, of misschien zijn ze onvoldoende opgeleid en/of geïnformeerd om doeltreffend met dit soort partijen te werken.

De taalproblemen worden daarbij versterkt door een gebrek aan gezondheidsvaardigheden ('health literacy') van de asielzoekers (onvoldoende kennis over gezondheid, recht op zorg, de beschikbare diensten en het zorglandschap).

3.1.1.3. Administratieve hinderpalen

Asielzoekers die in LOI's verblijven of die code 207 "No show" hebben, krijgen te maken met administratieve hinderpalen waarvan asielzoekers in

een collectief opvangcentrum gespaard blijven. Voor elk contact met het gezondheidssysteem moeten zij eerst een betalingsverbintenis (requisitorium) aanvragen bij het OCMW dat hun LOI beheert. Sommige OCMW's leveren dit document per medisch geval af, andere voor een bepaalde periode (bv. een medische kaart voor 3 maanden).

De toegang tot gespecialiseerde zorg of een ziekenhuisopname vereisen langdurige en complexe administratieve procedures, ongeacht de verblijfplaats van de asielzoeker. Hun duur staat vaak niet in verhouding tot de medische behoefte, en als een consultatie of hospitalisatie wordt uitgesteld of geannuleerd, moet de asielzoeker soms de hele procedure opnieuw doorlopen. Voor asielzoekers in een LOI vragen bepaalde OCMW's een voorafgaande kostenraming voordat ze gespecialiseerde zorg toestaan, en is de eerste consultatie niet altijd gedekt. Ten slotte werd ook gemeld, en bevestigd door de laatste MIPEX-evaluatie (2015)^p, dat het verschil in praktijk rond de Plus- en Minlijsten (zie Tekstkader 2, punt 2.4) bij de OCMW's bijdragen tot de complexiteit van het systeem.

3.1.1.4. Heterogeniteit in de vrije keuze van zorgverlener

Niet alle asielzoekers kunnen hun zorgverleners vrij kiezen. Dat is het geval in een collectief opvangcentrum, en als zij een andere arts willen raadplegen dan deze van het centrum, moeten zij de kosten uit eigen zak betalen.

Voor asielzoekers in een LOI varieert de situatie: sommige OCMW's duiden de zorgverleners zelf aan, andere geven een lijst van zorgverleners waaruit de asielzoeker kan kiezen, en in andere gevallen kunnen asielzoekers hun zorgverlener vrij kiezen.

ⁿ Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region. Copenhagen: WHO; 2015

^o SH-CAPAC moet de EU-lidstaten die onder migratiedruk staan, helpen om te gaan met de nieuwe uitdagingen op het vlak van gezondheidszorg. Het project speelt hierop in op twee manieren (a) een oplossing bieden voor dringende humanitaire noden en (b) aanpakken van de structurele uitdagingen van hun integratie in de nationale gezondheidszorgstelsels. Dit

project werd medegefinancierd door het Gezondheidsprogramma van de Europese Unie in 2016. (www.sh-capac.org)

^p "Migrant Integration Policy Index" of MIPEX is een instrument waarmee het integratiebeleid van migranten in verschillende landen wordt gemeten (toegang tot burgerschap, strijd tegen discriminatie, opleiding, gezinshereniging, gezondheid, mobiliteit op de arbeidsmarkt, permanent verblijf en deelname aan het beleid). MIPEX wordt gefinancierd door de Europese Unie, EQUI-HEALTH en de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM).



3.1.2. Ongelijke behandeling

3.1.2.1. Heterogeniteit in de zorgdekking

De gezondheidszorgdekking voor asielzoekers wordt geregeld door de Opvangwet en het bijhorend Koninklijk Besluit van 2007⁹: de dekking omvat de RIZIV-nomenclatuur, met uitzondering van de prestaties in de Minlijst (zelfs als deze zijn opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur), maar met toevoeging van de Pluslijst (ook als deze prestaties niet worden terugbetaald aan gewone burgers) (zie 2.4). De Opvangwet voorziet ook in psychologische zorg (art. 30).

De Plus- en Minlijsten worden automatisch toegepast in de collectieve opvangcentra van Fedasil of van een partner. Dit is ook het geval voor de asielzoekers in LOI's beheerd door NGO's maar niet in LOI's beheerd door OCMW's. De POD Maatschappelijke Integratie past namelijk de Pluslijst niet toe en betaalt dus de kosten van deze prestaties niet terug aan de OCMW's. Het is dan aan de OCMW's om te beslissen welke kosten ze dekken met hun eigen budget en welke niet. Deze discretionaire bevoegdheid leidt tot een grote heterogeniteit in de zorgdekking voor asielzoekers in LOI's. Het feit dat deze keuzes worden gemaakt op basis van budgetten en niet op basis van een reële behoefteanalyse door een zorgverlener, roept ook vragen op.

Sommige stakeholders meldden ook verschillen in de dekking van de kosten voor residentiële zorg (woonzorgcentra, gespecialiseerde centra voor personen met een beperking, psychiatrische verzorgingstehuizen, beschut wonen).

Het naast elkaar bestaan van deze systemen, die afhangen van de verblijfplaats, is een belangrijke bron van ongelijke behandeling tussen asielzoekers. Het is echter onmogelijk om de omvang van deze verschillen te berekenen, omdat gedetailleerde gegevens over de uitgaven voor gezondheidszorg aan asielzoekers ontbreken.

3.1.2.2. Gebrek aan globale evaluatie van de gezondheidstoestand bij aankomst en vertrek

In overeenstemming met de internationale aanbevelingen en kwaliteitsaudits stelde Fedasil aanbevelingen op voor een volledige en gestandaardiseerde medische check van asielzoekers bij hun aankomst in België. Desondanks meldden sommige stakeholders dat deze evaluatie in de praktijk beperkt is tot tbc-screening en vaccinatiecontrole. De recente omvorming van het Klein Kasteeltje in Brussel tot aanmeldcentrum zou deze eerste medische opvang moeten verbeteren, en systematische screening (en zo nodig eerste behandelingen) moeten toelaten.

De stakeholders betreurden ook het gebrek aan systematische check van de gezondheid bij het vertrek van de asielzoekers uit het opvangcentrum, wat nuttig zou zijn voor de zorgcontinuïteit. Zo krijgen patiënten die een chronische behandeling nodig hebben niet altijd de nodige geneesmiddelen bij vertrek, of worden er geen maatregelen genomen om de huisartsgeneeskundige zorg op de nieuwe verblijfplaats te organiseren. Het OCMW heeft, in afwezigheid van een behandelende arts, geen toegang tot het medisch dossier van de asielzoekers in de LOI, waardoor een medische opvolging niet kan worden geregeld.

3.1.2.3. Gebrek aan en beperkte implementatie van richtlijnen

De stakeholders betreurden dat er weinig klinische praktijkrichtlijnen bestaan die zijn aangepast aan de Belgische context m.b.t. de zorg voor asielzoekers. Er zijn wel een aantal checklists voor de medische opvolging in de Fedasil-centra, maar ze worden niet allemaal op dezelfde manier gebruikt, en dat geldt vooral voor de checklists voor geestelijke gezondheidszorg.

⁹ Wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen, B.S. 7 mei 2007 en Koninklijk Besluit van 9 april 2007 tot bepaling van de medische hulp en de

medische zorgen die niet verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang omdat zij manifest niet noodzakelijk blijken te zijn en tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die tot het dagelijks leven behoren en verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang, B.S. 7 mei 2007



Buiten de FARES en VRGT-aanbevelingen inzake tuberculose of een aantal aanbevelingen van de Vlaamse Vaccinatiekoepel hebben de artsen op het terrein niet veel informatie ter beschikking of opleidingsmogelijkheden om te leren werken met deze specifieke populatie (bv. hoe werken met een tolk).

3.1.2.4. *Beperkte geestelijke gezondheidszorg*

Zoals uitgebreid wordt benadrukt in de literatuur, zou (preventieve en curatieve) geestelijke gezondheidszorg een prioriteit moeten zijn voor asielzoekers, aangezien zij door hun persoonlijke voorgeschiedenis bijzonder kwetsbaar zijn. Vele stakeholders betreurden dat alleen de klassieke psychotherapie in aanmerking komt, terwijl ook andere vormen van behandeling, vermeld in de literatuur, ook adequaat kunnen zijn, zeker voor NBMV. We denken hier aan therapieën met dieren of verschillende vormen van kunst- of bewegingstherapie. Psychische gezondheidsproblemen moeten tevens telkens in het licht van de sociale context van asielzoekers bekeken worden (bv. beperkte middelen, slechte woonomstandigheden, etc.) en niet beperkt tot enkel de medische diagnose.

Voor de meest ernstige geestelijke gezondheidsproblemen zijn er bovendien te weinig gespecialiseerde ziekenhuisdiensten. Sommige zorgverleners zeggen hun toevlucht te moeten zoeken tot internering, om gemakkelijker toegang tot behandeling te krijgen.

3.1.3. *Ongelijkheid in gezondheidsuitkomsten*

Zoals eerder al gemeld, kennen we de gezondheidsuitkomsten bij asielzoekers in België niet, door een gebrek aan gegevens.

Op internationaal niveau trachtte WHO Europe de gezondheid van vluchtelingen en migranten in Europa in kaart te brengen. Hun sterftecijfer (alle oorzaken) lijkt op het eerste gezicht nogal gelijkaardig aan dat van de bevolking van het gastland. Bij onderzoek van de specifieke sterfteoorzaken zien we echter dat infecties, bepaalde bloedziekten en cardiovasculaire aandoeningen hoger scoren bij migranten. De reproductieve en geestelijke gezondheid van asielzoekers is slechter dan van die van de bevolking van het gastland.

3.1.4. *Overige problemen*

Sommige stakeholders wezen erop dat asielzoekers in collectieve opvangcentra wat worden betutteld. Ze kunnen voor hun dagelijkse activiteiten zelf weinig keuzes maken (in sommige centra mogen ze bv. overdag niet naar de slaapzalen). Aan de andere kant verwachten de mensen van het terrein van hen soms een meer actieve houding en initiatief, maar ze erkennen wel dat de omstandigheden van de opvang dit niet altijd aanmoedigen. Het onpersoonlijke karakter van de centra verhindert ook het ontstaan van een vertrouwensrelatie tussen asielzoekers en personeel.

Daarnaast hebben collectieve opvangcentra volgens de literatuur duidelijk een negatief effect op de gezondheid van asielzoekers. De bevraagde mensen van het terrein waren van mening dat een verblijf van meer dan 4 maanden nadelig is voor het welzijn van de bewoners, en gepaard gaat met gezondheidsproblemen zoals slaapgebrek, angst en depressie. Een verblijf in collectieve opvangcentra wordt daarom het best zo kort mogelijk gehouden.

Bovendien kan het contact tussen verschillende etnische groepen leiden tot spanningen en conflicten, die niet altijd door de medewerkers adequaat kunnen worden aangepakt.

3.2. *Mesoniveau*

3.2.1. *Systeem niet transparant voor externe zorgverleners*

De stakeholders haalden de vele moeilijkheden aan voor de zorgverleners om het huidige gezondheidszorgsysteem te begrijpen en de weg te vinden in de vele procedures om hun prestaties te factureren. Een huisarts die samenwerkt met verschillende soorten opvangstructuren moet zijn ereloonnota's sturen of naar het Fedasil-centrum, of naar de lokale partner, of naar het OCMW of rechtstreeks naar de LOI, en de administratieve procedure die daarbij moet worden gevolgd is telkens anders. Daarnaast zijn er nog de specifieke procedures voor NBMV (gedekt door een ziekenfonds) of voor asielzoekers met een code 207 "No show". Als een huisarts met meerdere OCMW's samenwerkt, wordt het nog ingewikkelder, omdat deze elk hun eigen administratieve procedures kunnen hebben. En als hij een patiënt voor verder onderzoek naar het ziekenhuis wil sturen,



moet hij nog eens andere procedures volgen, afhankelijk van de soort huisvesting van zijn patiënt.

In de OCMW 's worden beslissingen over zorgdekking genomen door maatschappelijk werkers en niet door zorgverleners. De stakeholders vinden dit een groot probleem, omdat deze personen op vlak van gezondheid geen competenties hebben. Bovendien verwarren sommige OCMW's asielzoekers (gedekt door de Opvangwet van 2007) met mensen zonder papieren (die enkel recht hebben op dringende medische hulpverlening). Dit blijkt ook uit de MIPEX-evaluatie (zie sectie 1.1).

Verscheidende stakeholders betreurden tevens het gebrek aan transparantie in de beslissingen van de medische cel van Fedasil over de zorgdekking van de asielzoekers met code 207 "No show". Er wordt geen uitleg gegeven over deze beslissingen (positief noch negatief) en er bestaat hierover bijna geen rechtspraak of officiële beslissing.

3.2.2. Gebrek aan gekwalificeerde zorgverleners voor de specifieke zorg aan asielzoekers

Over het algemeen beschikken de opvangcentra over goede gezondheidscompetenties voor asielzoekers, maar deze zijn daarentegen in het reguliere gezondheidszorgsysteem veel minder voor handen. Volgens de stakeholders is er voor asielzoekers een groot gebrek aan zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg, tolken en interculturele bemiddelaars. Ook het SH-CAPAC-project bevestigt een tekort aan (kinder)psychologen/psychiaters met een opleiding in posttraumatische stressstoornissen en andere geestelijke gezondheidsproblemen die zeer specifiek zijn voor asielzoekers. Bovendien maken asielzoekers onvoldoende gebruik van psychologen, door de stigmatisering en te weinig kennis van geestelijke gezondheidsproblemen, de angst voor vooroordelen, enz. En zoals reeds werd opgemerkt, belemmert de verspreiding van de asielzoekers over het Belgische grondgebied de toegang tot gepaste geestelijke gezondheidszorg (zie 3.1.1.1).

Volgens de literatuur kunnen taal- en culturele barrières (beschreven in 3.1.1.2) worden verminderd door het gebruik van interculturele tolken en bemiddelaars. Helaas zijn deze mensen niet talrijk en zijn ze vaak niet opgeleid om tussen te komen bij geestelijke gezondheidsproblemen. Vaak worden hier niet-professionele tolken ingeschakeld. De literatuur wijst ook

veelvuldig op de noodzaak om zorgverleners op te leiden in de specifieke zorg voor asielzoekers, zoals het herkennen, begeleiden en verzorgen van slachtoffers van trauma's, foltering, seksueel geweld of vrouwelijke genitale verminking. Daarnaast is er ook nood aan een betere vorming rond overdraagbare, erfelijke en chronische aandoeningen en ondervoeding, zodat zorgverleners aan een heel diverse populatie zorg kunnen verlenen.

Veel mensen in de praktijk merkten op dat ze bepaalde gedragsproblemen niet correct kunnen interpreteren of complexe psychologische problemen, huiselijk of seksueel geweld of gevallen van mensenhandel niet kunnen herkennen. Een aantal NGO's en verenigingen organiseren wel ad hoc-opleidingen, maar volgens sommige stakeholders zijn deze vatbaar voor verbetering.

3.2.3. Verloop van zorgverleners

Het huidige systeem lijkt niet erg aantrekkelijk te zijn voor zorgverleners. Dat toont het grote verloop van personeel in de collectieve opvangcentra aan, en het hoge ritme waarmee opvangcentra openen en sluiten doet aan deze situatie geen goed. Te vrezen valt dat men door dit tekort aan gekwalificeerd personeel verplicht zal zijn om ook onvoldoende gekwalificeerd personeel aan te werven.

3.2.4. Weerstand en/of overbelasting van zorgverleners

Stakeholders meldten ook dat sommige lokale zorgverleners aarzelen of zelfs weigeren om asielzoekers in hun privépraktijk te ontvangen. Mogelijke redenen hiervoor zijn de reeds genoemde administratieve complexiteit om een vergoeding te ontvangen, het gebrek aan administratieve en logistieke ondersteuning (tolken), vrees voor de reputatie, enz. Ook is de concentratie van asielzoekers in bepaalde regio's groot, waardoor zorgverleners en ziekenhuizen overbevraagd worden. Dit kan ook leiden tot zorgweigering. Het verpleegkundig personeel van de collectieve opvangcentra organiseert soms wel sessies rond gezondheidseducatie, maar door de administratieve werklast kunnen deze sessies slechts occasioneel georganiseerd worden.



3.2.5. Problemen in de communicatie tussen actoren binnen en tussen opvangplaatsen

De communicatie binnen de zorgsector voor asielzoekers lijkt moeizaam te gaan. Zo bestaat er in de opvangcentra een spanningsveld tussen de verplichte vertrouwelijkheid bij de behandeling van een patiënt en de veiligheid van alle bewoners, bv. bij overdraagbare aandoeningen.

De informatie stroomt moeilijk door wanneer een asielzoeker nieuwe huisvesting krijgt, waardoor de sociale diensten niet altijd de gepaste ondersteuning kunnen bieden. Sommige NGO's betreuen ook dat asielzoekers enkel naar hen worden verwezen als hun (gezondheids)situatie al verslechterd is. De samenwerking is over het algemeen wel goed wanneer een onthaalcentra met externe verenigingen conventies afsluiten, waarin de taken van elke actor zijn vastgelegd, wat misverstanden voorkomt.

Sommige externe voorzieningen, zoals deze binnen de geestelijke gezondheidszorg, weigeren asielzoekers te helpen, omdat hun verblijfsduur in de centra niet gekend is en er onmogelijk een goede behandeling kan worden gegeven over een te korte periode.

3.2.6. Gebrek aan passende informatie voor asielzoekers

Stakeholders wezen ook op het gebrek aan informatiemateriaal zoals brochures of animatie voor gezondheidseducatie, die zijn aangepast aan de specifieke situatie van asielzoekers. Sommige onderwerpen komen uitgebreid aan bod (bv. strijd tegen SOI's en HIV), en andere helemaal niet (bv. chronische ziekten). Sommige problemen blijken zeer moeilijk bespreekbaar te zijn, en komen daardoor bijna nooit aan bod: geestelijke gezondheid, seksualiteit of huiselijk geweld.

3.3. Macroniveau

De stakeholders betreurden het gebrek aan globale beleidscoördinatie, communicatie en samenwerking tussen de actoren op federaal en lokaal niveau.

3.3.1. Gebrek aan coördinatie en samenwerking

De gefedereerde entiteiten hebben een verschillende visie over de opvang van asielzoekers: de Vlaamse gezondheidsadministraties dekken alle prestaties die onder hun bevoegdheid vallen, terwijl Wallonië van oordeel is dat alles wat met asielzoekers te maken heeft, onder de bevoegdheid valt van het federale niveau, met inbegrip van de eigen bevoegdheden, zoals vaccinatie en geestelijke gezondheidszorg.

Deze verschillen hebben een negatieve impact op de zorgcontinuïteit, vooral wanneer een asielzoeker naar een andere regio verhuist. Het probleem is nog groter bij personen met een beperking of met specifieke medische behoeften. De MIPEX-evaluatie erkent het robuuste juridische kader van België op gebied van zorgtoegang in vergelijking met andere Europese landen, maar wijst tegelijkertijd op een gebrek aan globaal gezondheidsbeleid voor asielzoekers en op de verschillen in de uitvoering van de wetgeving.

Op netwerkniveau wezen de stakeholders erop dat Fedasil en het LOI-netwerk weinig samenwerken. Ze vermeldten ook de terughoudendheid van sommige opvangcentra of OCMW's om samen te werken op zorgprojecten van NGO 's of lokale non-profitorganisaties, bv. voor de preventie van seksueel overdraagbare infecties (SOI).

3.3.2. Gebrek aan opvolging

Het gebrek aan centrale gegevens en indicatoren verhindert een adequate opvolging van de gezondheidstoestand en zorgbehoeften van asielzoekers, en van de zorgkwaliteit en -kosten. Dit probleem is bijzonder acuut voor de asielzoekers met code 207 "*No show*".

Sommige gegevens worden wel verzameld, maar met systemen die niet compatibel zijn. Daardoor krijgen we geen globaal beeld van de situatie en kan er geen doeltreffende opvolging plaatsvinden, waardoor het aanbod niet aansluit bij de noden.



3.3.3. *Gebrek aan transparantie over de gezondheidsuitgaven*

De stakeholders betreunden het gebrek aan gedetailleerde informatie over de aard van de zorgkosten voor asielzoekers (geneesmiddelen, consultaties, enz.). De facturen van de ziekenhuizen of van zorgverleners worden door personeelstekort bij Fedasil niet systematisch gecontroleerd. Fedasil kan evenmin nagaan hoe de partnercentra en LOI 's hun budget besteden. De partnercentra maken algemene facturen op, terwijl de OCMW 's de uitgaven opnemen in hun globale budget voor sociale bijstand.

Door een gebrek aan compatibiliteit tussen de administratieve systemen van de ziekenfondsen en de opvangstructuren is er ook een reëel risico op dubbele facturatie.

Het is op dit moment niet mogelijk een correcte inschatting te maken van de verleende zorg en de globale kosten voor gezondheidszorg voor asielzoekers aangezien enkel de gegevens die het RIZIV kan verzamelen volledig en transparant zijn. Op die manier wordt ook de zorg verleend door sommige zorgorganisaties die een groot deel van hun activiteiten aan asielzoekers besteden, onderschat.

3.3.4. *Gebrek aan administratieve ondersteuning*

Fedasil en de OCMW's treden op als "parallele ziekenfondsen", maar beschikken niet over eenzelfde adequate ICT-infrastructuur en administratieve processen of controlemechanismen als die van de ziekenfondsen. De medische cel van Fedasil neemt de rol van adviserend geneesheer op zich om vooraf goedkeuring te geven voor gespecialiseerde zorg (bepaalde geneesmiddelen of chirurgische ingrepen). Deze cel is momenteel onderbemand en de verpleegkundigen in de opvangcentra krijgen onvoldoende administratieve ondersteuning. Bovendien vinden de zorgverleners of sociale diensten van ziekenhuizen de administratieve procedures lang en complex.

3.4. Specifieke problemen bij NBMV

De gezondheidszorg voor NBMV wordt momenteel georganiseerd in een parallel systeem, wat nog bijkomende problemen met zich meebrengt.

3.4.1. *Tekort aan voogden*

Alle NBMV, ongeacht waar ze verblijven, moeten worden bijgestaan door een voogd, zowel in hun asielprocedure en tijdens hoorzittingen met het CGVS, als voor andere persoonlijke activiteiten. De voogden moeten bijvoorbeeld NBMV inschrijven bij een ziekenfonds. Helaas is er een ernstig gebrek aan voogden en de Dienst Voogdij van de FOD Justitie kan niet elke NBMV de steun en ondersteuning bieden waarop hij recht heeft. NGO 's en non-profitorganisaties spelen een belangrijke rol in het begeleiden van voogden, maar krijgen onvoldoende ondersteuning. Bijgevolg zijn voogden vaak geïsoleerd en kan hun inzet voor de NBMV afnemen, waardoor deze jongeren toch te maken krijgen met ongelijkheid.

3.4.2. *Moeilijkheden om de voorwaarden voor toegang tot de verplichte ziekteverzekering te respecteren*

NBMV kunnen zich pas aansluiten bij een ziekenfonds nadat ze gedurende minstens 3 opeenvolgende maanden naar school zijn gegaan (basis- of secundair onderwijs) (zie sectie 2.3.4). De stakeholders gaven aan dat het voor sommige NBMV moeilijk is om aan deze voorwaarden te voldoen. Zo ging de overgrote meerderheid van NBMV uit Afghanistan nooit naar school vanwege de oorlogssituatie in hun land, en deze jongeren zijn op 16- of 17-jarige leeftijd analfabeet. In hun land van herkomst worden ze als volwassenen beschouwd, waardoor ze het moeilijk hebben om de schoolregels in België te respecteren. Een ander voorbeeld is dat een toenemend aantal minderjarigen uit Sub-Sahara Afrika de school verlaat om te gaan werken, om hun reis of om het losgeld te betalen van een familielid dat wordt vastgehouden door mensenhandelaars. Daarnaast kunnen sommige NBMV 's niet naar school gaan omdat ze met ernstige psychische problemen kampen.



3.4.3. *Niet altijd dekking door het ziekenfonds voor NBMV*

NBMV 's hebben in België recht op een dekking door de verplichte ziekteverzekering. Daarnaast moeten Fedasil of het OCMW aan de NBMV altijd het remgeld (en niet dat van andere asielzoekers, omdat ze niet bij een mutualiteit zijn ingeschreven) en andere medische kosten die niet worden gedekt door de ziekteverzekering (de Plus lijst en psychologische zorg) vergoeden.

Volgens de stakeholders blijken de NBMV in de praktijk echter niet altijd te genieten van deze ruimere dekking. Sommige voogden of zorgverleners zijn hiervan namelijk niet op de hoogte. Bovendien schrijven sommige voogden 'hun' NBMV niet altijd automatisch in bij een mutualiteit, vaak omdat het registratieproces complex is. Bijgevolg blijft Fedasil de medische kosten dekken, waardoor er een zekere heterogeniteit van zorgtoegang tussen de NBMV bestaat.

3.5. Bijzonder probleem van de gesloten opvangcentra

Momenteel organiseert en betaalt de Dienst Vreemdelingenzaken de gezondheidszorg voor mensen in gesloten opvangcentra,. Deze personen zijn vaak uitgeprocedeerde asielzoekers, en hoewel ze geen deel meer uitmaken van het opvangnetwerk, meldden de stakeholders dat hun toegang tot gezondheidszorg, en zeker tot geestelijke gezondheidszorg, nog kan worden verbeterd.

Sommige anderen wachten nog steeds op de definitieve beslissing over hun verzoek om internationale bescherming. Daarom moeten ze nog steeds worden beschouwd als asielzoekers, onder de verantwoordelijkheid van Fedasil. Niemand van de stakeholders kon ons echter duidelijke informatie geven over de financiering van deze gezondheidszorg.

De negatieve gevolgen van opsluiting voor de gezondheid en de gezondheidszorg werden reeds aangehaald. Ook WHO Europe heeft reeds opgemerkt dat een gesloten centrum enkel als laatst mogelijke optie mag worden gebruikt.

3.6. Bijzonder probleem van het “medisch toerisme”

Volgens sommige stakeholders komen niet-EU-onderdanen naar België voor dure medische zorg, maar vragen ze niet noodzakelijk een medisch visum, omdat dit vaak wordt geweigerd. In sommige gevallen zouden ze voor hun vertrek uit het land van herkomst al afspraken hebben gemaakt met een ziekenhuis. Zodra ze in België aankomen, vragen deze mensen dan asiel aan en worden ze rechtstreeks naar het betrokken ziekenhuis gestuurd. Op het moment van het schrijven van dit rapport, konden we echter geen cijfers terugvinden over dit 'medisch toerisme'.



4. OPTIES OM DE ZORGTOEGANG VOOR ASIELZOEKERS MEER GELIJK TE MAKEN: RESULTAAT VAN DE STAKEHOLDERBEVRAGING

Zoals we in het vorige hoofdstuk hebben gezien, veroorzaakt de huidige organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers een ongelijke toegang tot zorg op macro-, meso- en microniveau. Daarom is een grondige reorganisatie en vereenvoudiging van het systeem wenselijk. De verbeterpunten die we hieronder voorstellen, zijn het eindresultaat van de verschillende fasen van raadpleging van stakeholders (zie sectie 1.3). U vindt meer hierover gedetailleerde informatie [in het wetenschappelijk rapport](#) (in het Engels).

In ons denkproces hielden we met de volgende basisprincipes rekening:

1. Asielzoekers hebben recht op materiële hulp om een menswaardig leven te kunnen leiden.

Zoals voorzien in de Opvangwet, is materiële bijstand een vorm van sociale bijstand die het volgende moet omvatten: huisvesting, voeding, kleding, medische/ sociale/ psychologische begeleiding, een dagvergoeding, rechtsbijstand, tolkdiensten, opleidingen en een programma voor vrijwillige terugkeer. Er moet ook rekening worden gehouden met de *specifieke noden* van asielzoekers, vooral van de kwetsbaren. Medische hulp moet altijd verzekerd worden, zelfs wanneer materiële hulp wordt beperkt of wordt ingetrokken.

2. Gelijke toegang tot gezondheidszorg moet voor alle asielzoekers worden gewaarborgd.

De toegang tot gezondheidszorg door asielzoekers mag niet afhangen van hun statuut of verblijfplaats, en mag geen onderlinge ongelijkheden doen ontstaan.

3. De hervorming van de huidige zorgorganisatie voor asielzoekers moet in de richting van vereenvoudiging gaan

De meeste stakeholders zijn het erover eens dat de huidige parallelle systemen niet effectief zijn, vooral omdat ze veel energie vragen voor een toch relatief kleine groep mensen (23.443 personen in 2018) en voor een vrij beperkte periode (in principe minder dan zes maanden). Daarom is er een hervorming wenselijk waarbij alle asielzoekers in een globaal systeem worden opgenomen. Dit ligt in lijn met de huidige politieke benadering, die het verplichte ziekteverzekeringssysteem voor ook andere categorieën van de bevolking wil standaardiseren (zie het KCE-rapport over de gezondheidszorg voor gevangenen^r).

In dit hoofdstuk stellen we verschillende opties voor de toekomstige zorgorganisatie voor asielzoekers voor. Deze opties zijn voornamelijk gericht op:

- de verdeling van de financiële middelen,
- de 'governance' (d.w.z. het algemene beleid, de organisatie en de coördinatie van de gezondheidszorg).

De verdeling van de financiële middelen heeft een invloed op de opties voor de 'governance'. Daarom bespreken we deze eerst.

^r Mistiaen P, Dauvrin M, Eyssen E, Roberfroid D, San Miguel L, Vinck I. Gezondheidszorg in Belgische gevangenissen: Huidige situatie en toekomstige scenario's – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2017. KCE Reports 293As.D/2017/10.273/63.



4.1. Financiering van de zorg

De meerderheid (64,4%) van de stakeholders pleitte in onze online enquête voor een wijziging van het huidige financieringssysteem en voor een evolutie naar **een globale enveloppe** die het volgende dekt:

- de prestaties en diensten in de RIZIV-nomenclatuur, met uitzondering van de huidige Minlijst
- de huidige Pluslijst,
- preventie en screening,
- gezondheidspromotie,
- ondersteunende diensten (tolken, vervoer, enz.).

Een belangrijke kanttekening bij deze bevinding, is dat ongeveer een kwart van de respondenten (25,1%) antwoordde echter dat ze niet bevoegd waren om deze vraag te beantwoorden.

Op de vraag **wie deze globale enveloppe moet verdelen**, opteerde de meerderheid (36,6%) voor het RIZIV (via de ziekenfondsen), voornamelijk om praktische redenen. 32,3% was van mening dat Fedasil hiervoor het best geplaatst is, en 21,8% vond dat deze taak eerder toekwam aan de POD Maatschappelijke Integratie.

We bekijken hieronder de voor- en nadelen van het RIZIV (via de ziekenfondsen) of van Fedasil (met of zonder de administratieve ondersteuning van de HZIV) als verdeler.

4.1.1. Optie 1: Het RIZIV financiert en de ziekenfondsen verdelen de financiële middelen = integratie van asielzoekers in de Belgische verplichte ziekteverzekering

Bij deze eerste optie worden **asielzoekers geïntegreerd in het algemene systeem van de Belgische verplichte ziekteverzekering**. Ziekenfondsen kunnen de rol van verdeler opnemen, net zoals ze dat doen voor alle andere verzekerden, m.a.w. bijna de hele Belgische bevolking. Bij deze optie is er **slechts één globaal systeem van zorgfinanciering**.

Recent onderzoek toont aan dat het toekennen van een zorgdekking aan mensen zonder geldig verblijf die dezelfde is als die van de algemene bevolking, de kosten verlaagt voor de maatschappij^s. Onderzoek in Duitsland^t heeft bovendien uitgewezen dat een gelijke zorgtoegang ook meer kostenefficiënt is dan het erop nahouden van parallelle systemen. Deze laatsten zijn namelijk duurder, omdat acute gezondheidsproblemen, die door preventie en gezondheidspromotie hadden kunnen worden voorkomen, later worden behandeld. Bovendien liggen de administratieve kosten hoger, omdat de financierings- en terugbetalingssystemen van de parallelle systemen moeten worden onderhouden.

4.1.1.1. Voor- en nadelen van deze optie

Het RIZIV en de ziekenfondsen hebben momenteel de meeste ervaring met het beheer van gezondheidsuitgaven. Hun expertise over gezondheid en migratie is daarentegen beperkt. Ze beschikken over de nodige computersystemen en de nieuwste technologische ontwikkelingen op vlak van elektronische voorschriften, facturatie, betaling en controle van de verzekeraar, e-gezondheid, enz. De verdeling van de financiële middelen door de ziekenfondsen via de bestaande controlemechanismen

^s European Union Agency for Fundamental Rights. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. . Luxembourg: FRA; 2015. (TK-04-15-508-EN-N) Available from: <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>. AND Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A, Wilczewska I. The economic benefits of financing refugee and migrant health. In: Proceedings of Refugee and Migrant Health Workshop; 2017; Athens, Greece.

^t ozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. PLoS One. 2015;10(7):e0121483



zou ook de kosten en de administratieve last moeten reduceren (besparing van tijd en geld). Dit zou wel ingrijpende veranderingen aan de huidige werking van Fedasil met zich meebrengen.

De middelen die Fedasil vandaag inzet voor deze verdeling, kunnen dan worden vrijgemaakt en besteed aan andere opdrachten, zoals het verbeteren van de zorgcoördinatie en de opleiding van zorgverleners rond de specifieke kenmerken van asielzoekers. Het centraliseren van de financiering en van de terugbetaling van gezondheidszorg zou bovendien zorgen voor een gelijke behandeling van alle asielzoekers ongeacht hun verblijfplaats, en voor een administratieve vereenvoudiging voor alle zorgverleners.

De vertegenwoordigers van de ziekenfondsen voorzien geen grote technische problemen bij de integratie van asielzoekers in de verplichte ziekteverzekering.

Deze optie zou ook de continuïteit van de verzekeraarbaarheid van vluchtelingen of van personen met het subsidiaire beschermingsstatuut (ongeveer 50% van de aanvragen) beter waarborgen. Bovendien zou dit hun integratie in het reguliere ziekteverzekeringssysteem (incl. inschrijving bij een ziekenfonds of bij de HZIV) vergemakkelijken. Ze opent ook de mogelijkheid van een uniforme dekking voor verblijven in de residentiële zorg (woonzorgcentra, revalidatiecentra), wat een bijkomende stap zou zijn naar gelijke toegang en financiële dekking voor alle asielzoekers in België.

4.1.1.2. Voorwaarden voor de implementatie van deze optie

De belangrijkste voorwaarde voor de implementatie van deze optie is het **creëren van een verzekeraarheidsstatus** voor asielzoekers:

- door een **nieuwe verzekeraarheidsstatus** te creëren voor alle asielzoekers, ongeacht hun type verblijf. Dit zou de gelijke toegang tot zorg waarborgen, en heeft ook het voordeel dat de dekking van de terugbetaalde zorg kan worden aangepast aan de specifieke context van asielzoekers. Dit past in de geest van de Verklaring van New York, die de aangesloten landen oproept om aandacht te hebben voor de “specifieke zorgnoden van migrantenpopulaties”. De Plus- en Minlijsten van het huidige systeem zijn hieraan al aangepast en ze kunnen worden geïntegreerd in en/of aangepast aan de nieuwe categorie van verzekeraarheid.
- OF door de **verzekeraarheidsstatus van de asielzoekers gelijk te stellen met die van de Belgische inwoners ('residenten')**. Deze optie past bij het idee om asielzoekers zoveel mogelijk te behandelen als nationale burgers (zoals dit tot 01/06/2007 onder bepaalde voorwaarden het geval was vóór de hervorming van de asielprocedure). Als voor deze optie wordt gekozen, zal het nodig zijn om de integrale toepassing van de regels voor de gewone Belgische burgers op asielzoekers, te herbekijken.

Ongeacht de keuze van het type verzekeraarheidsstatus, moeten de volgende kwesties worden bekeken:

- *Betaling van sociale zekerheidsbijdragen?*

Asielzoekers hebben vaak onvoldoende financiële middelen en vormen slechts een zeer kleine groep mensen in vergelijking met alle Belgische burgers die door een ziekteverzekering worden beschermd. Het is eventueel mogelijk om de dekking van deze nieuwe categorie niet te laten afhangen van de betaling van sociale zekerheidsbijdragen (tenzij ze voldoende inkomsten hebben).



- *Definitie van de gedekte zorg*

Het bestaan van en vooral de inhoud van de huidige plus- en minlijsten moet worden bekeken. De aandacht voor de specifieke noden van asielzoekers kan de dekking voor ondersteunende diensten zoals tolken, medisch vervoer, bemiddelaars, enz. rechtvaardigen. Deze diensten vallen momenteel niet onder de nomenclatuur, en zijn niet opgenomen in de Plus- en Minlijsten. Ze zouden rechtstreeks door Fedasil kunnen worden gefinancierd.

- *Vrije keuze van ziekenfonds of verplichte aansluiting bij de HVIZ?*

Iedereen moet ingeschreven zijn bij een ziekenfonds of de HZIV om te kunnen genieten van de terugbetaling van gezondheidszorg. Er zijn twee opties mogelijk voor asielzoekers: zij kiezen hun ziekenfonds (de ziekenfondsbijdragen worden dan betaald door de asielzoeker of door Fedasil), of ze sluiten zich verplicht aan bij de HZIV, waaraan geen bijdrage vereist is. Een andere mogelijkheid is dat het ziekenfonds tijdens de asielprocedure geen bijdrage vereist.

- *Tijdelijk recht of uitloprecht?*

De algemene regel bij de verplichte ziekteverzekering is dat wanneer het recht op ziekteverzekering is vastgesteld (jaar X), dit recht in principe blijft voortduren tot het einde van het daaropvolgende kalenderjaar (jaar X +1). Aangezien een asielprocedure in principe maximaal zes maanden duurt, kan een persoon wiens asielverzoek wordt geweigerd, in theorie dus nog anderhalf jaar genieten van het recht op gezondheidszorg. Dit zou kunnen betekenen dat een persoon wiens asielaanvraag werd afgewezen maar daarna toch nog illegaal in België blijft, recht zou kunnen hebben op ziekteverzekering. Dit komt in conflict met de algemene regel voor buitenlanders zonder legale verblijfsvergunning, voor wie normaal het systeem van de Dringende Medische Hulpverlening (DMH) geldt. Een alternatief is om asielzoekers een tijdelijk recht op ziekteverzekering te verlenen, voor de duur van de asielprocedure.

- *Identificatie van de verzekerbaarheidsstatus?*

De verzekeringsstatus is gekoppeld aan een identiteitsbewijs (vroeger een SIS-kaart, nu de elektronische identiteitskaart). Daarom is een identificatiebewijs nodig waarmee een asielzoeker zijn verzekerbaarheid kan aantonen.

- *Overdracht van budgeten?*

Als men beslist om de asielzoekers op te nemen in de Belgische ziekteverzekering, zullen de budgetten, die van Fedasil naar het RIZIV moeten worden overgedragen, duidelijk moeten worden bepaald. Ook zal moeten worden beslist welke delen van de zorgdekking onder de (financiële) verantwoordelijkheid van Fedasil blijven (bv. ondersteunende dienstverlening, bijdragen, enz.).

4.1.2. *Optie 2: Fedasil financiert en neemt de rol op van verdeler voor alle asielzoekers*

Bij deze tweede optie beheert Fedasil het volledige budget voor de gezondheidszorg voor asielzoekers, met inbegrip van dat van de LOI's. Fedasil zou zich voor de betaling van de zorgverleners kunnen baseren op de bestaande RIZIV-nomenclatuur.

In dit scenario zijn er theoretisch **twee verdelingssystemen** mogelijk:

1. **Optie 2.1: Fedasil neemt de rol op van ziekenfonds** voor alle asielzoekers, zoals momenteel al gebeurt voor asielzoekers in collectieve opvangcentra. In de praktijk blijft het huidige systeem dan behouden, en Fedasil komt bovendien tussen voor asielzoekers in LOI's en NBMV (die zich dus niet hoeven in te schrijven bij een ziekenfonds).
2. **Optie 2.2: Fedasil** beheert de globale enveloppe, maar **de HZIV neemt de administratie op** zich via het MediPrima-systeem. De HZIV betaalt de zorgverleners en controleert de facturen (via MyCareNet). Daarnaast blijft Fedasil de ondersteunende diensten zoals tolken, vervoer, enz. rechtstreeks financieren.



4.1.2.1. Voor- en nadelen van deze optie

Deze optie respecteert, net als de vorige, **het principe van gelijke zorgtoegang** voor alle asielzoekers, ongeacht hun huisvesting. Anderzijds **behoudt** deze optie **twee parallelle zorgsystemen**, één voor Belgische burgers en één voor asielzoekers.

Deze optie steunt op de grote ervaring van Fedasil met de specifieke noden van asielzoekers. Anderzijds heeft het een zeer beperkte expertise in het beheren van zorgkosten en beschikt het niet over de nodige elektronische systemen zoals het RIZIV en de ziekenfondsen. Daarnaast zou de implementatie van deze optie aanzienlijke investeringen vergen, die waarschijnlijk niet in verhouding staan tot het aantal betrokkenen en de korte duur van hun situatie.

Als de HZIV de administratie op zich zou nemen, kan het MediPrima-systeem worden ingezet, op voorwaarde dat dit wordt uitgebreid naar de eerstelijnszorg (op dit moment wordt dit systeem enkel gebruikt met de ziekenhuizen). Deze oplossing is volgens de vertegenwoordigers van MediPrima technisch mogelijk, maar zou voor de HZIV een toename van de werklust betekenen.

Fedasil beschikt ook niet over adviserende artsen zoals de ziekenfondsen, noch over controlemechanismen van de facturen, zoals het RIZIV. Het is evenmin bevoegd om te onderhandelen over zorgconventies met zorgverleners en zorginstellingen.

Net als bij de vorige optie (integratie in de verplichte ziekteverzekering), zou het centraliseren van de financiering en de terugbetaling van de zorg bij Fedasil leiden tot een administratieve vereenvoudiging. Het behoud van twee parallelle vergoedingssystemen is daarentegen een belangrijke kritiek op het huidige systeem en zou dus onpraktisch blijven voor de zorgverleners. Asielzoekers van wie het verzoek wordt goedgekeurd, zouden zich nog steeds moeten inschrijven bij een ziekenfonds of de HZIV. Het overstappen van het ene verzekeringsstelsel naar het andere is niet eenvoudig; de continuïteit van de verzekeraarbaarheid zou hieronder kunnen lijden.

Anderzijds kan Fedasil rekenen op een meer flexibel budget, wat een voordeel is om in te spelen op de variaties in de migratiestromen.

4.1.2.2. Voorwaarden voor de implementatie van de optie als Fedasil alleen tussenkomt (optie 2.1)

- **Implementatie van de vereiste elektronische systemen** (zie hierboven)
- **Aanpassing van de administratieve procedure van Fedasil** en behoefte aan meer personeel: de medische cel van Fedasil telt momenteel slechts 3 VTE 's. Om de vlotte opvolging en verdeling van de betalingen mogelijk te maken zou dit team moeten worden versterkt (veel stakeholders wezen op de nu al belangrijke betalingsachterstand). Bovendien is de huidige duur van een betalingsverbintenis (requisitorium) beperkt tot één dag. Het zou mogelijk moeten zijn om deze betalingsverbintenissen voor langere periodes uit te vaardigen, wat de zorgcontinuïteit zou verbeteren en de werklust van de medische cel van Fedasil zou verminderen.
- **Toegang tot dezelfde informatie als de ziekenfondsen** voor een correcte terugbetaling van de gezondheidszorg (bv. MyCareNet).
- **Uitbreiding van de bevoegdheid** van Fedasil naar gezondheidszorg voor asielzoekers van LOI 's die worden beheerd door OCMW's, met overdracht van het bijbehorende budget.

Deze voorwaarden omvatten enkel de structurele veranderingen op macroniveau, die nodig zijn voor de implementatie van deze optie. Zelfs als men deze invoert, is het evident dat de vele problemen op microniveau (bv. geen voorafgaande controle op geneesmiddelen waarvoor toestemming nodig is van de adviserend geneesheer) nog zullen blijven bestaan.

4.1.2.3. Voorwaarden voor de implementatie van de optie als Fedasil samen met de HZIV tussenkomt (optie 2.2)

- **De uitbreiding van het MediPrima-systeem naar de eerste lijn** is een *absolute voorwaarde*. Momenteel wordt MediPrima enkel gebruikt voor zorg in ziekenhuizen. Momenteel lopen er pilootprojecten met huisartsen, en er zijn er ook gepland met apothekers en andere zorgverleners.



- **Verbetering van de globale werking van MediPrima**, die volgens vele stakeholders momenteel nog veel te wensen overlaat. Op logistiek vlak zou de inschrijving van alle asielzoekers in MediPrima geen bijzondere problemen mogen stellen.
- **Creëren van een nieuwe identificatiecategorie in MediPrima** om asielzoekers te onderscheiden van andere categorieën (bv. buitenlanders zonder wettig verblijf). Dit is essentieel voor het opvolgen van het zorgverbruik van asielzoekers.
- **Verstrekken van een uniek identificatiemiddel** aan alle asielzoekers.

4.1.3. *Optie 3: De huidige actoren verdelen de financiële middelen, administratie door MediPrima en recht op zorg gedekt door de ziekteverzekering*

Bij deze optie blijven de kosten voor de gezondheidszorg de verantwoordelijkheid van de huidige financieringsinstanties (Fedasil en de OCMW's). Dezelfde actoren behouden dus dezelfde bevoegdheden voor de verschillende categorieën van asielzoekers, net als dezelfde financiële verantwoordelijkheden.

Alle asielzoekers hebben recht op dekking van de prestaties binnen de verplichte ziekteverzekering. De huidige nomenclatuur kan worden gebruikt door de zorgverleners. De facturatie en de controle van facturen zouden door MediPrima gebeuren. Volgens sommige stakeholders zouden de Plus- en Minlijsten dan overbodig worden en kunnen ze dus worden afgeschaft. Op deze manier zou er een volledige gelijkstelling zijn met de Belgische burgers.

4.1.3.1. *Voor- en nadelen van deze optie*

Door de bevoegdheden en verantwoordelijkheden bij de huidige actoren te laten, vermijden we een grondige hervorming en de grote en tijdrovende inspanningen die daarmee samengaan. Deze optie zou zorgen voor meer uniformiteit in de terugbetalingsregels voor de Belgische inwoners (want de regels zouden voor iedereen gelden). Dit zou duidelijker zijn voor de zorgverleners, maar het probleem van de twee parallelle financieringssystemen zou wel blijven bestaan.

Het grote nadeel van deze optie is dat het een stap achteruit is ten opzichte van de huidige situatie. Men **wijkt dan immers af van de verklaring van New York** die wil dat er rekening gehouden wordt met de specifieke noden van asielzoekers. Dit zou zeker het geval zijn als men de Pluslijst zou afschaffen. En zelfs wanneer alle asielzoekers, in theorie, recht zouden hebben op dezelfde dekking, zou de zorgtoegang voor degenen die in een LOI verblijven, nog altijd afhankelijk blijven van het sociaal onderzoek van het OCMW. Hierdoor zou *de facto* een **ongelijkheid** blijven bestaan tegenover asielzoekers in collectieve centra. En als het OCMW en Fedasil de voorafgaande controle op uitzonderlijke zorg blijven uitvoeren, zouden de huidige ongelijkheden in de besluitvorming voortduren.

4.1.3.2. *Voorwaarden voor de implementatie van deze optie*

- Alle voorwaarden voor de implementatie van het **MediPrima-systeem** zijn ook hier geldig.
- Investerings in de **vereiste elektronische systemen** zijn absoluut noodzakelijk, om te voorkomen dat de terugbetalingen handmatig moeten worden gecontroleerd.
- **De invoering van controlesystemen** (voorafgaande controle zoals die van de adviserende artsen van de ziekenfondsen, en controle achteraf, vergelijkbaar met die van het RIZIV).

4.2. **Beleid van het systeem ('governance')**

In zijn huidige vorm is het beleid en de organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers complex en versnipperd. Een geïntegreerde financiering van de gezondheidszorg voor asielzoekers betekent ook dat het systeem centraal wordt aangestuurd (algemeen beleid, organisatie en coördinatie). Dit was trouwens ook de mening van 85% van de respondenten van onze online enquête. In dit kader stellen wij twee mogelijke opties voor:

- Fedasil neemt hierover de leiding op zich (ondersteund door 39,3% van de respondenten), OF
- Een strategisch coördinatiecomité, dat dit beleid coördineert, wordt opgericht (ondersteund door 28,3% van de respondenten).



Andere opties die door verschillende actoren werden voorgesteld, zijn te gefragmenteerd en werden niet weerhouden (zie Fig. 11 van het wetenschappelijke rapport).

4.2.1. Optie 1: Fedasil stuurt de gezondheidszorg voor asielzoekers aan

De sleutelpositie van Fedasil bij de opvang van asielzoekers en zijn jarenlange ervaring waren de belangrijkste argumenten van de bijna 40% respondenten die achter deze optie stonden.

4.2.1.1. Voor- en nadelen van deze optie

Fedasil heeft de expertise om aan de specifieke gezondheidsbehoeften van asielzoekers tegemoet te komen, en is ook in staat om snel en adequaat te reageren op snelle veranderingen in de migratiestromen.

Bij deze optie zou **de medische cel van Fedasil** zijn rol van organisatie en coördinatie blijven vervullen, en zouden zijn bevoegdheden bovendien worden uitgebreid naar het netwerk van de LOI's. Dit zou het probleem van ongelijke zorg voor asielzoekers op basis van hun verblijf oplossen. Naast de andere huidige opdrachten (waarvan sommige kunnen verdwijnen als asielzoekers in de verplichte ziekteverzekering worden opgenomen), zou de medisch cel van Fedasil:

- een nationale strategie rond gezondheidszorg voor asielzoekers kunnen ontwikkelen en de implementatie ervan op lokaal niveau kunnen ondersteunen, ook bij onverwachte migratiepieken
- bij de optie waar Fedasil ook verantwoordelijk is voor financiering en verdeling: de gezondheidstoestand van asielzoekers, hun gezondheidsnoden, hun zorggebruik, de zorgkwaliteit en -kosten kunnen monitoren (i.s.m. de studiedienst van Fedasil). Als asielzoekers worden opgenomen in de verplichte ziekteverzekering, zal deze taak overgedragen worden aan het RIZIV
- klinische praktijkrichtlijnen (guidelines) kunnen ontwikkelen en/of aanpassen voor zorgverleners m.b.t. de opvang van asielzoekers (bv. in samenwerking met het Belgische EBP-netwerk)

- de openbare en private actoren betrokken bij de gezondheid van asielzoekers coördineren
- de acties voor preventie en gezondheidspromotie van de gefedereerde entiteiten coördineren met andere (lokale) initiatieven
- de opleiding van zorgverleners organiseren

4.2.1.2. Voorwaarden voor de implementatie van deze optie

- Een aanpassing van de Opvangwet met een duidelijke en specifieke melding van de uitbreiding van de bevoegdheden van Fedasil naar de organisatie van de zorg voor alle asielzoekers, ongeacht hun huisvesting, en de specifieke taken die daarmee gepaard gaan. Daarbij moet de wet ermee rekening houden dat bepaalde zorgaspecten, zoals preventie, onder de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten vallen. Afhankelijk van de inhoud en de omvang van de gedefinieerde taken, moeten de medewerkers van Fedasil ondersteund worden door gespecialiseerd personeel.
- Een samenwerking tussen het RIZIV en Fedasil. Het is duidelijk dat bij de optie waar asielzoekers opgenomen zouden worden in de verplichte ziekteverzekering en de ziekenfondsen de financiële middelen zouden verdelen, een duurzame samenwerking tussen het RIZIV en Fedasil onmisbaar is. Het inzetten van de expertise van Fedasil door het RIZIV om de specifieke dekking voor asielzoekers vast te leggen/ aan te passen, zou een meerwaarde zijn.

4.2.2. Optie 2: Het beleid van het systeem wordt toevertrouwd aan een strategisch comité

Als alternatief voor het bestuur door Fedasil, werd tijdens de online enquête de mening van de stakeholders gevraagd over de oprichting van een strategisch comité. Dit comité zou bestaan uit vertegenwoordigers van de openbare (federale en gefedereerde) en privé-instellingen die betrokken zijn bij de zorgfinanciering van en de zorg aan asielzoekers, en zou het (federale) gezondheidszorgbeleid voor asielzoekers moeten uitstippelen. Het zou ook instaan voor de verdeling van de taken tussen de actoren en de opvolging van de aanbevelingen.



Slechts 28,3% van de respondenten van de online enquête zag heil in deze optie. Een aantal stakeholders betwijfelden de noodzaak en de haalbaarheid van een dergelijk strategisch comité, in de overtuiging dat het eerder een 'lege doos' zou zijn.

Anderzijds herdefinieerden de stakeholders spontaan de rol van het strategisch comité naar die van een '**adviescomité**' bestaande uit dezelfde vertegenwoordigers. Dit comité zou dan een **platform** zijn **dat de coördinatie** tussen de activiteiten van de verschillende actoren (bv. preventie) **vergemakkelijkt**, en waar de verschillende experts organisatiemodellen voor dergelijke activiteiten kunnen voorstellen, met het oog op een meer geïntegreerd beleid. De deelnemende openbare instellingen kunnen o.a. zijn: de FOD Volksgezondheid (inclusief de cel interculturele bemiddeling), de gefedereerde entiteiten verantwoordelijk voor gezondheids promotie en preventie, het Federaal Migratiecentrum (Myria) en Fedasil. De deelnemende privépartners kunnen o.a. zijn: het Belgische Rode Kruis, Rode Kruis Vlaanderen, Dokters van de Wereld, Vluchtelingenwerk Vlaanderen en de CIRÉ (*Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers*)^u. Een dergelijk adviescomité is volledig verenigbaar met de eerste optie waarbij het bestuur wordt toevertrouwd aan Fedasil.

De stakeholders waren het unaniem eens over de nood aan meer samenwerking tussen de verschillende gezondheidsactoren, zelfs los van de oprichting van een nieuw strategisch comité of adviescomité. Het is inderdaad te hopen dat onderlinge de samenwerking en communicatie verbetert, in overeenstemming met de recente update van de ETHEALTH-aanbevelingen^v die werden opgesteld op vraag van de minister van Volksgezondheid.

4.2.2.1. Voor- en nadelen van de optie 'strategisch comité'

De oprichting van een strategisch comité zou de interacties tussen de betrokken experts en actoren aanmoedigen. Anderzijds zou het kunnen zorgen voor een verdere complexisering van het gezondheidssysteem, waardoor de doelstelling om het systeem net te vereenvoudigen net in het gedrang komt.

Een strategisch comité zou ook de verschillende bevoegdheden van federale, gefedereerde en niet-gouvernementele entiteiten kunnen bekrachtigen en coördineren. Het laat ook een goede vertegenwoordiging van de verschillende betrokken actoren toe, evenals een bredere visie en het samenbrengen van verschillende expertises, wat het pad kan effenen naar nieuwe ideeën.

Een mogelijk nadeel is dat door de betrokkenheid van vele partijen, de besluitvorming langer duurt. Bovendien zal het niet gemakkelijk zijn om te bepalen wie beslissingsbevoegdheid en wie een adviserende stem zal hebben.

4.2.2.2. Voorwaarden voor de implementatie van deze optie

- **De oprichting van het strategisch comité:** selectie van de vertegenwoordigers uit openbare en privé-instellingen, omschrijving van hun specifieke opdrachten en taken in de wetgeving, want zonder wettelijk kader kan het comité inderdaad een "lege doos" worden.
- **Expertise:** de leden van het strategisch comité moeten relevante expertise hebben. Om de versnippering van het gezondheidszorgbeleid te verminderen, kan het strategisch comité niet alleen worden belast met de reflectie op de gezondheidszorg voor asielzoekers, maar ook voor alle andere migranten of personen in ballingschap, ongeacht hun status.

^u Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers (Coördinatie en initiatieven voor vluchtelingen en buitenlanders): www.cire.be

^v Derluyn, I., Lorant, V., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep

voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (update in press).



- **Toekennen van beslissingsbevoegdheid**, en het strategisch comité moet deze beslissingen onafhankelijk kunnen nemen.
- **De benadering van gezondheid doorheen alle beleidsmaatregelen en sectoren**: het comité moet rekening houden met de mogelijke impact van de beleidsmaatregelen en sectoren op de gezondheid van asielzoekers (zoals herplaatsingsbeleid, toegang tot de arbeidsmarkt of het onderwijssysteem) en daarbij telkens aandacht hebben voor de sociale context.

4.3. Mogelijke verbeteringen aan het huidige systeem die snel kunnen gebeuren ('quick wins')

Sommige stakeholders vroegen zich af of een ingrijpende reorganisatie van de huidige gezondheidszorg voor asielzoekers wenselijk is, en een meerwaarde zou bieden. In de plaats daarvan stelden ze voor om stapsgewijs te werk te gaan of om gedeeltelijke, minimale verbeteringen aan het bestaande systeem aan te brengen. Hieronder stellen we een aantal snel uitvoerbare verbeteringen voor ('quick wins').

4.3.1. 'Quick wins' op macroniveau

- **Aanpassen van het herplaatsingsbeleid**: de herplaatsing van asielzoekers naar een ander opvangcentrum bemoeilijkt heel erg de zorgcontinuïteit, en daarmee zou bij een nieuw herplaatsingsbeleid rekening moeten worden gehouden. Ook een elektronisch medisch dossier voor alle asielzoekers zou nuttig kunnen zijn (zie verder).
- **Analyseren en harmoniseren van de Plus- en Minlijsten**: de relevantie van de Plus- en Minlijsten moet worden nagegaan, en daarbij moet men zich baseren op de inhoud en de frequentie van de terugbetalingsaanvragen voor uitzonderlijke zorguitgaven. Dit moet transparant door Fedasil en de POD Maatschappelijke Integratie (die alle OCMW's vertegenwoordigt) samen gebeuren. De aangepaste Plus- en Minlijsten kunnen dan op gelijkaardige manier door de OCMW's en Fedasil worden gebruikt, zodat de asielzoekers en hun

zorgverleners de huidige reglementering op dezelfde manier interpreteren.

- **Uitbreiden van het huidige aanbod van interculturele bemiddeling en de zorgverleners bewustmaken over het nut ervan**: dit valt momenteel onder de bevoegdheid van de FOD Volksgezondheid.
- **Verbeteren van de toegang van zorgverleners tot richtlijnen en informatie over de gezondheid van migranten**. In Nederland biedt een website gecentraliseerde informatie voor huisartsen^w. Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) publiceerde een reeks richtlijnen over de aanpak van tuberculose, de screening en vaccinatie van infectieziekten, testen op HIV, hepatitis B en C. Het Mental Health & Psychosocial Support Network (MHPSS) kan door zorgverleners worden aangesproken bij geestelijke gezondheidsproblemen.
- **Verbeteren de opleiding van zorgverleners**: er bestaan al initiatieven al in België, zoals een online training voor huisartsen door Fedasil, in samenwerking met Domus Medica en SSMG^x, en deze moeten worden voortgezet.
- **Inzetten van coördinerende artsen in de OCMW's**, naar het model van de CRA's (Coördinerend en Raadgevende artsen) in woonzorgcentra, om de continuïteit van het medisch dossier te waarborgen wanneer een asielzoeker van een opvangcentrum (van Fedasil of van een partner) naar een LOI verhuist.
- **Gebruik van het elektronisch medisch dossier in het opvangnetwerk aanmoedigen**, voor een betere communicatie tussen de accommodatie en de zorgverleners. Fedasil is momenteel zo'n elektronisch medisch dossier aan het ontwikkelen, zoals wordt aanbevolen door de Internationale Organisatie voor Migratie en door WHO Europe.

^w <https://www.huisarts-migrant.nl/>

^x <https://www.ssmg.be/choisir-un-cours-2-2/>



- **De compatibiliteit van de verschillende ICT-systemen garanderen**, bv. tussen de systemen van de Dienst Vreemdelingenzaken en die van Fedasil, vooral om overbodige informatie en verlies van informatie te vermijden bij het nagaan van de kwetsbaarheid van de asielzoekers.

4.3.2. 'Quick wins' op OCMW-niveau

- **Verbeteren van het systeem van de betalingsverbintenis (requisitorium)**: men kan een betalingsverbintenis toekennen voor een bepaalde periode i.p.v. per geval of per dag. Ook een medische kaart voor één maand kan worden overwogen, zoals de medische kaart voor mensen zonder papieren. Dit voorkomt vertragingen bij de toegang tot zorg, garandeert een betere zorgcontinuïteit en vermindert de administratieve werklast van de OCMW's.
- **De sociale onderzoeken reglementeren**: sommige OCMW's verrichten een sociaal onderzoek van het gezin als geheel, en andere van elk individu afzonderlijk (waarbij er dan meerdere afzonderlijke sociale onderzoeken lopen binnen één enkel gezin). Het beste zouden er voor alle OCMW's uniforme regels worden vastgelegd en toegepast.
- **De OCMW's aanmoedigen om gemeenschappelijke Minlijsten op te stellen** van zorgprestaties en farmaceutische producten die ze steeds verlenen of afleveren. Men kan zich hiervoor baseren op het model van de gemeenschappelijke lijst van klasse D-geneesmiddelen voor de 19 Brusselse gemeenten van de Federatie van Brusselse OCMW's en de Federatie van de Brusselse HuisArtsen Verenigingen (FBHAV).

4.3.3. 'Quick wins' op Fedasil-niveau

- **Vereenvoudiging van de betalingsprocedures voor de zorgprestaties**: momenteel worden de erelonen en facturen van zorgverleners betaald door het opvangcentrum, en betaalt Fedasil dit centrum op zijn beurt terug. Het zou veel doeltreffender (en sneller) zijn om deze betalingen rechtstreeks te laten gebeuren door Fedasil, zonder tussenkomst van het opvangcentrum. Hiervoor moet dan wel het personeelsbestand van Fedasil worden uitgebreid.
- **Het personeel van de medische cel uitbreiden**: hoe dan ook zou het aantal medewerkers van de medische cel van Fedasil moeten worden uitgebreid. Momenteel zijn er slechts 3 VTE's, wat onvoldoende is om hun opdracht naar behoren te vervullen.
- **Versterking of aanpassing van het personeel in de opvangcentra**: momenteel zijn er geen normen die bepalen hoeveel zorgverleners er in de opvangcentra moeten werken (bv aantal VTE-verpleegkundigen per centrum) of welke competentie ze moeten hebben. Door hiervoor duidelijke criteria te bepalen, kunnen de reeds aanwezige competenties worden verbeterd en uitgebreid. Dit kan gebeuren door adequate opleidingen aan te bieden. Dit zou de job meer aantrekkelijk maken en het personeelsverloop doen afnemen.



5. CONCLUSIE

De huidige organisatie van de gezondheidszorg voor asielzoekers wordt ervaren als complex en chaotisch. Volgens het Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (2014) werkt deze complexiteit een algemeen gebrek aan transparantie en ongelijkheden tussen asielzoekers in de hand. Het Witboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg stelde vervolgens voor om de zorgtoegang voor alle kwetsbare bevolkingsgroepen - inclusief asielzoekers - te harmoniseren door hun zorg op te nemen in de reguliere ziekteverzekering. De bedoeling van het huidige rapport is om deze en andere opties voor financiering en beleid te verkennen, op basis van een brede raadpleging van stakeholders, zodat de zorgtoegang voor deze kleine, maar zeer kwetsbare bevolkingsgroep verbeterd wordt. Doel is dus niet om de performantie van het zorgsysteem voor asielzoekers te beoordelen, noch de zorgkwaliteit. De door ons voorgestelde opties moeten worden beschouwd als een voorbereidende stap voor een diepgaande hervorming van het betrokken zorgsysteem.

Bij ons onderzoek werden de volgende basisprincipes steeds in het achterhoofd gehouden:

1. Asielzoekers hebben recht op materiële hulp om een menswaardig leven te kunnen leiden. Daarbij moet volgens de Verklaring van New York rekening worden gehouden met hun specifieke behoeften.
2. Alle asielzoekers moeten gelijke toegang tot gezondheidszorg hebben.
3. De hervorming van de huidige zorgorganisatie voor asielzoekers moet zorgen voor vereenvoudiging.

De opties die wij voorstellen streven naar de integratie van alle asielzoekers in één globaal zorgsysteem, ongeacht hun statuut (dus ook niet-begeleide minderjarigen) en verblijfplaats. Ze sluiten hiermee aan bij de huidige politieke wil om de verschillende bevolkingscategorieën zoveel mogelijk in de verplichte ziekteverzekering op te nemen, om zo de uniformiteit van de dekking te vergroten. Zo werd op het moment van het schrijven van dit rapport de integratie van de gevangenen in de verplichte ziekteverzekering volop besproken. In Tabel 5 hieronder vindt u een overzicht van de mogelijke impact van de verschillende opties op de problemen die op

verschillende niveaus werden vastgesteld (Hoofdstuk 3) als tenminste alle implementatievoorwaarden worden vervuld.

De optie 1 waarbij de ziekenfondsen de financiële middelen verdelen voldoet het beste aan de drie basisvereisten voor een gelijke zorgtoegang voor alle asielzoekers, ongeacht hun status of verblijfplaats, met aandacht voor hun specifieke behoeften, binnen een vereenvoudigd, algemeen systeem. De parallelle systemen zouden dan verdwijnen. Voor deze optie zijn echter ook de meest ingrijpende hervormingen nodig.

De optie 2.1 waarbij Fedasil alle zorg voor asielzoekers financiert, zorgt ook voor een gelijke zorgtoegang met aandacht voor de specifieke behoeften van asielzoekers. Om tot een even doeltreffend systeem te komen als de ziekenfondsen, zouden er bij Fedasil echter meer technische veranderingen en investeringen nodig zijn op gebied van personeel en opleiding.

De optie 2.2 waarin Fedasil alle zorg financiert, maar dat de administratie wordt gedaan door de HZIV kan een oplossing bieden voor de hierboven vermelde technische veranderingen en investeringen in de tweede optie. Deze optie heeft een aantal voordelen qua haalbaarheid, aangezien het aansluit bij het huidige systeem voor migranten-zonder-papieren. Echter, een belangrijke voorwaarde voor deze optie is dat de MediPrima software dan uitgebreid moet worden naar de eerstelijnsgezondheidszorg.

De optie 3 waarbij dezelfde organisaties bevoegd blijven en waar alle asielzoekers toegang hebben tot de gezondheidszorg binnen de nomenclatuur van de ziekteverzekering (met behulp van administratief hulpmiddel MediPrima) beantwoordt aan de eis van gelijke dekking voor alle asielzoekers. De zorgtoegang zal echter ongelijk blijven, want de bestaande bevoegde organisaties (Fedasil en de OCMW's) behouden hun bevoegdheid over de verschillende categorieën van asielzoekers. Dit systeem garandeert asielzoekers dezelfde behandeling als de algemene bevolking, maar mogelijk zal er minder aandacht gaan naar hun specifieke behoeften, zoals voorzien door de Verklaring van New York. Deze optie is wel de minst ingrijpende, vermits de huidige bevoegdheden van de betrokken organisaties ongewijzigd blijven.



Belangrijk is dat het momenteel moeilijk is om de kosten van elke optie te voorspellen. We verwachten dat ze allemaal op korte termijn de kosten zullen doen toenemen omdat de zorg voor asielzoekers beter zal worden gedekt, maar dit effect zou in principe slechts tijdelijk zijn. Door het vereenvoudigde systeem zullen de diensten meer efficiënt door asielzoekers en zorgverleners worden gebruikt, wat uiteindelijk kan zorgen voor een algemene kostenverlaging. Het is immers aangetoond dat wanneer mensen zonder legaal verblijf dezelfde medische dekking hebben als de reguliere inwoners, dit de totale kosten voor de maatschappij doet afnemen^y. Vergelijkbare resultaten werden gevonden in Duitsland, na de reorganisatie van de zorg voor asielzoekers^z.

Alle opties lijken op praktisch vlak uitvoerbaar te zijn. Zo voorzagen de ziekenfondsen geen grote technische problemen bij het integreren van de asielzoekers in de verplichte ziekteverzekering. De vertegenwoordigers van het MediPrima-systeem verwachtten evenmin problemen om alle asielzoekers in hun systeem op te nemen. Omdat het om een relatief kleine groep personen gaat, beschouwden ze de mogelijke impact op hun werklust als beheersbaar.

In plaats van een ingrijpende hervorming door te voeren, stelden sommige stakeholders voor om stapsgewijs te werk te gaan of om tussentijdse oplossingen te voorzien ('quick wins'), om het bestaande systeem minimaal te verbeteren. Hoewel deze 'quick wins' op korte termijn gemakkelijker lijken, bieden ze echter geen lange termijnoplossing voor de problemen op macroniveau.

Voor het beleid ('governance') waren alle stakeholders het bijna unaniem eens dat een centrale organisatie die de gezondheidszorg voor asielzoekers voor alle opvangstructuren en categorieën van asielzoekers coördineert, nodig is. De optie waarbij Fedasil deze rol opneemt, geniet de voorkeur, omdat men vreest dat een nieuw besluitvormend orgaan het systeem nog complexer zal maken. Daarentegen werd algemeen gesteld dat een 'adviescomité' met actoren en experts een meerwaarde kan bieden. Dit is perfect verenigbaar met een bestuur dat wordt toevertrouwd aan Fedasil.

^y European Union Agency for Fundamental Rights. Cost of exclusion from healthcare. The case of migrants in an irregular situation. . Luxembourg: FRA; 2015. (TK-04-15-508-EN-N) Available from: <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare-case-migrants-irregular-situation>. AND Trummer U, Novak-Zezula S, Renner A, Wilczewska I. The economic benefits of financing refugee and migrant health.

In: Proceedings of Refugee and Migrant Health Workshop; 2017; Athens, Greece.

^z Bozorgmehr K, Razum O. Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. PLoS One. 2015;10(7):e0121483.


Tabel 4 – Verwacht effect van de verschillende opties op de vastgestelde problemen

	Organisatie die de financiële middelen verdeelt				Beleid	
	Optie 1	Optie 2.1.	Optie 2.2	Optie 3	Optie 1	Optie 2
	Ziekenfondsen	Fedasil	Fedasil + HZIV	Situatie ongewijzigd MediPrima + nomenclatuur	Fedasil	Strategisch comité
PROBLEMEN OP MACRONIVEAU						
Gebrek aan coördinatie en samenwerking	N/A	N/A	N/A	N/A	😊	😊
Regionale verschillen	N/A	N/A	N/A	N/A	😊	😊
Gebrek aan opvolging van de zorgconsumptie en de kosten	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Gebrek aan transparantie over de gezondheidsuitgaven	😊	😊	😊	😊	N/A	N/A
Gebrek aan administratieve ondersteuning	😊	😊	😊	😊	N/A	N/A
PROBLEMEN OP MESONIVEAU						
Systeem niet transparant voor externe zorgverleners	😊	😊	😊	😊	N/A	N/A
Ongelijkheden naargelang verblijfplaats	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Gebrek aan bekwame zorgverleners voor asiel-specifieke gezondheidszorg	N/A	N/A	N/A	N/A	😊	😊
Verloop van zorgverleners	N/A	N/A	N/A	N/A	😊	😊
Weerstand en/of overbelasting van zorgverleners	N/A	N/A	N/A	N/A	😊	😊
Problemen in de communicatie tussen actoren binnen en tussen opvangplaatsen	N/A	N/A	N/A	N/A	😊	😊
Spanning gerelateerd aan het beroepsgeheim	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Gebrek aan passende informatie voor asielzoekers	N/A	N/A	N/A	N/A	😊	😊
PROBLEMEN OP MICRONIVEAU						
Toegankelijkheid en beschikbaarheid van gespecialiseerde zorgdiensten	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Culturele- en taalbarrières	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Administratieve barrières	😊	😊	😊	😊	N/A	N/A
Heterogeniteit in de vrije keuze van zorgverlener	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Heterogeniteit in de zorgdekking	😊	😊	😊	😊	😊	😊
Gebrek aan globale evaluatie van de gezondheidstoestand bij aankomst en vertrek	N/A	N/A	N/A	N/A	😊	😊
Gebrek aan en beperkte implementatie van richtlijnen	N/A	N/A	N/A	N/A	😊	😊



Beperking van de geestelijke gezondheidszorg

N/A

N/A

N/A

N/A

☹️

☹️

SPECIFIEKE PROBLEMEN BIJ NBMV

Tekort aan voogden

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

N/A

Moeilijkheden om de voorwaarden voor toegang tot de verplichte ziekteverzekering te respecteren

😊

N/A

N/A

☹️

N/A

N/A

Niet altijd dekking door het ziekenfonds voor NBMV

😊

😊

😊

☹️

N/A

N/A

GRAAD VAN HERORGANISATIE

+++

++

++

+

+

++

😊 te verwachten effect is positief, ☹️ te verwachten effect is onzeker (afhankelijk van te maken keuzes) of gemengd, ☹️ te verwachten effect is negatief, niet van toepassing, geen effect verwacht.



COLOFON

Titel:	Asielzoekers: opties voor een meer gelijke toegang tot gezondheidszorg. Een stakeholderbevraging – Synthese
Auteurs:	Marie Dauvrin (KCE), Jens Detollenaere (KCE), Chris De Laet (KCE), Dominique Roberfroid (KCE), Irm Vinck (KCE)
Project facilitator:	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Senior supervisor:	Chris De Laet (KCE), Dominique Roberfroid (KCE)
Redactie synthese:	Karin Rondia (KCE), Gudrun Briat (KCE)
Reviewers:	Cécile Camberlin (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE)
Externe experten:	David Ingleby (UVA), Roumyana Petrova-Benedict (International Organisation for Migration IOM), Ann Van den Bruel (KULeuven)
Stakeholders:	Pascal Breyne (INAMI – RIZIV), Fabienne Crauwels (VVSG), Cécile Daron (Brulocalis), Régina De Paepe (Cabinet of the minister M. De Block), Tom De Spiegeleer (Mutualité Chrétiennes), Elvire Delwiche (SPF Justice – FOD Justitie), Isabelle Demaret (Cabinet of the minister A. Greoli), Florence Durieux (Mutualités Neutres), Jean Hermesse (Collège Intermutualiste National), Christel Heymans (INAMI – RIZIV), Annemarie Hoogewys (Fedasil), Wilhelmus Janssen (Fedasil), Philippe Karamanis (Cabinet of the minister D. Ducarme), Ibrahim Kebe (Cabinet of the minister B. Debaets), Christian Lejour (Brulocalis), Eva Prins (Cabinet of the minister C. Jodogne), Valérie Proumen (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Cécile Thoumsin (Union des Villes et Communes de Wallonie), Joni Van Capellen (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Bart Vancanneyt (Liberale Mutualiteit), Glen Van Humbeeck (Liberale Mutualiteit), Lies Verlinden (Cabinet of the State Secretary T. Francken), Danica Zamurovic (CAAMI – HZIV), Myriam Mertens (Croix-Rouge de Belgique); Pierre Skillbecq (Médecins Sans Frontières), Angela Modarelli (Médecins Sans Frontières), Kathia Van Egmond (Fedasil), Nicolas Jacobs (Fedasil), Bieke Machiels (Fedasil), Patricia Lecoq (Myria), Alexandra Buchler (Myria), Lisa Assleman (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Kathia Fournier (Plateforme Mineurs en Exil), Seppe Brantegem (SPF Justice – FOD Justitie), Myrtielle Bakunde Mukundwa (SPF Justice – FOD Justitie), Ellen Belmans (Rode Kruis Vlaanderen), Hajare Boujzat (Médecins du Monde), Isabelle Coune (SFP Santé publique – FOD Volksgezondheid), Fabienne Crauwels (Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten), Stéphanie De Maesschalck (UGent), Marie Lissa Denerville-St Louis (CAAMI – HZIV), Ilse Derluyn (UGent), Frank Douchy (Fedasil), Marie-Christine Drion (Initiative spécifique Santé en Exil du Service de Santé Mentale de Montignies-sur-Sambre), Veerle Evenpoel (MedImmigrant), Jean-Marc Feron (UCLouvain), Kurt Gesquiere (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Christof Godderis (Médecins Sans Frontières), Françoise Guillaume (Fedasil), Jasmijn Helsen (Caritas International), Voltaire Komi (HE Léonard de Vinci), Maureen Louhenapessy (Plateforme Prévention SIDA), Christine Louwagie (CPAS de Schaerbeek – Schaarbeek OCMW), Fulgence Lupaka (INAMI – RIZIV), Benoit Mathieu-Daboïs (CPAS de Bruxelles – Brussels OCMW), Marine Michel



	(CPAS de Bruxelles – Brussels OCMW), Laurence Martin (Fedasil), Luc Nicolas (Fedasil), Grace Ntunzwenima (Plateforme Prévention SIDA), Nina Roos (Fedasil), Sylvia Servranckx (Caritas International), Pascal Sinda (HE Léonard de Vinci), Michele Telaro (Médecins Sans Frontières), Tomas Tiels (Médecins Sans Frontières), Claire Uwimana (CPAS de Schaerbeek – Schaerbeek OCMW), Dominique van Zuylen (Croix-Rouge de Belgique), Rita Vanobberghen (Geneeskunde voor het Volk), Annika Waag (Agentschap Integratie en Inburgering), Werner Vanhout (SPF Justice – FOD Justitie), Joni Van Cappellen (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Thuy Pham (SPP Intégration Sociale – POD Maatschappelijke Integratie), Virginie Simonis (Fedasil)
Externe validatoren:	Isabelle Ajoulat (UCL); Sibyl Anthierens (Universiteit Antwerpen); Alain Denis (Yellow Window);
Acknowledgements:	Gabrielle Baes (CGRA – CGVS), Veerle Evenepoel (MedImmigrant), Nicolas Jacobs (Fedasil), Anna Van der Borcht (Atlas), Annika Waag (Agentschap Integratie en Inburgering), Tim Vromant (Fedasil), Wilhelmus Janssens (Fedasil) en alle mensen van het terrein die aan deelnamen aan de online survey.
Gemelde belangen:	“Alle experts en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict”
Infografieken:	Nathalie Da Costa (Figuren 1 en 3)
Layout:	Joyce Grijseels, Ine Verhulst
Disclaimer:	• De externe experts werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan. • Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan. • Tot slot werd dit rapport unaniem goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur). • Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.
Publicatiedatum:	5 november 2019 (2 nd edition, 1 st edition: 29 oktober 2019)
Domein:	Health Services Research (HSR)
MeSH:	Delivery of Health Care; Economics; Health Policy; Health Services Administration; Refugees.
NLM classificatie:	WA300 Health problems
Taal:	Nederlands



Formaat: Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot: D/2019/10.273/51
ISSN: 2466-6432
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » <http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties>.



Hoe refereren naar dit document?

Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, Roberfroid D, Vinck I. Asielzoekers: opties voor een meer gelijke toegang tot gezondheidszorg. Een stakeholderbevraging – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2019. KCE Reports 319As. D/2019/10.273/51.

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