



Vrije Universiteit Brussel

Mensen zonder wettig verblijf en hun toegang tot gezondheidszorg in Brussel. Een verkennend onderzoek naar de gevolgde trajecten en ervaren knelpunten anno 2006.

Eindwerk in de Agogische wetenschappen, Sociale Agogiek

Mart Baeten

Promotor: Prof. dr. Fred Louckx

Organisatie: Artzen zonder Grenzen

Academiejaar 2005-2006

WETENSCHAPSwinkel
Brussel



Vrije Universiteit Brussel

FACULTEIT VOOR PSYCHOLOGIE EN EDUCATIEWETENSCHAPPEN

Richting: Sociale en Culturele agogiek, optie Sociale Agogiek

**Mensen zonder wettig verblijf en hun toegang tot
gezondheidszorg in Brussel.
Een verkennend onderzoek naar de gevolgde
trajecten en ervaren knelpunten anno 2006.**

Eindwerk voorgelegd voor het behalen van de graad van licentiaat in de Sociale en
Culturele Agogiek, Optie Sociale Agogiek door

Baeten Mart

Academiejaar 2005-2006

Promotor: Prof. Dr. Fred Louckx

WETENSCHAPSwinkel
Brussel



Samenvatting

In deze verhandeling onderzoeken we de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Brussel voor mensen zonder wettig verblijf. Daarbij verkennen we in het bijzonder de trajecten die mensen zonder papieren volgen om toegang tot medische zorgen te krijgen en brengen we de knelpunten in kaart die de toegankelijkheid voor mensen zonder wettig verblijf anno 2006 kunnen belemmeren. Wat betreft de trajecten proberen we vooreerst in kaart te brengen naar welke hulpverleningsinstellingen mensen zonder papieren gaan in Brussel en waarom. Vervolgens gaan we na welke strategieën ze hanteren om hun toegang tot gezondheidszorg te realiseren. Ook schetsen we een beeld van de groep mensen zonder wettig verblijf die consulteren.

Het Belgische gezondheidszorgsysteem scoort op wereldvlak vrij goed. Toch glippen een aantal categorieën, waaronder mensen zonder papieren, nog steeds door de mazen van het net. Het recht op gezondheidszorg is echter een basisrecht. In België wordt het recht op gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf geregeld door het KB van 12 december 1996 betreffende de 'Dringende Medische Hulp' (DMH). Toch stelt men vast dat dat recht niet altijd in de praktijk wordt omgezet.

Uitgaande van eerdere bevindingen in de literatuur bevroegen we 16 eerstelijnsdiensten in Brussel en 1 expertorganisatie aan de hand van kwalitatieve semi-gestructureerde diepte-interviews. Uit de analyses van onze onderzoeksresultaten kunnen we besluiten dat er op vlak van toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Brussel voor mensen zonder papieren anno 2006 nog niet veel is verbeterd. Verder doen mensen zonder papieren, naast de DMH, ook beroep op informele strategieën en wordt er vooral bij laagdrempelige eerstelijnsdiensten geconsulteerd. Het patiëntenpubliek is gevarieerd, maar niet iedereen wordt bereikt. Het klachtenpatroon is gelijkaardig aan dat van mensen mét papieren, maar toch zijn er enkele specifieke kenmerken te bemerken.

Belangrijke aanbevelingen voor praktijk en beleid zijn een harmonisering van de werking van de verschillende OCMW's, een vereenvoudiging van de procedure, een ruimere verspreiding van informatie bij alle actoren, een uitklaring van het begrip 'dringend', een verlenging van de 45-dagentermijn, toegang tot alle medische verstrekkingen en het openstellen van de ziekteverzekering.

Voorwoord

Graag had ik vooraf nog een kleine verantwoording gegeven waarom mijn promotor Professor Louckx en ik hebben besloten om de vastgelegde limiet van 15 000 woorden te overschrijden.

Een onderzoek doen naar mensen zonder wettig verblijf en hun toegang tot gezondheidszorg in Brussel bleek geen gemakkelijke taak. Het is een complexe problematiek waarbij veel verschillende aspecten aan bod komen. Om het onderwerp voor alle lezers zo begrijpelijk mogelijk te maken, vonden we het dan ook noodzakelijk verschillende zaken te belichten.

Ook tijdens het onderzoek zelf (dat verliep aan de hand van kwalitatieve diepte-interviews) werden door onze respondenten verschillende belangrijke nuances gelegd die het verdienen om in onze onderzoeksresultaten te worden uitgelegd.

Dankwoord

Bijna afgestudeerd. Het moet nog even doordringen...

Vier mooie jaren zijn voorbijgevlogen. Als ik erop terugblik zie ik veel mooie momenten. Veel deuren werden geopend, en soms weer stilletjes achter mij gesloten. Keuzes maken, vallen, opstaan en weer verder gaan. Ontdekken, proeven en de smaak te pakken hebben. Aan mijn studententijd denk ik met de glimlach terug. Nostalgie, nú al...

Met dit eindwerk wil ik dat mooie hoofdstuk afsluiten. Enkele personen verdienen daarbij een bijzondere vermelding. Vooreerst wil ik mijn promotor Professor Dr. Fred Louckx bedanken voor de goede raad en ondersteuning die ik kreeg de voorbije woelige thesismaanden. Ook dank aan Veerle Dupont van Artsen Zonder Grenzen voor haar tijd en energie bij het nalezen en verbeteren, voor de kritische opmerkingen, voor de hulp bij de vertaling van de vragenlijst en voor menig krantenartikel. Dank aan Veerle Evenepoel van Medimmigrant voor haar tips en adviezen, de enorme tijd en bereidwillige medewerking. Dank aan Stefanie Goovaerts van de Wetenschapswinkel voor haar inzet en regelmatige opvolging. Verder zou ik ook al mijn respondenten willen bedanken die zich open stelden voor een interview en daardoor elk hun steentje bijdroegen aan de verwezelijking van dit onderzoek.

Natuurlijk ook enorm veel bedankingen aan iedereen die me het afgelopen jaar bijstond met de nodige raad en daad. Daarbij richt ik me in het bijzonder tot Tine voor haar enorme steun, tijd en hulp bij het nalezen en verbeteren, en Joke, Ann, Ruben, Wieter, Lotje, Annelies, Karolien, Sabine en Jeroen voor de vele warme schouderklopjes en gezellige ontspanningsmomenten tussendoor.

Tot slot richt ik nog een speciaal dankwoordje aan mijn ouders, grootouders, broer en zus voor hun onvoorwaardelijke steun en vertrouwen.

Lijst met afkortingen

{AZG}	.....	Artsen Zonder Grenzen
{BIVR}	.....	Bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister
{BVG}	.....	Bevel om het grondgebied te verlaten
{CGVS}	.....	Commissariaat-Generaal voor de Vluchtelingen en de Staatlozen
{CPAS}	.....	Centre Publique d'Action Sociale
{DMH}	.....	Dringende Medische Hulp
{DVZ}	.....	Dienst Vreemdelingenzaken
{EMT}	.....	European Migration Network
{EVRM}	.....	Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden
{FARES}	.....	Fonds des Affections Respiratoires
{GVHV}	.....	Geneeskunde Voor Het Volk
{HGEU}	.....	Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie
{ICEM}	.....	Interdepartementale Commissie Etnisch-culturele Minderheden
{KB}	.....	Koninklijk Besluit
{KBS}	.....	Koning Boudewijnstichting
{MSMZP}	.....	Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren (sinds 2005: Medimmigrant)
{OCIV}	.....	Overlegcentrum voor Integratie van Vluchtelingen
{OCMW}	.....	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
{ONE}	.....	Office de la Naissance et de l'Enfance
{PAAZ}	.....	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
{PICUM}	.....	Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants
{PTSD}	.....	Post Traumatisch Stress Disorder
{PVT}	.....	Psychiatrisch Verzorgingstehuis
{RIZIV}	.....	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
{RVS}	.....	Raad van State
{RVV}	.....	Raad voor Vreemdelingenbetwistingen
{VBV}	.....	Vaste Beroepscommissie voor Vluchtelingen
{VMC}	.....	Vlaams Minderhedencentrum
{VN}	.....	Verenigde Naties
{VRGT}	.....	Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding

Inhoudstafel

Samenvatting	2
Voorwoord.....	3
Dankwoord	4
Lijst met afkortingen	5
Inhoudstafel.....	6
Algemene inleiding en probleemstelling.....	9
Deel I: Literatuuronderzoek	11
Hoofdstuk 1. een gewijzigde Migratiedynamiek	12
1.1 Migratie van en naar België	12
1.2 Push- en pullfactoren.....	13
1.3 Migratie vandaag	14
1.4 Push- en pullfactoren voor illegale migratie naar België	15
Hoofdstuk 2. Etnisch-culturele minderheden	17
2.1 Alloctonen	17
2.2 Woonwagenbewoners	18
2.3 Vluchtelingen.....	18
2.4 Vreemdelingen zonder wettig verblijf.....	19
Hoofdstuk 3. Verblijfsstrategieën van vreemdelingen in België	21
3.1 Formele verblijfsstrategieën	21
3.1.1 Directe strategieën	22
3.1.2 Indirecte strategieën.....	25
3.2 Informele verblijfstrategieën	26
3.3 Machtiging tot verblijf omwille van medische redenen.....	26
3.4 Verblijf in illegaliteit	28
Hoofdstuk 4. Illegaliteit en sociale zekerheid	30
Hoofdstuk 5. Basisrechten voor vreemdelingen	33
zonder wettig verblijf.....	33
5.1 Op welke rechten kunnen mensen zonder papieren in theorie steunen?	33
5.2 Een blik op de realiteit.....	34
Hoofdstuk 6. De gezondheid van mensen zonder papieren	36
Hoofdstuk 7. Toegang tot gezondheidszorg	39
7.1 Informele strategieën	39
7.2 Formele strategieën	40
7.2.1 Inschrijving in een ziekenfonds.....	40

7.2.2 Privé-verzekering	40
7.2.3 Procedure 'Dringende Medische Hulp' (DMH)	40
Hoofdstuk 8. Knelpunten voor mensen zonder wettig verblijf inzake de toegang tot gezondheidszorg	43
8.1 Knelpunten aan de vraagzijde (mensen zonder wettig verblijf)	43
8.2 Knelpunten aan de aanbodzijde (zorgverstrekkers, OCMW's, apothekers, hulpverleningsinstanties)	44
8.2.1 Organisatie van de gezondheidszorg	44
8.2.2 Kosten van de medische zorgen	45
8.2.3 Wetgeving en regelgeving	45
8.2.4 Specifieke hulp- en dienstverlening	47
8.3 Gevolgen van een problematische toegang	47
DEEL II: Empirisch onderzoek	49
Hoofdstuk 1. Inleiding, hypothese en onderzoeksvragen	50
Hoofdstuk 2. Onderzoeksopzet	52
2.1 Onderzoekspopulatie en onderzoeksterrein	52
2.2 Methodologie	53
2.3 Validiteit van de resultaten	54
Hoofdstuk 3. Identiteit en gezondheid van mensen zonder wettig verblijf	55
3.1 Nationaliteit	55
3.2 Geslacht	56
3.3 Leeftijd	57
3.4 Gezondheidsproblemen	57
Hoofdstuk 4. Trajecten van mensen zonder wettig verblijf	60
4.1 Naar waar gaan mensen zonder wettig verblijf bij gezondheidsklachten?	60
4.2 Kenmerken van de eerstelijnsdiensten	63
4.2.1 Laagdrempelig karakter	63
4.2.2 Betalingssysteem	63
4.2.3 Buurt	64
4.2.4 Taal	65
4.2.5 Interculturele bemiddelaars	65
4.2.6 Conventie met het OCMW	65
4.2.7 Doorverwijzing door andere organisaties	66
4.2.8 Mond-aan-mond reclame	66
4.2.9 Informatie over de praktijk	67
4.2.10 Andere kenmerken	67
4.3 Strategieën van mensen zonder wettig verblijf	68
4.3.1 Formele strategieën	68
4.3.2 Informele strategieën	69
4.3.3 Bemerkingen	71
Hoofdstuk 5. Ervaren problemen inzake toegang tot de gezondheidszorg	73
5.1 Knelpunten aan de vraagzijde (mensen zonder wettig verblijf)	74
5.1.1 Culturele verschillen	74
5.1.2 Communicatieproblemen	75
5.1.3 Niet op de hoogte van rechten	76
5.1.4 Problemen inherent aan de preciaire leefomstandigheden	77
5.2 Knelpunten aan de aanbodzijde (zorgverstrekkers, OCMW's, apothekers, hulpverleningsinstanties...)	80
5.2.1 Kosten van de medische zorgen	80

5.2.2 Wetgeving en regelgeving	80
5.2.3 Organisatie van de gezondheidszorg	83
5.2.4 Specifieke hulp- en dienstverlening.....	86
Hoofdstuk 6. Vooruitgang of achteruitgang van de toegankelijkheid?	89
Hoofdstuk 7. Gevolgen van een beperkte toegang	91
7.1 Gevolgen voor de patiënt.....	91
7.2 Gevolgen voor de zorgverstrekker.....	92
7.3 Gevolgen voor de omgeving	92
Hoofdstuk 8. Aanbevelingen om de toegankelijkheid te vergroten	93
8.1 Aanbevelingen voor het werkveld.....	93
8.2 Aanbevelingen voor het beleid	94
DEEL III: Conclusies.....	97
Referenties.....	104
Overzicht van de bijlagen	111

Algemene inleiding en probleemstelling

Het Belgische gezondheidszorgsysteem scoort op wereldvlak relatief goed. De zorg is kwalitatief hoogstaand en relatief toegankelijk voor de gemiddelde Belg. De beleidsmatige aandacht voor de sociale zekerheid en de ziekteverzekering is behoorlijk en de ziekteverzekering omvat een ruim pakket van medische zorgen waarvan de kosten vrij goed kunnen beheerst worden (Van Doorslaer, 1995 in: Vanroelen, Smeets & Louckx, 2004). Maar ondanks de goed uitgebouwde sociale zekerheid, glijpen een aantal categorieën van mensen toch systematisch door de mazen van het sociale vangnet, waaronder mensen zonder papieren. Omdat zij geen aanspraak maken op een sociale zekerheid, ondervinden zij dikwijls grote moeilijkheden om toegang te krijgen tot gezondheidszorg. Nochtans is het recht op gezondheidszorg een basisrecht, dat werd vastgelegd in verschillende nationale en internationale verdragen (Artsen Zonder Grenzen {AZG}, 2004a, 2006).

In België wordt dat recht op gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf geregeld door het Koninklijk Besluit van 12 december 1996 aangaande de 'Dringende Medische Hulp' (DMH). Toch wordt in de praktijk vastgesteld dat mensen zonder papieren het dikwijls heel moeilijk hebben om dat recht te laten gelden. Uitgaande van deze praktijkvaststellingen willen we in dit onderzoek op een wetenschappelijke manier nagaan hoe het gesteld is met de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf in Brussel anno 2006. Aan de hand van kwalitatieve diepte-interviews bij 16 eerstelijnsdiensten en bij één expertorganisatie in Brussel brengen we enerzijds in kaart welke trajecten mensen zonder papieren volgen om toegang te krijgen tot gezondheidszorg. Hiervoor onderzoeken we naar welke medische hulpverleningsinstanties mensen zonder wettig verblijf gaan bij gezondheidsproblemen en welke strategieën ze hanteren om toegang tot medische zorgen te krijgen. Anderzijds onderzoeken we ook welke problemen mensen ondervinden die de toegang tot gezondheidszorgen afremmen. Daarbij stellen we de vraag of de toegankelijkheid anno 2006 verbeterd of verslechterd is, of er knelpunten zijn bijgekomen en of er accenten zijn verschoven.

Om onze problematiek theoretisch ruimer te kaderen zullen we in de literatuurstudie (Deel I) vooreerst kort ingaan op de migratiedynamiek van vroeger en nu. Verder schetsen we een algemeen beeld van de groep etnisch-culturele minderheden in België, om vervolgens dieper in te gaan op de diverse groep van mensen zonder wettig verblijf. In hoofdstuk 3 zoomen we in op de verschillende strategieën die mensen zonder papieren hanteren om een legaal verblijfsstatuut te verwerven. Dat staat hoog op het verlanglijstje aangezien een legaal verblijf de noodzakelijke voorwaarde is om volwaardig te kunnen

participeren aan alle dimensies van onze maatschappij (tewerkstelling, gezondheidszorg, stemrecht ...). De band tussen illegaliteit en sociale zekerheid wordt uitgespit in hoofdstuk 4. De omstandigheden waarin mensen met een illegale verblijfsstatus recht hebben op sociale zekerheid staan hierin centraal. Maar ondanks dat dergelijke situaties eerder in beperkt mate voorkomen, hebben mensen zonder wettig verblijf recht op een aantal (universele) basisrechten. Toch lijkt de theorie niet altijd in de praktijk te worden omgezet... (hoofdstuk 5). Informatie over de gezondheid van mensen zonder papieren wordt ons meegedeeld in hoofdstuk 6. Mede door het feit dat ze geen aanspraak maken op een ziekteverzekering, ervaren ze soms grote moeilijkheden om aan medische zorgen te geraken. De verschillende strategieën die mensen zonder papieren toepassen om toegang te krijgen tot gezondheidszorg worden besproken in hoofdstuk 7. Ondanks hun recht op DMH, is de toegang tot gezondheidszorg vaak niet verzekerd. In het laatste hoofdstuk geven we de problemen aan die de toegankelijkheid voor mensen zonder wettig verblijf afremmen.

In deel II zullen we de bevindingen uit de literatuur vervolgens empirisch toetsen aan de praktijk. De resultaten van ons verkennend onderzoek bij de medische eerstelijnsdiensten in Brussel worden er neergeschreven. In deel III resumeren we onze belangrijkste onderzoeksresultaten, die we zullen linken aan de eerdere bevindingen uit de literatuur. Eindigen doen we met een kort overzicht van de voornaamste aanbevelingen voor praktijk en beleid die door de bevraagde respondenten werden aangehaald.

Mensen zonder wettig verblijf en hun toegang tot gezondheidszorg in Brussel.
Een verkennend onderzoek naar de gevolgde trajecten en ervaren knelpunten anno 2006.

Deel I: Literatuuronderzoek

HOOFDSTUK 1.

EEN GEWIJZIGDE MIGRATIEDYNAMIEK

Migratie is geen nieuw fenomeen. Over heel de wereld en op alle tijdstippen zijn er mensen op pad gegaan om hun geluk elders te beproeven. En ook vandaag is dat niet anders. Migratiebewegingen komen op gang als een vlucht voor armoede en een onvoldoende ervaren levenskwaliteit, en dat op zowel economische, sociaal, politiek als ecologisch vlak (Wets, 2001).

1.1 Migratie van en naar België

Ook België kent sinds haar onafhankelijkheid in 1830 een rijke geschiedenis van immigratie en emigratie. Ondanks minieme wetenschappelijke belangstelling voor en beperkt nauwkeurig statistisch cijfermateriaal over de Belgische emigratiegolven, zijn er toch een aantal tendensen merkbaar. Belgen emigreerden voornamelijk naar Frankrijk, Noord-Amerika, Latijns-Amerika en Congo, onder lokroepen van werk, hoge lonen, exotisme, avontuur en in het geval van Congo: de 'expatriation' naar de Belgische kolonie. Het 'dienen van het vaderland' was in veel gevallen echter een verdoken reden van vertrek. Vaak speelden immers ook economische drijfveren mee in de beslissing. Verder was er ook sprake van een interne migratie: veel Belgen trokken weg uit Vlaanderen richting het geïndustrialiseerde Wallonië.

Aan de andere kant oefende België ook een zekere aantrekkingskracht uit op immigranten. Vóór de Eerste Wereldoorlog strandden vooral mensen uit Centraal- en Oost-Europa, in hun trek naar de 'Nieuwe Wereld', in België dat onder andere door haar liberale grondwet ten aanzien van migranten en de sociale rust die er heerste een veilig onderkomen bood. Maar verder waren het vooral immigranten uit de buurlanden die naar België emigreerden. Dat veranderde tijdens het Interbellum. Vanaf 1920 begon de overheid georganiseerd en systematisch arbeidskrachten te rekruteren uit andere Europese landen (vooral Zuid- en Oost-Europa) voor het harde werk in de steenkoolmijnen (Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding, z.d.; Dewaele, 1997; Grimmeau, 1993; Yildirim & Leyman, z.d.).

Met betrekking tot de naoorlogse migratie naar Europa spreekt White (1993, in: Wets, 2001) over drie migratiegolven. Een eerste golf betreft die van *arbeidsmigranten*. Tijdens de wederopbouw waren het, in hand gewerkt door het Belgisch-Italiaans protocol, hoofdzakelijk Italianen die naar België emigreerden om er te werken in de mijnen. Later werden zij vervoegd door Spanjaarden, Grieken, Portugezen en Joegoslaven, en verschoven de arbeidsactiviteiten van de mijnen naar de zware industrie, de havengebieden, en de sectoren van bouw en textiel in de grote steden. Met de economische hoogconjunctuur van de jaren 60 in het vooruitzicht ('the Golden Sixties') bleef de vraag naar laaggeschoolde (buitenlandse) arbeiders stijgen. Actieve recruiteringscampagnes werden opgestart in Noord-Afrika en Turkije, hoofdzakelijk voor tewerkstelling in 3-D jobs (dirty, dangerous and degrading), de vuile werkjes die niemand anders wenste uit te voeren (Centrum voor Gelijkheid van Kansen en Racismebestrijding, z.d.; Grimmeau, 1993; Mertens, 2003; Wets, 2001; Yildirim et al., z.d.).

Als gevolg van de economische crisis op het einde van de jaren 60, werd de grote instroom van buitenlandse arbeidskrachten een halt toegeroepen. Met het oog op de bescherming van de werkgelegenheid ging de Belgische regering in 1974 over tot een totale immigratiestop. Emigreren naar België kon nog slechts op basis van een aantal strenge voorwaarden. Niettegenstaande bleef de vreemdelingenpopulatie toenemen, als gevolg van natuurlijke aangroei en de politiek van *familiehereniging*. Deze laatste gaf meteen ook de aanleiding voor een tweede migratiegolf. De meest recente migratiegolf betreft de *postindustriële migraties*. In deze context spreekt men ook over 'de nieuwe migranten', om die personen te duiden die, ondanks de immigratiestop en de moeilijkheid om een legale verblijfsstatus te bemachtigen, België binnenkomen op zoek naar een beter leven. (Dewaele, 1997; Stokx, 1996; Wets, 2001; Yildirim et al., z.d.).

1.2 Push- en pullfactoren

Er zijn verschillende redenen waarom mensen emigreren. Zowel huidige economische, ecologische, maatschappelijke, politieke en sociale (omgevings)factoren als gepercipieerde toekomstmogelijkheden en het gedrag van een individu oefenen een invloed uit op een migratiedynamiek. Er zijn factoren die een persoon aanzetten om te vertrekken uit het land van herkomst, de zogenaamde *pushfactoren*. En er zijn omstandigheden die maken dat een persoon door een andere bestemming wordt aangetrokken, de zogenaamde *pullfactoren*.

Belangrijke pushfactoren zijn de economische en sociale ongelijkheid, de explosieve demografische groei die een voorspoedige economische evolutie dwarsbomen, de aantasting van het milieu, de AIDS-

problematiek, voedselschaarste, ondervoeding, werkloosheid, mensenrechtenschendingen, politiek wanbeleid en burgeroorlogen, klimatologische omstandigheden enzovoort. Een toekomstperspectief, de (al dan niet werkelijkheidsgetrouwe) perceptie van de economische mogelijkheden in het immigratieland en toegang tot geneeskundige verzorging zijn voorname pullfactoren. Deze redenen werken cumulatief, ze komen zelden geïsoleerd voor. Migranten zullen de veelheid aan push- en pullfactoren wikken en wegen en mogelijk tot een beslissing van vertrek overgaan (Wets, 2001).

Daarnaast zij er ook nog een aantal bijkomende, veeleer praktische, factoren die een rol kunnen spelen. Onder andere goedkope transportmogelijkheden, de aanwezigheid van een sociaal netwerk in het gastland en de toegangsregels van een land bepalen mee of een migratieproject al dan niet wordt opgestart. De uitbreiding van de communicatiemogelijkheden en de sterk ontwikkelde massamedia zorgden ook voor een bredere, doch vaak éénzijdige kijk op de wereld. Een groeiende bewustwording dat een andere, rooskleuriger toekomst mogelijk is, kan leiden tot een verhoogde emigratiedruk (Wets, 2001).

1.3 Migratie vandaag

In het onderzoek over het migratie- en asielbeleid in België dat werd uitgevoerd in opdracht van de Koning Boudewijnstichting (Wets, 2001) is er sprake van een *gewijzigde migratiedynamiek*. Terwijl vroeger migratiestromen eerder werden verklaard door de economische noden van het immigratieland, blijken vandaag factoren als demografische, socio-economische en politiek-religieuze onevenwichten in het emigratieland de beslissing tot vertrek te bepalen. Dat heeft als gevolg dat de Europese immigratielanden vandaag nog maar weinig inbreng hebben in het sturen van migratiestromen, waardoor de migratieproblematiek hoe langer hoe meer wordt opgevat als een veiligheidsprobleem. Volgens Scott (2004) werken connecties tussen migratie en mensenhandel en internationaal georganiseerde misdaad in een post-11-septemberperiode die toenemende bezorgdheid rond veiligheid in de hand.

Het aantal migranten dat jaarlijks 'Fort Europa' binnenkomt wordt geschat op een half miljoen. Ook België is een populair toevluchtsoord. In 2005 dienden er 15 957 mensen een asielaanvraag in. Hoewel dat aantal behoorlijk gedaald is – in 2000 vroegen nog 42 691 mensen asiel aan- ondervinden hulpverleners en welzijnswerkers een toename van het aantal illegalen, aldus de vaststellingen van De Standaard (Fransen & Ghijs, 2006; Peeters, 2006; Vlaams Minderhedencentrum {VMC}, 2005a).

Door de groeiende (economische, politieke, democratische, sociale) ongelijkheden tussen Noord en Zuid is de verwachting van een toename van internationale migratiestromingen op globaal niveau reëel. Ook België wordt vandaag gekenmerkt door een permanente immigratie (Martiniello & Rea, 2003). Door een verstrenging van de asielpolitiek –een tendens die overigens in heel de EU zijn opmars deed- wordt het voor migranten echter steeds moeilijker om legaal in een land als België te verblijven, waardoor immigranten meer en meer in de richting van de illegaliteit geduwd worden (Scott, 2004). Onder andere Collinson (1993, in: Wets, 2001) zegt hierover dat men ervan kan uitgaan dat, als de officiële migratiekanalen meer en meer afgesloten worden, verdere immigratie in de clandestiniteit gebeurt.

Mensen in de 'gastlanden' voelen zich bedreigd door die groeiende migratiestromingen¹ (Scott, 2004). Die tendens is ook duidelijk te merken in de media. Illegalen worden gecriminaliseerd² en zijn niet langer gewenst, ze krijgen het stigma 'profiteurs' te zijn³. De Nederlandse wetenschapper Engbersen vertelt in het tijdschrift Mo* (2006, in: Franssen, 2006, p. 13) dat illegalen 'de zondebokken van deze tijd' zijn. "Eerst heetten ze spontane arbeidsmigranten, nu zijn het illegale vreemdelingen, die het symbool zijn geworden van onze angst." Voor België schat hij het aantal illegalen tussen de 100 000 en de 150 000. Ondanks het beeld dat wordt opgehangen van massale clandestiene migrantenstromingen, is dat aantal op 10 miljoen Belgen van weinig betekenis. En zelfs op een totale populatie van een stad blijft dat aantal, aldus Engbersen, minimaal.

1.4 Push- en pullfactoren voor illegale migratie naar België

Mensen die onwettig op het grondgebied verblijven leven vaak in een precare situatie van onzekerheid, uitzichtloosheid en quasi rechteloosheid. Recht op legale tewerkstelling hebben ze niet. Toegang tot de sociale zekerheid evenmin. Door een gebrek aan bescherming worden ze gemakkelijk het slachtoffer van uitbuiting en mensenrechtenschendingen (Wets, 2001). Toch is deze illegale immigratie moeilijk te counteren: onder andere de grote vraag naar flexibele en goedkope arbeidskrachten in sommige beroepssectoren, het bestaan van een transnationaal netwerk van

¹ Zo menen Düvell en Jordan (2002 in: Scott, 2004) dat illegale migratie wordt ervaren als een "threat to the living standards and cultures of the citizens of the rich, predominantly white First world states."

² Zo deed Minister van Binnenlandse Zaken Patrick Dewael, eind december enkele uitspraken over 'hulp aan illegalen'. Onderdak verlenen aan en onderhouden van mensen zonder papieren, zou een strafbaar feit zijn. Deze uitlatingen van Minister Dewael deden echter veel stof opwaaien, verwijzende naar artikel 77 van de Vreemdelingenwet. Daarin staat dat hulp aan illegalen niet strafbaar is, als die hulp vanuit humanitaire overwegingen gebeurt (de Witte, 2006; Vluchtelingenwerk Antwerpen vzw, 2006).

³ De voorzitters Monica De Coninck, Claude Emonts en Suzanne Coopmans (2005) van de Vereniging van OCMW's van respectievelijk de Vlaamse, Waalse en Brusselse steden en gemeenten wezen er in een open brief in De Standaard op dat het medisch toerisme in de lift zit waardoor de budgettaire situatie stilaan onhoudbaar wordt. Ze pleiten voor een efficiënter asielbeleid van de overheid. Het idee echter dat illegalen "tuk op transplantaties" (Franssen, 2005) zouden zijn werd fel tegengesproken door organisaties als Artsen Zonder Grenzen, het Antwerps Minderhedencentrum De Acht, Medimmigrant, Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen,

mensenhandel en de aanwezigheid van ingeburgerde migrantengemeenschappen in het land van bestemming, werken illegale immigratie in de hand (European Migration Network {EMN}, 2005). Bovendien blijkt uit onderzoek van Adam, Ben Mohammed, Kagné, Martiniello en Rea (2001) waarbij 107 illegale migranten ondervraagd werden naar ondermeer hun redenen van illegaal verblijf, dat veel illegalen eerder kiezen voor een onzeker, illegaal verblijf in België dan voor een legaal verblijf in het land van herkomst. Factoren als de moeilijke socio-economische of socio-politieke situatie in het land van herkomst, de sociale controle, de hoop op een beter toekomstperspectief, de opgebouwde sterke banden met België... spelen daarbij een voorname rol.

HOOFDSTUK 2.

ETNISCH-CULTURELE MINDERHEDEN

Door de ononderbroken migratiestromingen van vreemdelingen uit alle hoeken van de wereld leven we vandaag in een multi-etnische samenleving. Dat leidt ongetwijfeld tot heel wat verrijkingen in de lokale cultuur. Maar tegelijkertijd is die grote diversiteit in de samenleving vaak een aanleiding voor de nodige spanningen, zoals op socio-economisch, religieus en politiek vlak.

Sinds het decreet van 28 april 1998 worden allochtonen, vluchtelingen, woonwagenbewoners en mensen zonder papieren in Vlaanderen erkend als doelgroepen van het minderhedenbeleid. Het Vlaamse minderhedenbeleid is een driesporenbeleid dat inclusief werkt aan emancipatie en een volwaardige deelname aan de samenleving van gevestigde etnisch-culturele minderheden, aan onthaal voor nieuwkomers en aan opvang voor mensen zonder wettig verblijfstatuut (Interdepartementale Commissie Etnisch-culturele Minderheden {ICEM}, 2004; VMC, 2005b; Yildirim et al., z.d.).

Ondanks hun enorme onderlinge verschillen, worden etnisch-culturele minderheden vaak over één kam geschoren. Volgens de indeling van het Vlaams Minderhedendecreet kunnen etnisch-culturele minderheden worden onderverdeeld in vier groepen van mensen: allochtonen, vluchtelingen, woonwagenbewoners en mensen zonder wettig verblijf. Soms wordt er nog een vijfde groep aan toegevoegd: de nieuwkomers of diegenen die nog maar pas in België zijn. De positie in de samenleving van etnisch-culturele minderheden wordt gekenmerkt door achterstand en achterstelling. Door hun etnische afkomst en hun 'andere' cultuur krijgen minderheden vaak af te rekenen met discriminatie en racisme. Die ongelijke behandeling in het onderwijs, op de arbeidsmarkt, in de huisvestingssector... resulteert vaak in een lagere socio-economische positie (VMC, 2005c; Yildirim et al., z.d.).

2.1 Allochtonen

In het Vlaams minderhedendecreet worden allochtonen omschreven als "*personen die zich legaal in België bevinden, ongeacht of zij de Belgische nationaliteit hebben en aan de volgende voorwaarden voldoen:*

- *Minstens één van hun ouders of grootouders is geboren buiten België;*
- *Zij bevinden zich in een achterstandspositie vanwege hun etnische afkomst en hun zwakke sociaal-economische situatie. (art. 2,1°)* (Yildirim et al., z.d., p.3).

2.2 Woonwagengewoners

Woonwagengewoners zijn *"personen met een nomadische cultuur, die zich legaal in België bevinden en traditioneel in een woonwagen wonen of gewoond hebben, in het bijzonder de autochtone voyageurs en de zigeuners en degenen die met deze personen samenleven of er in de eerste graad van afstammen. (art. 1,3°)*" (Yildirim et al., z.d., p.3).

2.3 Vluchtelingen

Onder de noemer vluchtelingen vallen *"de personen die in België bevinden en aan één van de volgende voorwaarden voldoen:*

- *Door België als vluchteling erkend zijn op basis van het Internationaal Verdrag betreffende de status van vluchtelingen, ondertekend in Genève op 28 juli 1951;*
- *In België asiel aangevraagd hebben en deze asielaanvraag is niet definitief afgewezen. (art. 1,2°)*" (Yildirim et al., z.d., p.3).

Vluchtelingen worden internationaal beschermd door het Verdrag van Genève van 1951. Volgens artikel 1 van het verdrag is een vluchteling *"een persoon die zich buiten zijn land van herkomst bevindt, en die de bescherming van dat land niet meer kan of wil inroepen omdat hij een gegronde vrees voor vervolging koestert omwille van zijn ras, zijn religie, zijn nationaliteit, zijn politieke overtuiging of het behoren tot een bepaalde sociale groep."* (Overlegcentrum voor Integratie van Vluchtelingen {OCIV}, 1997, p.29; Stokx, 1996; Yildirim et al., z.d., p.9).

In sommige situaties schiet bovenstaande definitie van het Verdrag van Genève echter tekort. Zo bijvoorbeeld vallen vluchtelingen in eigen land en oorlogsvluchtelingen stricto sensu niet onder het Vluchtelingenverdrag. Volgens het Vlaams Minderhedencentrum (Yildirim et al., z.d.) is er daarom ook een werkelijke nood aan bijkomende beschermingsstatuten.

2.4 Vreemdelingen zonder wettig verblijf

Vreemdelingen zonder papieren worden in het minderhedendecreet gedefinieerd als "*de niet tot de andere (doel)groepen behorende vreemdelingen die zich in België bevinden zonder wettig verblijfstatuut en die wegens hun noodsituatie opvang en bijstand vragen. (art. 2,6°)*" (Yildirim et al., z.d., p.3). Naast 'mensen zonder wettig verblijf' zijn er nog andere termen in de omgang om die vreemdelingen te omschrijven die zich zonder toelating in België bevinden, zoals 'mensen zonder papieren', 'clandestienen', 'illegalen', 'documentlozen', 'uitgeprocedeerden'... Ze vormen een heterogene groep van mensen die onderling verschillen door culturele afkomst en achtergrond (onder andere laag- en hooggeschooldheid), motieven van vertrek, leefsituatie en toekomstplannen (Neuckens, Bruggen & Somers, 2003).

Afhankelijk van het feit of ze vroeger al dan niet in het bezit waren van een legale (tijdelijke, voorwaardelijke of definitieve) verblijfstatus, worden ze ingedeeld in een aantal categorieën:

- Ex Arbeidsmigranten zonder verblijfsrecht;
- Ex Au pairs die na afloop van hun verblijfsrecht in België blijven;
- Buitenlandse studenten zonder verblijfsrecht;
- Clandestienen: clandestiene migranten die, clandestien of als toerist België binnenkwamen, maar nooit een verblijfsvergunning aanvraagd;
- Vreemdelingen die hun diplomatiek of consulaire statuut verloren hebben;
- (Verbannen) vreemdelingen die een Ministerieel Besluit tot terugwijzing of een Koninklijk Besluit tot uitzetting kregen na een strafrechtelijke veroordeling;
- Ex gevestigde vreemdelingen die zijn teruggekeerd en die vroeger een onbeperkt verblijfsrecht hadden in België, maar dat verloren bij vertrek;
- Uitgeprocedeerde asielzoekers, of vreemdelingen die een uitwijzingsbevel kregen waartegen geen beroep meer mogelijk is, maar aan dat bevel geen gevolg gaven;
- Uitgeprocedeerden in het kader van gezinshereniging, of vreemdelingen met een afgewezen dossier omdat men niet beantwoordde aan de criteria van gezinshereniging;
- Uitgeprocedeerden in het kader van mensenhandel, of vreemdelingen die hun verblijfstatuut verliezen omdat ze geen verklaring of een onvoldoende van belang geachte verklaring indienden bij politie of parket.

Verder kunnen er nog een aantal specifieke categorieën onderscheiden worden, namelijk:

- De niet-begeleide minderjarige vreemdelingen zonder wettig verblijf. Zij kunnen niet worden opgesloten wegens illegaal verblijf en kunnen geen bevel om het grondgebied te verlaten

krijgen (BGV) krijgen. Als men wordt onderschept, krijgt men ofwel een tijdelijk legaal verblijf (tot meerderjarigheid) als de persoon niet kan teruggebracht worden naar zijn ouders in het land van herkomst, of dient men een asielaanvraag in, of wordt de procedure mensenhandel opgestart;

- De illegalen op doorreis;
- De 'gedoogden'. Mensen die men, ondanks hun illegaal verblijf, om allerlei redenen (zoals beperkte uitvoeringscapaciteit, humanitaire redenen, tegenstrijdige rechtsregels, economische en praktische belangen) niet effectief wil of kan het land uitzetten (Adam et al., 2001; Stokx, 1996). Dit is ondermeer het geval bij de mensen zonder wettig verblijf in de regularisatiecampagne van januari 2000, de zogenaamde 'gedoogde regularisatie-aanvragers'. In afwachting van hun beslissing worden ze wettelijk gedoogd, kunnen ze officieel werken en genieten ze OCMW-steun, ondanks hun illegaal verblijf. (ICEM, 2004; Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren {MSMZP}, 2003; Neuckens et al., 2003).

Omdat mensen zonder papieren niet vertegenwoordigd zijn in officiële statistieken –in principe zijn ze immers onbestaande- is hun omvang een grote onbekende. Verder dan schattingen geraakt men niet. In een interview met het juridisch wetenschappelijk tijdschrift *Jura Falconis* (Coucke, Ryckaert & Ryckaert, 1997) spreekt Johan Leman⁴ over een 'dark number' onderzoek, juist door hun illegaal statuut is het onmogelijk om het exacte aantal te kennen. Voor Brussel en omgeving schat hij het aantal mensen dat hier illegaal vertoeft op een 50 000. Gebaseerd op Nederlands onderzoek, raamt Engbersen (2006) het aantal illegalen in België op een 100 000 à 150 000. (Ruime) schattingen kunnen ook gemaakt worden op basis van de cijfers van het aantal uitgeprocedeerde asielzoekers. Tussen 1988 en eind 2001 werden er 194 712 dossiers afgewezen (Neuckens et al., 2003). Het aantal mensen dat echter geen gehoor gaf aan het bevel om het grondgebied te verlaten is niet gekend. Een ander idee over de omvang kan ook geschat worden op basis van de aanvragen tot regularisatie tijdens de regularisatiecampagne van 2000 (zie verder). Toen werden op drie weken tijd 37 152 dossiers⁵ ingediend, wat neerkwam op ongeveer een 50 000 personen (EMN, 2005; Neuckens et al., 2003). Uit onderzoek van Adam et al. (2001) en een enquête van Kerkwerk Multicultureel Samenleven (in: ICEM, 2004) stelde men echter vast dat de helft van de ondervraagde mensen zonder papieren geen aanvraag indienden, ook al beantwoordden ze aan de criteria.

⁴ Johan Leman is hoogleraar aan de Katholieke Universiteit Leuven (departement sociale en culturele antropologie) en voorzitter van het regionaal integratiecentrum Foyer Brussel. In het verleden was hij onder andere directeur van het Centrum voor Gelijke Kansen en voor Racismebestrijding.

⁵ Niet enkel mensen zonder papieren konden een regularisatieaanvraag indienen. Ook mensen met een precair of tijdelijk verblijfsstatuut (au pairs, diplomatiek personeel, asielzoekers in procedure...) mochten een beroep doen op de regularisatiecampagne.

HOOFDSTUK 3.

VERBLIJFSSTRATEGIEËN VAN VREEMDELINGEN IN BELGIË

Mensen die legaal in België verblijven kunnen rekenen op een aantal zekerheden. Men kan legaal tewerkgesteld worden, men heeft recht op sociale zekerheid... De 'actieve welvaartstaat' ontwikkelde een aantal sociale mechanismen die mensen moeten 'opvangen' bij allerlei tegenslagen of ongemakken. Toch blijkt dat systeem niet helemaal waterdicht te zijn. Zo vallen illegalen meer dan eens uit de boot. Het verwerven van een legaal verblijfsstatuut, lijkt in dat opzicht de noodzakelijke voorwaarde om een 'normaal leven' te kunnen leiden. Dat kan op allerlei manieren gebeuren. Adam et al. (2001) onderscheiden *formele en informele verblijfsstrategieën*. Mensen die de formele strategie aanwenden, trachten via de juridische weg een verblijfstoestemming te bekomen. Bij de informele strategie doet men daarentegen een beroep op informele kanalen, zoals contacten met NGO's, politici, advocaten enzovoort.

Uit het onderzoek van Adam et al. (2001) blijkt dat het *land van herkomst* van de betrokkene en de *aanwezigheid* van een (grote) *gemeenschap* van hetzelfde land, in grote mate de keuze van strategie bepaalt. Zo zullen mensen die komen uit een land in oorlog eerder de directe, juridische weg kiezen (en asiel aanvragen) en zullen anderen, waarvan er een grote gemeenschap in België leeft, eerder de indirecte weg aanwenden (bijvoorbeeld trouwen met een legale partner uit die gemeenschap). Bovendien wordt de keuze voor een strategie ook meebepaald door de *kennis van de verblijfswetgeving*. Over het algemeen geldt: hoe langer men in België verblijft, hoe meer kennis men heeft over de regularisatiemogelijkheden. Ook migranten die ooit in bezit waren van een verblijfsstatuut, weten doorgaans sneller hun weg te vinden naar de bevoegde instanties.

3.1 Formele verblijfsstrategieën

Formele verblijfstrategieën kunnen worden opgedeeld in *directe en indirecte strategieën*. Bij de directe strategieën poogt men zijn verblijf te legaliseren via een aantal verblijfsprocedures in strikte zin, zoals de asielaanvraag, de regularisatiecampagne, regularisatie op grond van artikel 9§3, enzovoort. Daarnaast kan men ook via een omweg proberen aan een verblijfsvergunning te geraken – de

indirecte strategieën- zoals via huwelijk, adoptie, student, au pair, werknemer, enzovoort (Adam et al., 2001; Wets, 2001).

3.1.1 DIRECTE STRATEGIEËN

3.1.1.1 Asielaanvraag

Mensen zonder papieren die in België aankomen hebben het recht om asiel aan te vragen. Dat werd geregeld door de Conventie van Genève uit 1951, waardoor mensen die hun land hebben verlaten bescherming kunnen genieten van de Belgische Staat. Tijdens het onderzoek van de asielaanvraag heeft de kandidaat-vluchteling recht op verblijf in België (Overlegcentrum voor Integratie van Vluchtelingen {OCIV}, 1997).

De asielprocedure bestaat uit drie fasen, waarbij nagegaan wordt of de asielzoeker beantwoordt aan de definitie van vluchteling zoals vastgelegd in de Conventie van Genève. Tijdens de *opstartfase* wordt de asielaanvraag geregistreerd door de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ), die zal nagaan of er al eerder een aanvraag werd ingediend en of de België verantwoordelijk is voor de behandeling van het asielverzoek aan de hand van de Schengen-criteria, zoals die werden bepaald in de Schengen Uitvoerovereenkomst. In de *ontvankelijkheidsfase* onderzoekt de DVZ vervolgens aan de hand van de ontvankelijkheidscriteria of de asielaanvraag ontvankelijk is. Bij een negatieve beslissing kan de asielzoeker in beroep gaan bij het Commissariaat-generaal voor de Vluchtelingen en Staatlozen (CGVS). Doet hij/zij dit niet, dan verliest de asielzoeker het tijdelijk verblijfsrecht. Als de aanvraag wordt ontvankelijk verklaard, komt het dossier in de *gegrondheidsfase* terecht. Het CGVS onderzoekt of de aanvraag gegrond is, volgens de gegrondheidscriteria uit art. 1 van het vluchtelingenverdrag. In geval van een positieve beslissing wordt de betrokken asielzoeker erkend als een vluchteling en kan hij/zij bescherming genieten van de Belgische Staat. Bij een negatieve beslissing kan men in beroep gaan bij de Vaste Beroepscommissie voor Vluchtelingen (VBV). Bij een tweede negatieve beslissing zal de asielzoeker een bevel om het grondgebied te verlaten (BGV) krijgen, en zal hij/zij voortaan niet meer wettig op het grondgebied verblijven. Toch bestaat de mogelijkheid om tegen deze negatieve beslissing alsnog beroep aan te tekenen bij de Raad van State (RVS). Een beroep tot nietigverklaring is mogelijk, een opschorting van het BGV echter niet. Tijdens de periode dat het dossier in beroep is bij de RVS, verblijft de asielzoeker dus illegaal in het land (OCIV, 1997; VMC, 2005d).

Terwijl wij dit schrijven is de asielprocedure in volle verandering. Een wetsontwerp hieromtrent werd goedgekeurd in de Kamer en de Senaat op respectievelijk 12 en 14 juli 2006⁶. Wanneer de nieuwe

⁶ Wetsontwerp tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

asielprocedure in werking treedt is momenteel nog niet geweten. In de nieuwe asielwet is ondermeer sprake van een nieuw statuut van tijdelijke of subsidiaire bescherming voor die personen die niet beantwoorden aan de criteria van het Vluchtelingenverdrag van Genève, maar desondanks toch niet kunnen terugkeren naar hun land. Met het oog op het versnellen van de procedure zullen de functies van DVZ en CGVS worden aangepast, wordt er een Raad voor Vreemdelingenbetwistingen opgericht (RVV) en verdwijnt de VBV (VMC, 2005e). In een artikel in De Morgen (Peeters & Van Impe, 2006) wordt eveneens gewag gemaakt van het feit dat het verder moeilijker zal worden beroep aan te tekenen bij de Raad van State en dat de criteria voor asiel om humanitaire redenen, het artikel 9§3 van de Vreemdelingenwet, een ruimere invulling zullen krijgen.

3.1.1.2 Regularisatie op basis van artikel 9§3 van de Vreemdelingenwet

In principe moeten vreemdelingen een verblijfsvergunning van langer dan drie maanden aanvragen bij de Belgische diplomatieke of consulaire post in het herkomstland. Echter op basis van artikel 9§3 van de Vreemdelingenwet kunnen vreemdelingen, in geval van '*buitengewone omstandigheden*', een machtiging tot verblijf aanvragen in België. Daarbij wordt bedoeld dat het voor de persoon onmogelijk of zeer moeilijk is naar het land van herkomst te gaan om aldaar een aanvraag in te dienen (VMC, 2005f).

De omzendbrief van 15/12/1998 vermeldt vier situaties die een regularisatie op grond van artikel 9§3 mogelijk maken⁷:

- Asielzoekers in procedure of uitgeprocedeerden die 4 jaar (in geval van een familie met schoolgaande kinderen) of 5 jaar (in geval van een alleenstaande) op een beslissing over hun aanvraag moesten wachten (lange asielprocedure);
- Personen die omwille van buitengewone omstandigheden buiten hun wil om (bijvoorbeeld een oorlogssituatie) niet kunnen terugkeren (onverwijderbaarheid);
- Ernstige medische redenen;
- Andere humanitaire redenen, zoals slachtoffers van mensenhandel en foltering, duurzame sociale bindingen in België

Het is de DVZ of de minister van Binnenlandse Zaken die beslist of een tijdelijke of definitieve verblijfsvergunning al dan niet wordt toegekend. Bij een positieve beslissing zal een (tijdelijk of definitief) bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister (BIVR) worden verstrekt, wat onder andere het recht verzekert op OCMW-steun en een inschrijving in het ziekenfonds. In afwachting van

⁷ Hoewel deze vier criteria sinds 10/01/2000 (de aanvang van de regularisatiecampagne) werden opgeheven, blijft de DVZ ze nog wel grotendeels toepassen (MSMZP, z.d.(a); Neuckens et al., 2003; Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants {PICUM}, 2001).

de beslissing verandert er echter niets aan de verblijfsstatus van de betrokkene; mensen zonder papieren blijven illegaal tot er een positieve beslissing is gevallen (MSMZP, z.d.; Neuckens et al., 2003; VMC, 2005f, 2005g).

3.1.1.3 De regularisatiecampagne van januari 2000

Omdat de procedures voor regularisatie en asielaanvraag een zeer traag verloop kennen, blijven de onbehandelde dossiers zich opstapelen⁸. Met de bedoeling in één keer een einde te maken aan de achterstand die DVZ in de loop der jaren had opgebouwd, werd op 22 december 1999 de regularisatiewet gestemd, die voorzag in een éénmalige regularisatiecampagne die drie weken zou duren (10/01/2000 - 30/01/2000). Net zoals bij de regularisatie op grond van artikel 9§3 konden vier categorieën van vreemdelingen, waaronder zowel mensen zonder wettig verblijf als mensen met een precair verblijfsstatuut, een aanspraak maken voor regularisatie (zie de criteria hierboven). De termijn voor de (uitgeprocedeerde) asielzoekers werd echter ingekort naar 4 jaar voor alleenstaanden en 3 jaar voor families met schoolgaande kinderen. Daarnaast was het aantonen dat men minimum sinds 1/10/1999 in België verbleef een absolute voorwaarde. In totaal werden er 37 152 dossiers ingediend, wat betrekking had op zo'n 50 000 mensen waaronder 23 000 minderjarigen (EMN, 2005; Neuckens et al., 2003).

3.1.1.4 Naturalisatie

Een andere wettelijke verblijfsstrategie is het verwerven van de Belgische nationaliteit. Sinds 1/03/2000 werd de naturalisatieprocedure vereenvoudigd en de vereiste duur van verblijf in België ingekort tot 3 jaar onafgebroken verblijf. Of dat verblijf al dan niet legaal moet zijn, is niet wettelijk bepaald. Hoewel personen zonder legale verblijfspapieren of tijdelijke papieren in de meeste gevallen geweigerd worden, kan deze strategie voor sommigen⁹ toch een uitweg uit de illegaliteit betekenen (Adam et al., 2001).

3.1.1.5 Niet begeleide minderjarige

Zolang een persoon zonder papieren de meerderjarigheid niet heeft bereikt, kan deze geen uitwijzingsbevel krijgen. Een erkenning als niet begeleide minderjarige kan, in laatste instantie¹⁰, een machtiging tot verblijf voor onbepaalde duur met zich meebrengen (Adam et al., 2001).

⁸ Ondanks verschillende inhaalpogingen wachtten er begin 2000 46 000 dossiers (asielaanvragen en regularisatie op basis van artikel 9§3) op behandeling (Neuckens et al., 2003).

⁹ Zoals vreemdelingen die hun onbeperkt verblijfsrecht verloren, uitgeprocedeerde asielzoekers, ex studenten, ex diplomatiek personeel...

¹⁰ Vooreerst zal de minderjarige een aankomstverklaring krijgen voor een machtiging tot verblijf van 3 maanden. Dat kan ten allen tijde verlengd worden indien er een oplossing is gevonden waarbij de minderjarige kan teruggestuurd worden zonder aan zijn lot overgelaten te worden, of kan tot tweemaal toe verlengd worden indien er nog geen 'duurzame oplossing' gevonden is. Als er na de verlopen termijn nog steeds geen oplossing uit te bus is gekomen, kan dat resulteren in een inschrijving in het vreemdelingenregister (BIVR) voor de periode van 1 jaar. Na een periode van 2 jaar kan dat veranderen in een machtiging tot verblijf van onbepaalde duur.

3.1.1.6 Visum

In bepaalde omstandigheden (zoals medische redenen – zie verder) kan een verlenging van het toeristenvisum worden aangevraagd (Adam et al., 2001).

3.1.1.7 Ontheemdenstatuut

Personen kunnen een ontheemdenstatuut aanvragen als zij een tijdelijke bescherming nodig hebben omwille van een collectieve dreiging door politieke, economische of milieugebeurtenissen, maar desondanks niet vallen onder de Geneefse definitie van vluchteling (Wets, 2001). In België was dat het geval voor vluchtelingen uit ex-Joegoslavië (vooral uit Bosnië-Herzegovina) en later Kosovo (Adam et al., 2001).

3.1.2 INDIRECTE STRATEGIEËN

3.1.2.1 Huwelijk

Mensen zonder papieren genieten het recht op huwen, dat wordt gegarandeerd door artikel 12 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). In de Artikels 10 en 40 van de Vreemdelingenwet staat dat het recht om in België te verblijven toekomt aan de echtgeno(o)t(e) van een Belg of een legale vreemdeling. Toch is een verkrijgen van een verblijfsstatus niet altijd evident¹¹ (Adam et al., 2001; Neuckens et al., 2003). In ieder geval blijkt uit het onderzoek van Adam et al. (2001) dat huwen door de ondervraagde mensen zonder papieren als een mogelijke oplossing voor hun illegaal verblijf wordt ervaren. Marokkaanse en Turkse illegalen, nationaliteiten waarvan er in België grote gemeenschappen gevestigd zijn, zien huwen vaak als de enige mogelijkheid om aan de illegaliteit te ontsnappen.

3.1.2.2 Werktoestemming

Om in België te werken en te verblijven, moet men in principe een aanvraag indienen in het land van herkomst. Als een vreemdeling echter geldige verblijfsdocumenten kan voorleggen, kan een arbeidsvergunning ook in België aangevraagd worden. Een persoon zonder papieren zal dus geen 'wit werk' kunnen uitvoeren, tenzij hij of zij nog in het bezit is van een (nog) geldige arbeidskaart. Adam et al. (2001) toonden aan dat veel mensen zonder papieren (en hun werkgevers) er (foutief) van uitgaan dat wit werk automatisch leidt tot een arbeids- en verblijfsvergunning.

¹¹ In de praktijk is het verkrijgen van een verblijfsstatus echter niet altijd een logisch gevolg van een huwelijk tussen een illegale en een legale persoon. Als de illegale persoon kan terugkeren naar het land van herkomst, kan men van daaruit een visum voor gezinshereniging aanvragen en op die manier een verblijfsstatuut bekomen. Indien dat echter niet mogelijk is (of toch niet op een legale manier) kan een verblijfsstatuut nog mogelijk zijn via regularisatie volgens artikel 9§3 (Adam et al., 2001).

3.1.2.3 Student

Het gebeurt dat vreemdelingen naar België komen met een toeristenvisum, zich in die korte tijd trachten in te schrijven in een onderwijsinstelling en vervolgens via deze weg een verblijfsstatuut (als student) trachten te bekomen. Indien dat niet lukt binnen de geldigheidsperiode van het toeristenvisum, probeert men alsnog zijn verblijf te regulariseren via artikel 9§3 (Adam et al., 2001).

3.1.2.4 Adoptie

Indien de illegale persoon de leeftijd van 21 jaar nog niet bereikt heeft, leidt een adoptie door een Belg of EU-onderdaan tot verblijfsrecht in België. Voor personen zonder papieren ouder dan 21 jaar kan dat verblijfsrecht via adoptie niet gegarandeerd worden.

3.1.2.5 Au pair

Een aanvraag voor het au pair statuut moet gebeuren vanuit het buitenland, is 1 jaar geldig en niet-verlengbaar. Toch gebeurt het dat mensen zonder papieren die reeds illegaal in België verblijven hun situatie trachten te regulariseren via het betreffende statuut (Adam et al., 2001).

3.2 Informele verblijfstrategieën

Ter ondersteuning van de juridische, formele kanalen om een verblijfsvergunning te bekomen, maken mensen zonder papieren ook gebruik van een aantal informele kanalen. Contacten met advocaten, juridische hulpverleners, NGO's, officiële instanties en politici (lobbying) zijn de voornaamste. Die contacten kunnen ook ingezet worden om bijvoorbeeld een heropening van een dossier te bewerkstelligen (Adam et al., 2001; EMN, 2005).

3.3 Machtiging tot verblijf omwille van medische redenen

Vreemdelingen kunnen omwille van (ernstige) medische redenen een verblijfsstatuut bekomen. In het verleden was dat reeds een criterium bij de regularisatiecampagne 2000 en de regularisatie op basis van artikel 9§3¹² (PICUM, 2001). Afhankelijk van de ernst van de situatie kunnen drie procedures onderscheiden worden:

¹² In de omzendbrief van 15/12/1998 werden de procedures (in het eerste deel) en de redenen die een machtiging tot verblijf op grond van artikel 9§3 (in het tweede deel) uitgeklaard. Het tweede deel van de omzendbrief werd, bij de aanvang van de regularisatiecampagne (10/01/2000) echter teniet gedaan (MSMZP, z.d.(a); Neuckens et al., 2003; PICUM, 2001).

- *Kort uitstel van vertrek*

Als de gezondheidssituatie het voor de persoon in kwestie tijdelijk onmogelijk maakt terug te keren naar zijn land van herkomst of als er snel een verblijfsstatus moet geregeld worden om medische redenen, kan een toelating tot uitstel van vertrek van maximum drie maanden aangevraagd worden. Dat kan via een verlenging van het tijdelijk verblijfsdocument (als de persoon nog legaal in het land is), of via een verlenging van het uitwijzingsbevel (BVG) (als de persoon illegaal in België is). Een kort uitstel van vertrek impliceert geen recht op werk of inschrijving in het ziekenfonds, maar wel steun van het OCMW –in geval van behoeftigheid- dat zich niet beperkt tot ‘dringende medische hulp’ (DMH) (Medimmigrant, 2004; MSMZP, z.d.(a), 1998).

- *Tijdelijke machtiging tot verblijf voor langer dan 3 maanden*

In geval van ernstige medische problemen¹³ kan een verblijfsvergunning van bepaalde duur aangevraagd worden via art. 9§3 van de Vreemdelingenwet. Een tijdelijk BIVR geeft recht op inschrijving in het ziekenfonds en OCMW-steun, bij behoeftigheid. Voor werk moet men echter in het bezit zijn van een arbeidsvergunning (of arbeidskaart) (Medimmigrant, 2004; MSMZP, z.d.(a), 1998).

- *Definitieve machtiging tot verblijf*

Via art. 9§3 kunnen vreemdelingen een verblijfsvergunning van onbepaalde duur krijgen, als zij omwille van zeer ernstige medische redenen én omwille van buitengewone omstandigheden niet in staat zijn terug te keren naar hun herkomstland. Bij een definitief BIVR heeft men naast recht op inschrijving in het ziekenfonds en OCMW-steun ingeval behoeftigheid, ook recht op tewerkstelling (Medimmigrant, 2004; MSMZP, z.d.(a), 1998).

Daarnaast kan een vreemdeling –mits een aantal voorwaarden- in eigen land een aanvraag indienen voor het bekomen van een visum om medische redenen. Met dat visum wordt het mogelijk om zich, weliswaar op eigen kosten, te laten behandelen in België (MSMZP, z.d.(b)).

¹³ De ernst van een medisch probleem zal onder andere worden nagegaan door de aard van het probleem, de ziektegraad, de eventuele implicaties, de resultaten of prognoses van een behandeling, de duur van een behandeling, de kans op verbetering en de kosten van de behandeling. Ook het feit of het medisch probleem dateert van voor of na de komst naar België wordt onderzocht (MSMZP, 1998).

3.4 Verblijf in illegaliteit

Adam et al. (2001) stelden vast dat sommige mensen zonder papieren constant pogingen ondernemen om hun verblijf te legaliseren, terwijl anderen slechts één keer proberen of zelfs helemaal niet die moeite getroosten. Het onderscheid in intensiteit van ondernomen acties blijkt daarnaast opvallend goed samen te vallen met het onderscheid tussen vreemdelingen die ooit legaal waren in België en vreemdelingen die nooit een legale verblijfsstatus bemachtigden. Zo had slechts de helft van de ondervraagde clandestienen een regularisatieaanvraag ingediend tijdens de regularisatiecampagne van 2000. 73% van de niet-regularisatieaanvragers waren clandestienen (Adam et al., 2001; Wets, 2001).

De verklaring waarom de meeste regularisatie-indieners uitgeprocedeerde asielzoekers en ex-legale verblijvers waren, kan volgens de onderzoekers Adam et al. (2001) gezocht worden in het feit dat de mensen die nooit legaal in België verbleven een ander beeld hebben van de Belgische overheid dan mensen die ooit wel legaal waren. Clandestienen zien de overheid vooral als de 'uitzetter', als een instantie die men ten alle tijden moet wantrouwen. Omdat de ex-legale verblijvers de overheid ook in andere omstandigheden hebben gekend, hebben ze doorgaans een genuanceerder beeld. Ook weten ze sneller hun weg te vinden naar de belangrijke informatiekanalen. De voornaamste redenen die de geïnterviewde illegalen aanhaalden voor het niet indienen van een regularisatieaanvraag tijdens de campagne van 2000 waren: de angst voor uitwijzing en wantrouwen ten aanzien van de overheid, een gebrek aan informatie, het (foutieve) idee dat men niet zou beantwoorden aan de gestelde criteria, een gebrek aan bewijzen, het plan om terug te keren en het hebben van een andere strategie voor regularisatie van verblijf.

Zoals reeds eerder vermeld, merken hulpverleners en welzijnswerkers in een artikel van De Standaard (Fransen & Ghijs, 2006, p.1) een stijging van het aantal illegalen op. "Wie naar België wil komen, doet geen moeite meer om asiel aan te vragen." Ook Wets (2001) meldt dat uit ervaring gekend is dat illegale immigratie toeneemt als de legale instroommogelijkheden worden ingeperkt en dat maatregelen om de illegale immigratie te reduceren, zoals de regularisatiecampagne van 2000, een aanzuigefect hebben op andere illegale migranten. Of dat laatste werkelijk zo is en in welke mate een regularisatiecampagne aanleiding geeft voor een extra aantal illegale migranten is volgens het European Migration Network (2005) niet helemaal duidelijk. Onderzoek naar dergelijk fenomeen in de Europese literatuur is er niet. Een onderzoek in de VS¹⁴ (in: EMN, 2005) toonde echter aan dat dat bij

¹⁴ Voor meer informatie wordt doorverwezen naar: Orrenius, P.M., & Zavadny, M. (2001, November). *Do amnesty programs encourage illegal immigration? Evidence from the Immigration and Control Act (IRCA)*. Federal Reserve Bank of Atlanta, Working paper 2001-19, pp. 21.

hen in ieder geval niet zo was. Toch zijn er volgens de Europese Commissie¹⁵ (in: EMN, 2005) voor België wel indicaties dat bekendheid van de campagne en haar criteria (lange tijd illegaal in het land, duurzame sociale banden...) een aantrekkingskracht heeft uitgeoefend op andere mensen zonder papieren uit de buurlanden en mogelijk ook op potentiële emigranten uit het herkomstland. Dergelijke campagnes kunnen dus –pervers- een pullfactor worden, waarbij het verkeerd signaal wordt gegeven dat “time is on their side” (EMN, 2005, p. 50).

Een verklaring voor het feit hoe het mogelijk is om illegaal te (over)leven gedurende een lange periode is volgens Martiniello en Jamin¹⁶ (in: EMN, 2005) te wijten aan het bestaan van *parallele netwerken* – zoals dokters die gratis of tegen een verminderde prijs consulteren-, die het mogelijk maken buiten het bereik van administratieve structuren te blijven. Daarenboven geven de onderzoekers twee redenen aan die verklaren waarom zoveel mensen bereid zijn om illegaal in België te verblijven, de nodige problemen ten spijt: enerzijds geven de vrijheid en flexibiliteit van politie en ambtenaren in het maken van beslissingen omtrent clandestiniteit mensen zonder papieren de indruk dat het eigenlijk allemaal een kwestie van geluk is. Anderzijds wegen de redenen voor vertrek vaak toch zwaarder door in de beslissing te blijven, ongeacht de moeilijke leefomstandigheden in het gastland.

Toch is die keuze van verblijf in de illegaliteit op lange termijn problematisch. Enerzijds voor betrokkene zelf die het risico loopt te worden blootgesteld aan exploitatie, maar anderzijds ook voor de maatschappij. Door de clandestiene tewerkstelling wordt er wordt immers een ‘grijze’ zone gecreëerd, wat niet strookt met de basisprincipes van het sociale zekerheidssysteem en de fiscale solidariteit. Ook de uitsluiting van het recht op sociale zekerheid zorgt voor een groeiende dualiteit tussen de ‘haves’ en de ‘have nots’ (Gepts, 1997; Wets, 2001). Hierop gaan we verder in, in het volgende hoofdstuk.

¹⁵ Voor meer informatie wordt doorverwezen naar : Europese Commissie. (2004). *Etude sur les liens entre immigrations légale et immigration clandestine*. Brussel : Auteur.

¹⁶ Voor meer informatie wordt doorverwezen naar Martiniello, M., & Jamin, J. (2004). *Guidances of undocumented migrants in the Walloon Region*. Luik: Université de Liège, Centre d’ études de l’Ethnicité et des Migrations (CEDEM).

HOOFDSTUK 4.

ILLEGALITEIT EN SOCIALE ZEKERHEID

Het hedendaagse Belgische sociale zekerheidsstelsel bestaat uit twee delen: enerzijds zijn er de *klassieke sociale zekerheidssectoren*, bestaande uit 7 takken¹⁷ waaronder de ziekteverzekering en de werkloosheidsuitkeringen. De financiering gebeurt voornamelijk via sociale zekerheidsbijdragen van werknemers en werkgevers. Daarnaast is er het *sociale bijstandstelsel*, dat een aanvullend, residuair karakter heeft en wordt gefinancierd door de overheid. Het bijstandstelsel heeft betrekking op een aantal minimumvoorzieningen en de dienstverlening vanwege het OCMW¹⁸. In concreto vervult de sociale zekerheid drie functies: men ontvangt een *vervangingsinkomen* bij loonverlies, bepaalde sociale lasten geven recht op een *aanvullend inkomen*, en *bijstandsuitkeringen* kunnen worden uitgereikt indien men niet over een beroepsinkomen beschikt (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2004; Stokx, 1996).

Het sociale zekerheidssysteem steunt op solidariteit. Omdat mensen zonder papieren niet gewettigd zijn zich in België te bevinden en te werken, ondermijnen ze dus in zekere zin die solidariteit. Bovendien wordt er een duale samenleving gecreëerd. Burgers (1999 in: Wets, 2001, p. 41) spreekt over een systeem-uitsluiting, of het overheidsbeleid dat de bestrijding van illegalen tracht aan pakken via "de bewaking van de loketten van de welvaartsstaat en de reguliere arbeidsmarkt." Binnen de grenzen van het land wordt een institutionele scheidingslijn opgetekend, waarbij mensen op basis van de juiste papieren worden opgedeeld in de rechthebbenden en de rechtslozen. En toch vormt de ontoegankelijkheid tot de sociale zekerheid voor mensen zonder papieren veeleer geen aanleiding tot terugkeren. Dergelijke mogelijkheden en voorzieningen waren immers dikwijls in hun herkomstland ook niet voorhanden (Wets, 2001).

Er zijn drie mogelijkheden die *verzekeraarbaarheid* garanderen in de *verplichte ziekteverzekering*, die deel uitmaakt van het openbare verzekeringsstelsel:

¹⁷ De zeven subsectoren van de klassieke sociale zekerheid zijn: de rust- en overlevingspensioenen, de werkloosheidsuitkering, de arbeidsongevallenverzekering, de beroepsziekteverzekering, de gezinsbijslag, de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de jaarlijkse vakantie (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2004).

¹⁸ Zo regelt de sociale bijstand onder andere het leefloon, een inkomensgarantie voor ouderen, een gewaarborgde gezinsbijslag en de tegemoetkomingen aan mensen met een beperking (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid, 2004).

- *Als gerechtigde via arbeid*

Mensen die 'in het wit' werken¹⁹, kunnen zich (verplicht) inschrijven in een ziekenfonds, wat het recht op ziekteverzekering garandeert. In principe bestaat er geen principiële noodzakelijkheid van legaal verblijf of legale tewerkstelling om sociaal verzekerd te zijn. Mensen zonder papieren kunnen dus verzekerd zijn, indien zij 'in het wit' tewerkgesteld worden (MSMZP, 1998, 2000; Vanroelen et al., 2004).

- *Als gerechtigde los van arbeid*

Sinds 1998 is inschrijving in het rijksregister de belangrijkste minimumvereiste om verzekerd te zijn²⁰. Naast studenten, gepensioneerde arbeiders, bedienden en mijnwerkers, weduwen van gerechtigden, mindervaliden, volle wezen van gerechtigden en kloosterlingen, maken nu ook een aantal categorieën van vreemdelingen²¹ aanspraak op een ziekteverzekering. Mensen zonder papieren, kandidaat-gezinsherenigers en nog niet ontvankelijk verklaarde kandidaat-vluchtelingen blijven echter uitgesloten van die mogelijkheid (MSMZP, 2000; Vanroelen et al., 2004).

- *Als persoon ten laste*

Bij bewijs van samenwoning of familieband, worden ook echtgenoot en kind van gerechtigde (eventueel als voogd), samenwonende met gerechtigde of bloedverwant (in opklimmende lijn) van de gerechtigde toegestaan in de ziekteverzekering (MSMZP, 2000; Vanroelen et al., 2004).

Daarnaast kan er sprake zijn van een *uitlooprecht*. Dan blijven personen, ondanks hun illegaal verblijfsstatuut aangesloten bij de mutualiteit, omdat het ziekenfonds zich baseert op het vroegere verblijfsstatuut om zich in regel te stellen voor het volgende jaar. Dergelijke situaties komen enkel voor bij personen die in een vorig verblijfsstatuut recht hadden op een ziekenfonds (zoals asielzoekers in de gegrondheidsfase, erkende vluchtelingen, witwerkers...) en zijn bijgevolg uitzonderlijk (Medimmigrant, 2004a).

Uit ervaring weet Medimmigrant²² (o.a. in MSMZP, 2001) dat het voor de meeste mensen zonder papieren heel moeilijk is om toegang tot de verplichte ziekteverzekering te krijgen. Tenzij men zelf een privé-verzekering aangaat bij een privé-verzekeringsinstelling, vallen vreemdelingen zonder wettig

¹⁹ Met 'in het wit' werken wordt aangegeven dat er sociale zekerheidsbijdragen worden betaald en dat het loon op verifieerbare wijze wordt uitbetaald (MSMZP, 2000).

²⁰ De hervorming had tot doel een grotere toegankelijkheid te creëren in de ziekteverzekering. Vóór 1998 was het hoofdcriterium 'tewerkstelling', met als gevolg dat heel wat mensen (die niet tewerkgesteld waren) niet verzekerd waren voor ziekte en invaliditeit (Vanroelen et al, 2004).

²¹ Een aantal vreemdelingen met een welbepaald verblijfsstatuut hebben toegang tot de ziekteverzekering: vreemdelingen met een machtiging tot verblijf van meer dan drie maanden of onbepaalde duur, ontvankelijk verklaarde asielzoekers en personen die wachten op een inschrijving in het Rijksregister van de natuurlijke personen, en die een bewijs van verklaring tot inschrijving in het bevolkingsregister of het vreemdelingenregister kunnen aantonen (MSMZP, 2000).

verblijf uit de boot. Zulke privé-verzekeringen zijn echter duur en bovendien dekken ze zelden alle kosten. Vaak betalen ze enkel de supplementen waarvoor een ziekenfonds niet tussenkomt, en gezien men zich niet kan inschrijven in een ziekenfonds, zal de verzekering bijgevolg weigeren tussen te komen (MSMZP, z.d.(c)).

Belgen die door bepaalde omstandigheden toch uitgesloten worden van het sociale zekerheidsstelsel kunnen rekenen op sociale bijstand en dienstverlening vanwege het OCMW. Dat recht op maatschappelijke dienstverlening werd vastgelegd in artikel 1 van de OCMW-wet²³ van 8 juli 1976. Tot 1984 gold er geen enkele beperking voor dat recht op OCMW-dienstverlening; zowel Belgen als vreemdelingen die op het grondgebied verbleven ongeacht hun statuut konden een beroep doen op steun vanwege het OCMW. Door wijzigingen in het artikel 57²⁴ werd de taak van het OCMW voor illegalen ingeperkt tot materiële en medische hulpverlening nodig om in het levensonderhoud te voorzien. Eind 1992²⁵ werd een tweede wijziging aangebracht in het artikel 57§2, die de sociale dienstverlening aan uitgeprocedeerde asielzoekers en andere illegaal verblijvende personen nogmaals grondig inperkte. Een derde wetswijziging art 57§2 in 1996²⁶ bepaalde tot slot dat vreemdelingen zonder wettig verblijf voortaan geen recht meer hebben op OCMW-steun, uitgezonderd de 'dringende medische hulp', zoals vastgelegd in het KB van 12/12/96 (Grouwels, 2000; Stokx, 1996).

Op enkele uitzonderingen na²⁷ hebben mensen zonder wettig verblijf in principe dus geen recht op OCMW-steun. En ook toegang tot de sociale zekerheid is een rariteit. Ondanks dat kunnen ze toch rekenen op een aantal basisrechten. Deze bespreken we in het volgende hoofdstuk.

²² Vóór 2005 heette Medimmigrant 'het Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren'.

²³ "Elke persoon heeft recht op maatschappelijke dienstverlening. Deze heeft tot doel eenieder in de mogelijkheid te stellen een leven te leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid. Er worden Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn opgericht die, onder de door deze wet bepaalde voorwaarden, tot opdracht hebben deze dienstverlening te verzekeren. [...]" (art 1 OCMW-wet) (Grouwels, 2000).

²⁴ Eerste wijzigingen in art 57 van de OCMW-wet werden aangebracht door de wet van 28/06/84.

²⁵ Art 57§2 van de OCMW-wet werd gewijzigd door de Programmawet van 30/12/1992.

²⁶ Wetswijziging door de wet van 15 juli 1996.

²⁷ Als het gaat om uitgeprocedeerde asielzoekers met intentie om grondgebied te verlaten (vrijwillige terugkeer), om uitgeprocedeerde asielzoekers in beroep bij de RVS, om vreemdelingen die wachten op een beslissing van hun aanvraag tot regularisatie tijdens de campagne van 2000, om kinderen van ouders zonder papieren, om een situatie van (medische) overmacht en om een beslissing tot steun genomen door de lokale OCMW-raad, dan is het art 57§2 van de OCMW-wet niet van toepassing en kunnen mensen zonder papieren bijgevolg genieten van OCMW-steun (Medimmigrant, z.d.).

HOOFDSTUK 5.

BASISRECHTEN VOOR VREEMDELINGEN

ZONDER WETTIG VERBLIJF

5.1 Op welke rechten kunnen mensen zonder papieren in theorie steunen?

Hoewel ze geen legaal verblijfsstatuut hebben, kunnen mensen zonder papieren –in theorie- rekenen op een aantal grondrechten. Zo stelt de Belgische grondwet ondermeer dat “ieder het recht heeft een menswaardig leven te leiden” (art 23) en dat “iedere vreemdeling die zich op het grondgebied van België bevindt, de bescherming geniet verleend aan personen en goederen, behoudens de bij de wet gestelde uitzonderingen.” (art 191) (ICEM, 2004). Alle vreemdelingen die in België verblijven, hebben dus in principe dezelfde rechten als de Belgen. Naast de grondwet moet de Belgische Staat ook een aantal mensenrechtenverdragen en internationale akkoorden respecteren en toepassen. Mensen zonder papieren kunnen deze rechten invoeren. Het betreft Het Europees Verdrag tot de Bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele Vrijheden (EVRM), het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie (HGEU), het Europees Sociaal Handvest, het Internationaal Verdrag inzake de Economische, Sociale en Culturele Rechten (MSMZP, z.d.(d)), de VN-Conventie inzake de bescherming van de rechten van alle arbeidsmigranten en hun gezinsleden²⁸ en het VN-Verdrag inzake de Rechten van het Kind²⁹. Specifiek voor Vlaanderen bestaat er nog het Strategisch Plan voor het Vlaamse Minderhedenbeleid van juli 1996 en het Vlaamse decreet inzake etnisch-culturele minderheden van 28 april 1998 die een aantal basisrechten voor mensen zonder wettig verblijf moeten garanderen (ICEM, 2004; MSMZP, z.d.(d), 2003).

Concreet gaat het om de volgende mensenrechten:

- *Kinderrechten*, die in alle onderstaande rechten moeten ingepast worden.

²⁸ de Internationale VN-Conventie van 18 december 1990

²⁹ Het VN-Verdrag inzake de Rechten van het Kind van 20 november 1989

- *Recht op morele, fysische en psychische integriteit*

Het artikel 3 van het EVRM stelt een verbod op inhumane behandeling. Dat artikel kan door iedereen worden ingeroepen voor een Belgische rechter.

- *Recht op een menswaardig bestaan*

Volgens de Belgische grondwet (art 23 en 191) heeft iedereen recht op voeding, onderdak, voeding, inkomenszekerheid, bestaansmiddelen...

- *Recht op privé-, gezins- en familielevens*

Mensen zonder papieren hebben het recht op huwen (art 12 EVRM). Verder bepaalt ook artikel 8 van het EVRM het recht op eerbiediging van het privé-leven.

- *Recht op sociale en juridische bijstand*

Mensen zonder papieren hebben recht op gratis sociale en juridische bijstand.

- *Recht op onderwijs, vorming en opleiding*

Minderjarigen zonder wettig verblijf hebben tot 18 jaar het recht op onderwijs. Ze zijn leerplichtig en moeten gewoon ingeschreven worden. Ook volwassenen zonder wettig verblijf moeten onderwijs, vorming en opleiding kunnen volgen.

- *Recht op gezondheidszorg*

Mensen zonder papieren hebben recht op noodzakelijke gezondheidszorg. In België wordt de toegang tot medische zorgen voor mensen zonder papieren geregeld via de Dringende Medische Hulpverlening (DMH). Dat werd vastgelegd in artikel 57§2 van de OCMW-wet op basis van het Koninklijk Besluit van 12 december 1996 [zie 7.2.3] (MSMZP, 2003; Neuckens et al., 2003).

5.2 Een blik op de realiteit...

Hoewel de hierboven vermelde basisrechten een algemeen geldend karakter hebben, verloopt de toepassing van deze rechten nog steeds problematisch. Het recht op sociale zekerheid, op bescherming van gezondheid en op sociale, medische en juridische hulp is niet gewaarborgd. Mensen zonder wettig verblijf hebben immers geen recht op OCMW-steun of sociale zekerheidsuitkeringen en beschikken niet over de mogelijkheid tot officiële tewerkstelling. Omdat men zelden over een voldoende inkomen beschikt, is men veeleer aangewezen op de hulp en solidariteit van anderen. En

ondanks het universeel recht op gezondheidszorg, kunnen illegalen niet altijd terecht bij de noodzakelijke zorgverstrekkers waardoor belangrijke medische zorgen worden uit- en zelfs afgesteld. Verder blijkt ook het recht op onderwijs voor minderjarigen geen evidentie: als gevolg van ondermeer financiële beperkingen gebeurt het dat sommige kinderen toch niet worden ingeschreven (MSMZP, (z.d.(d)); Neuckens et al., 2003).

Door hun zwakke rechtspositie weten mensen zonder papieren hun rechten moeilijk af te dwingen. Bovendien ervaren ze grote moeilijkheden om zich te laten bijstaan door een goede advocaat die ook gratis werkt. Het gevaar terecht te komen in uitbuitingssituaties, het zwartwerkcircuit (precaire werkomstandigheden, lage lonen...), huisjesmelkerij, mensenhandel en het criminele milieu is reëel. Uit angst voor ontdekking en repatriëring zoeken ze de anonimiteit van grootsteden en de onzichtbaarheid van achtergestelde buurten op. Maar naast anonimiteit bieden grote steden nog een aantal andere voordelen en mogelijkheden: het vinden van werk in het informele circuit blijkt niet zo moeilijk, en ook onderdak tegen lagere huurprijzen—hoewel het comfort dikwijls te wensen overlaat - is er gemakkelijker te vinden. Bovendien wordt de ondersteuning door familie, vrienden en de eigen etnische of religieuze gemeenschap gemakkelijker gerealiseerd. Deze laatsten spelen zelfs dikwijls een fundamentele rol. De absorptiekracht en zelforganisatie van religieuze gemeenschappen en migrantengemeenschappen is bijzonder groot (EMN, 2005; MSMZP, (z.d.(d)); Neuckens et al., 2003; Steunpunt Mensen Zonder Papieren, 2003).

Het is van algemeen belang dat mensen zonder wettig verblijf in onze samenleving van de nodige opvang kunnen genieten. Het niet eerbiedigen van de basisrechten van mensen zonder papieren kan immers aanleiding geven tot acute samenlevingsproblemen, en een vermindering van de sociale cohesie kan –vooral dan in buurten met een sterke concentratie aan illegalen- gevoelens van onveiligheid creëren en de volksgezondheid in het gedrang brengen (ICEM, 2004; Neuckens et al., 2003).

HOOFDSTUK 6.

DE GEZONDHEID VAN MENSEN ZONDER PAPIEREN

In het rapport "Health conditions of migrants and refugees" van de Raad van Europa (Council of Europe, 2000) onderscheidt men drie fasen van gezondheidsrisico's voor migranten en vluchtelingen:

- *de gezondheidsrisico's reeds aanwezig voor de migratie*

In deze fase wordt de gezondheidstoestand gelinkt aan de armoede ervaren in het herkomstland. Het betreft de zogenaamde 'diseases of poverty' (tuberculose, hepatitis, ademhalingsziektes...), die in de hand gewerkt worden door ondervoeding, slechte behuizing, overbevolking, weinig hygiëne en watervoorziening en een ontoereikende toegang tot medische zorgen. Bovendien leidt armoede tot een fatalistische instelling, waardoor mensen niet of minder geneigd zijn actief op zoek te gaan naar medische verzorging.

- *de gezondheidsrisico's als gevolg van de migratie*

Hier wordt er voornamelijk gewag gemaakt van psychische en psychosomatische problemen als gevolg van migratie en ontworteling uit de vertrouwde omgeving. Ook misbruik van alcohol en andere drugs komt regelmatig voor, met verslaving tot gevolg.

- *de gezondheidsrisico's tengevolge van de nieuwe leefsituatie in het gastland*

De omstandigheden waarin een persoon zonder wettig verblijf moet overleven in het gastland zijn vaak niet ideaal, en hebben rechtstreeks of onrechtstreeks een impact op de gezondheid. Vooreerst duwen de lange beslissingstermijn van de DVZ en de onduidelijke criteria voor regularisatie de asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf in een onzekere situatie met sociale uitsluiting als gevolg. Zo bijvoorbeeld mogen mensen zonder papieren in principe niet werken. Het verwerven van een inkomen is bijgevolg één van de moeilijkste problemen. Diegenen die zich toch op de arbeidsmarkt begeven, werken in het zwart waardoor ze sociaal niet beschermd zijn. Tewerkstelling gebeurt dikwijls tegen lage lonen, met lange werkdagen en in slechte werkomstandigheden, in de zogenaamde 'knelpuntberoepen' en risicoberoepen als de bouw, de zware industrie en de landbouw, maar ook in de horeca en als huishoudhulp. Bovendien is de huisvestingssituatie dikwijls ondermaats: woningen zijn vaak duur, vochtig, gehorig en klein. Uit angst voor controle voelen ze zich geneigd om

vaak te verhuizen. Ook laat het beperkte inkomen hen vaak niet toe een gezonde en evenwichtige voeding te consumeren (MSMZP, 2000; Van Den Muijsenbergh, 2000).

Uit het onderzoek van Adam et al. (2001) waarbij 107 mensen zonder wettig verblijf in België werden gepolst naar hun gezondheid, kwam naar voor dat een aanzienlijk deel van de ondervraagden in een relatief goede gezondheid verkeert. Toch hebben het moeilijke karakter en de onzekerheid rond hun illegaal verblijf een nefaste invloed op hun gezondheid: de permanente stress, de angst voor ontdekking, en onzekerheid zijn verantwoordelijk voor een hoog percentage aan psychische en psychologische klachten als slaapstoornissen, hoofdpijn en depressie. Maar daarnaast komen ook fysieke klachten voor, te wijten aan ondermeer oververmoeidheid, stress, een ongezond en onevenwichtig voedingspatroon, heimwee, slechte werk-, woon- en leefomstandigheden, gebrek aan sociale steun en medische verzorging enzovoort (Adam et al., 2001; EMN, 2005; MSMZP, 2000).

Over vluchtelingen, asielzoekers en illegalen, die overwegend jong en gezond zijn, merken Feldmann en Meis (1996) en Van Den Muijsenbergh (2000) op dat ze naast de 'gewone' gezondheidsproblemen, dikwijls ook specifieke gezondheidsproblemen hebben die samenhangen met hun achtergrond, ervaringen en de huidige (precaire) sociaal-economische situatie. (Tropische) import- en infectieziekten als malaria, tuberculose en HIV/AIDS, maar ook klachten als gevolg van ingrepen op het lichaam (zoals vrouwenbesnijdenis) en problemen rond zwangerschap komen voor. Verder kunnen (traumatische) geweld- en vluchtervaringen leiden tot psychische en psychosomatische klachten, zoals slaapstoornissen, eventueel in combinatie met nachtmerries, concentratieproblemen, hoofdpijn, angstaanvallen, pijnen in diverse lichaamsdelen etcetera. Ook Avezaat en Smulders (1996) bemerken een verschillend morbiditeitspatroon bij allochtonen in vergelijking met autochtonen: maagzweren, Engelse ziekte, tuberculose, diabetes, cariës en werkongevallen komen frequenter voor.

Daarnaast melden verscheidene bronnen bij etnisch-culturele minderheden een hogere perinatale sterfte, een hogere frequentie van beroepsziektes en arbeidsongevallen, multidimensionele pathologieën en meer psychische en psychosomatische problemen als gevolg van trauma's in thuisland, onzekerheid over verblijfsstatuut en een gebrek aan zinvolle activiteit (Avezaat et al., 1996; Dewaele, 1997; De Mynck & Peeters, 1997; Scott, 2004; Van Den Muijsenbergh, 2000)

Asielzoekers hebben een verhoogde kans op psychiatrische klachten (Kool & Kaasenbrood, 2002). Maar ook het aantal mensen zonder wettig verblijf met een psychische problematiek is aanzienlijk. Dat bevestigt ondermeer AZG (2004a, 2004b, 2006). Mensen die al langere tijd illegaal in België verblijven, zouden meer last hebben van psychische stoornissen. De ontvluchtte situatie in het land

van herkomst³⁰, het verblijf in de illegaliteit³¹ en de uitsluiting tot de geestelijke gezondheidszorg (zie verder) hebben daarbij een nefaste invloed op de gezondheid. In de medische wereld spreekt men van het 'Odysseus-syndroom' met symptomen als depressie, chronische angstklachten en nervositeit, posttraumatische stress (PTSD), obsessies, slapeloosheid, grote vermoeidheid, osteo-articulaire pijn, geheugenverlies, emotionele en fysieke uitputting (AZG, 2004a, p. 18).

Adam et al. (2001) onderscheiden twee groepen illegalen met gezondheidsklachten: diegenen voor wie het medisch probleem als vertrekmotief diende voor de komst naar België, of bij wie dat een beslissende rol heeft gespeeld om hier langer te blijven. En diegenen bij wie het illegale verblijf een nefaste impact heeft uitgeoefend op hun gezondheid. De hieruit voortvloeiende diversiteit aan individuele fysieke en/of psychische gezondheidsklachten vertaalt zich in een verscheidenheid aan strategieën die illegalen hanteren om toegang tot medische zorgen te krijgen. Dat wordt besproken in het volgende hoofdstuk.

³⁰ Zoals (burger)oorlog, foltering, mishandeling, opsluiting, verkrachting, armoede.

³¹ Het illegaal verblijf van mensen zonder papieren wordt ondermeer gekenmerkt door een beperkt sociaal netwerk, isolement, schaamtegevoelens om als mislukking te worden aanzien, een constante strijd om voedsel en onderdak, angst voor politie, traumatische ervaringen en onzekerheid over de toekomst (AZG, 2004a, 2006).

HOOFDSTUK 7.

TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

Zoals reeds vermeld in de inleiding is het met de toegankelijkheid van de Belgische gezondheidszorg relatief goed gesteld. Toch blijkt uit analyses van de gezondheidsenquête van 1997 (Beck, Vanroelen & Louckx, 2002) dat een universele en gelijke toegang tot de gezondheidszorg (nog) niet werd gerealiseerd, ondanks toegankelijkheidsverhogende maatregelen als bijvoorbeeld de sociale en fiscale franchiseregelingen en het forfaitair betalingsstelsel (Louckx & Van Wanseele, 1998). Er blijft een duidelijk verband te onderkennen tussen de (on)toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de sociaal-economische positie. Zo werd 8,7% van de respondenten gedwongen hun gezondheidszorg uit of af te stellen omwille van financiële redenen (Vanroelen, 2001, in: Beck et al., 2002). Omdat mensen zonder papieren bovendien zelden over een ziekteverzekering beschikken, ervaren zij dikwijls nog grotere moeilijkheden om toegang tot gezondheidszorg te krijgen.

Adam et al. (2001) onderscheiden informele en formele strategieën waarop mensen zonder papieren toegang trachten te krijgen tot gezondheidszorg:

7.1 Informele strategieën

Vaak doen mensen zonder papieren een beroep op hun sociaal netwerk om aan medische zorgen tot komen. Dit worden de informele strategieën genoemd. De steun van de etnische gemeenschap lijkt daarbij van groot belang en kan teruggebracht worden op het *principe van reciprociteit*: de hoop zelf geholpen te worden in een noodsituatie verklaart de altruïstische houding van sommige personen.

Concreet worden de volgende manieren aangewend:

- Men leent de noodzakelijke papieren, zoals een SIS-kaart, van anderen.
- Men betaalt de volledige prijs van de consultatie of medicatie, al dan niet met de hulp van anderen.
- Men zoekt dokters op (eventueel van dezelfde origine of waarmee men een vriendschapsrelatie heeft) die gratis consulteren of tegen een verlaagd tarief.
- Men steunt op de solidariteit van de (kerk)gemeenschap of de school.

- Men maakt gebruik van monsters voor medicatie.
- Men doet beroep op het medisch fonds³² en het medisch netwerk³³ van Medimmigrant.

7.2 Formele strategieën

7.2.1 INSCHRIJVING IN EEN ZIEKENFONDS

Een aansluiting bij de mutualiteit is mogelijk onder een aantal voorwaarden [zie hoofdstuk 4]. Dat gebeurt echter zelden.

7.2.2 PRIVÉ-VERZEKERING

Mensen zonder papieren kunnen een privé-verzekering afsluiten [zie hoofdstuk 4]. In de praktijk zijn het echter uitzonderlijke gevallen (o.a. PICUM, 2001).

7.2.3 PROCEDURE 'DRINGENDE MEDISCHE HULP' (DMH)

Mensen zonder wettig verblijf kunnen op basis van het KB van 12/12/1996 inzake de 'dringende medische hulp' toegang krijgen tot gezondheidszorgen. In dat geval kunnen zorgverstrekkers de kosten voor de gezondheidsprestaties terugvorderen bij het bevoegde OCMW, die het op haar beurt kan terugvorderen bij het Ministerie Van Volksgezondheid³⁴. Zoals bepaald in het KB kunnen deze zorgen zowel van preventieve als van curatieve aard zijn, en zowel ambulante als intramuraal worden verstrekt³⁵. Met uitzondering van hospitalisatiekosten worden enkel kosten met een strikt medisch karakter vergoed; kosten van voeding, kleding en huisvesting vallen niet onder het KB.

Om recht te hebben op DMH moet aan drie voorwaarden worden voldaan:

- De persoon is illegaal in België;
- De persoon is behoeftig;

³² Het medisch hulpfonds van Medimmigrant werd in het leven geroepen als antwoord op de medische hulpvragen van mensen zonder wettig verblijf indien andere voorzieningen (zoals een ziekteverzekering, het KB DMH, eigen financiën...) niet toereikend zijn. Er kan een financiële tussenkomst tot 50% voorzien worden, met een plafond van maximaal 2000€. In 2004 werd voornamelijk gebruik gemaakt van het fonds voor een eerste consultatie of medicatie (MSMZP, 2004, 2005).

³³ Medimmigrant heeft met bepaalde huisartsen, specialisten, apothekers, para-medici, ziekenhuizen, gezondheidscentra... een samenwerkingsovereenkomst afgesloten, waarin staat dat de zorgverstrekker tegen een minimale prijs de patiënt zonder papieren – die door Medimmigrant werd doorgestuurd – zal consulteren.

³⁴ De kosten die door het Ministerie van Volksgezondheid worden terugbetaald zijn afhankelijk van de prijs voor de medische verstrekking(en) zoals bepaald in de RIZIV-nomenclatuur. Die prijs betreft het remgeld samen met het bedrag dat normaal gezien door het ziekenfonds wordt terugbetaald.

³⁵ Bovendien kan DMH zowel in openbare als privéinstellingen worden verstrekt.

- De dringende noodzakelijkheid van een medische verstrekking is vastgesteld en een medisch getuigschrift voorgelegd. Enkel een (door het RIZIV) erkende zorgverstrekker kan de dringende noodzakelijkheid bepalen en een medisch getuigschrift opstellen.

Het OCMW gaat via een sociaal onderzoek na of aan de bovenstaande voorwaarden is voldaan. In principe is het OCMW van de feitelijke verblijfplaats van de patiënt zonder papieren bevoegd. Als het echter niet mogelijk was om het OCMW op voorhand te contacteren (bijvoorbeeld bij een ongeval), dan wordt via een spoedprocedure het OCMW van de plaats waar de zorgen werden toegediend bevoegd. Om te worden terugbetaald door de Staat, moet het OCMW binnen de 45 dagen een aanvraag hebben ingediend. Bovendien is het een structurele taak van het OCMW er voor te zorgen dat DMH wordt voorzien en toegankelijk is. Dat kan gebeuren door ondermeer conventies³⁶ af te sluiten met medische zorgverstrekkers of te werken met een medische kaart³⁷.

De DMH omvat een breed spectrum van zorgverstrekkingen. Ondermeer ingrepen, onderzoeken (echografie, RX, scanner...), medicatie, revalidatie, kinesitherapie, logopedie, bevallingen, psychologische begeleiding... kunnen onder DMH vallen, indien de erkende zorgverlener die verstrekking dringend noodzakelijk acht. In feite gaat het om "medische hulp die dringend en noodzakelijk is om (verdere) psychosomatische letsels te verhinderen of te verminderen". DMH kan dus niet verengd worden tot "alles wat via de spoedgevallendienst van het ziekenhuis binnenkomt" (MSMZP, 1998, p.53). Daar ligt dan ook het verschil met de 'hoogdringende geneeskundige hulpverlening' of 'de Wet op de 100' van 08/07/64.

In 2003 werd het KB inzake DMH van 12/12/1996 aangevuld met een vierde lid, dat nazorg verplicht in geval van erkende besmettelijke ziekten³⁸ (KB van 13/01/2003). In alle andere gevallen *kan* nazorg onder de DMH vallen, indien dat door een arts zo wordt beslist (Medimmigrant, 2004b; Neuckens et al., 2003; Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, 2003).

Onder de formele strategieën is de procedure DMH de meest gehanteerde. Globaal bekeken stellen Adam et al. (2001) echter vast dat mensen zonder wettig verblijf vaker een beroep doen op de informele strategieën om aan gezondheidszorgen te geraken dan de formele strategieën. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn dat niet alle mensen zonder papieren op de hoogte zijn van de procedure DMH

³⁶ Hierbij wordt er een overeenkomst gesloten tussen het OCMW en de zorgverlener waarbij afspraken worden gemaakt rond het toedienen van medische zorgen aan mensen zonder papieren. In de meeste gevallen betreft het zorgverstrekkers gelegen in de zelfde gemeente als het OCMW. Dat is echter geen vereiste (Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten {VVSG}, 2006).

³⁷ Een medische kaart (ook wel *requisitoir* of *betalingsverbintenis* genoemd) is een document waardoor het OCMW zich ertoe verplicht de kosten van de verstrekte medische zorgen terug te betalen aan de zorgverlener gedurende een bepaalde termijn. (VVSG, 2006).

of dat ze angst hebben zich naar officiële instanties als het OCMW te begeven. In het volgende hoofdstuk wordt daarop verder ingegaan.

³⁸ Erkende besmettelijke ziekten zijn "ziekten die door de bevoegde overheden als zodanig erkend zijn en onderworpen zijn aan profylactische maatregelen" (Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, 2003, p. 4).

HOOFDSTUK 8.

KNELPUNTEN VOOR MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF INZAKE DE TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG

Het waarborgen van een laagdrempelige zorg is, naast kwaliteitscontrole, cruciaal voor een efficiënt, effectief en toegankelijk gezondheidszorgsysteem. Daarbij moet de aandacht volgens De Maeseneer (in: Louckx & Van Wanseele, 1998) gaan naar zowel geografische, psychosociale, culturele als financiële toegankelijkheid.

Medimmigrant³⁹ (2000) stelt dat de reguliere eerstelijnszorg over het algemeen vrij ontoegankelijk is voor mensen zonder wettig verblijf. Daarentegen neemt het aantal mensen zonder papieren bij laagdrempelige eerstelijnsdiensten als de Maisons Médicales, de Wijkgezondheidscentra, Geneeskunde voor het Volk, AZG enzovoort in grote mate toe, en komen ze vaak op de spoedgevallendienst terecht (MSMZP, 2000). Naast cultuurgebonden oorzaken zijn er nog heel wat andere knelpunten die mensen zonder papieren ervaren in hun toegang tot de (reguliere) gezondheidszorg. In wat volgt zal een overzicht worden gegeven van de knelpunten -waarover in de literatuur wordt gesproken- die mensen zonder papieren kunnen ervaren betreffende hun toegang tot gezondheidszorg⁴⁰.

8.1 Knelpunten aan de vraagzijde (mensen zonder wettig verblijf)

Oorzaken voor het uit- of afstellen van medische zorgen kan te wijten zijn aan culturele verschillen. Mensen zonder wettig verblijf hebben immers bijna altijd een andere culturele achtergrond. Een *verschillend gezondheidssysteem* en een *verschillend gezondheidsinzicht* kunnen een verklaring zijn waarom zij pas een arts raadplegen als het probleem acuut is ('patient delay'⁴¹) en waarom zij de spoedgevallendienst zien als een eerstelijnsdienst. Het fenomeen 'huisarts' is immers niet in alle culturen bekend. Bovendien kunnen ook *taalmoeilijkheden* een verklaring zijn voor het niet consulteren. Verder kunnen ook *angst voor financiële repercussies, identiteitscontrole en uitwijzing* de

³⁹ Vóór 2005 heette Medimmigrant het 'Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren' {MSMZP}.

⁴⁰ Voor de indeling van de knelpunten baseren we ons gedeeltelijk op een onderzoek betreffende de toegankelijkheid van de gezondheidszorg dat in 2003 werd uitgevoerd door de Universiteit Gent (Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003), in opdracht van Dhr. Frank Vandenbroucke.

zorgbehoevende ervan weerhouden een zorgverstrekker te raadplegen. Deze 'therapieontrouw' kan een gevolg zijn van het feit dat mensen zonder wettig verblijf doorgaans *weinig of geen informatie* hebben over de procedure DMH en hun recht op gezondheidszorg, dat ze de procedure *onvoldoende vertrouwen* en dat de *onzekere rechtspositie* hen belemmert hun rechten af te dwingen (MSMZP, 2000; MSMZP & AZG, 2001; Vanroelen et al., 2004).

Ook het *wantrouwen ten aanzien van officiële instanties* zoals het OCMW kan hen parten spelen. Door een toenemende stigmatisering in media en politiek zijn ze minder geneigd aan te kloppen bij de zorgsector (AZG, 2006). Verder spreekt AZG (2004) van een *willekeurige toegang* tot gezondheidszorg, die grotendeels afhangt van het feit of mensen al dan niet informatie hebben over hun rechten en mogelijkheden. Bovendien kan ook de *fysieke (on)toegankelijkheid*, indien er een grote afstand tot de zorgverlener moet overbrugd én met eigen middelen bekostigd worden, een belemmering betekenen of worden ze afgeschrikt door de *moeilijke en zware administratieve procedure*.

8.2 Knelpunten aan de aanbodzijde (zorgverstrekkers, OCMW's, apothekers, hulpverleningsinstanties)

8.2.1 ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Nog een reden waarom mensen zonder papieren meer een spoedgevallendienst frequenteren kan zijn omdat men daar niet onmiddellijk hoeft te betalen. Ook een gebrek aan of geen kennis van andere eerstelijnsgezondheidsdiensten kunnen een verklaring zijn. Volgens het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting (2003) is het aanbod van toegankelijke eerstelijnsdiensten in armere buurten -waar er proportioneel meer minderheden wonen- onvoldoende.

Medimmigrant (2004c) wijst ook op het belang van een conventie met zorgverstrekkers. Veel OCMW's oriënteren hun patiënten enkel naar de zorgverstrekkers en de openbare instellingen waarmee er een overeenkomst voor DMH werd afgesloten. Dat heeft een aantal voordelen⁴². Maar daartegenover wordt het recht op vrije keuze van zorgverstrekker beperkt voor de patiënt en ervaart men onduidelijkheden en een moeilijke toepassing van de procedure DMH bij zorgverstrekkers en verplegingsinstelling die geen conventie hebben met het OCMW. Dat is ondermeer het geval bij privéinstellingen, hoewel het

⁴¹ Daarmee doelt men op de periode vanaf het moment dat de patiënt merkt dat er iets mis is met zijn gezondheid tot aan de consultatie bij de huisarts (De Mynck et al., 1997).

KB geen onderscheid maakt tussen privé en openbare instellingen en zorgverleners. Bovendien vrezen geconventioneerde instellingen en zorgverstrekkers een *aanzuigefect* van patiënten zonder papieren (Medimmigrant, 2004c; MSMZP, 2000).

Voor het verkrijgen van een attest DMH moet een *omslachtige, onduidelijke en hoogdrempelige procedure* worden doorlopen. Betrokken zorgverleners klagen over de administratieve last en complexiteit dat het KB met zich meebrengt. Bovendien vinden ze de *terugbetalingstermijn te lang*⁴³. Dat wordt in de hand gewerkt door het feit dat elk OCMW zijn *eigen politiek en praktijk* heeft, waardoor het KB niet op uniforme wijze wordt toegepast. Ook verplicht het KB de OCMW's ertoe de financiële draagkracht (de behoefte) van de patiënt na te gaan aan de hand van een *sociaal onderzoek*. Dat is echter vaak een moeilijke opdracht. Bovendien is de *wachttijd* lang: de patiënt zonder papieren moet meestal 1 tot 3 weken wachten vooraleer een beslissing werd genomen, waardoor de medische zorgen noodzakelijkerwijze moeten worden uitgesteld. (MSMZP, 2000; MSMZP & AZG, 2001; Vanroelen et al., 2004).

Door een constante toename van het aantal aanvragen voor DMH⁴⁴ (Ghijs, 2006), stijgt ook de (administratieve) werklust bij de OCMW's. Dat heeft een impact op de kwaliteit van het sociaal onderzoek en de (laattijdige) aflevering van de tenlasteneming. Bovendien werken weinig OCMW's met gespecialiseerde sociale assistenten, waardoor de afhandeling van een dossier minder vlot en niet uniform⁴⁵ -binnen hetzelfde OCMW- verloopt (AZG, 2006).

8.2.2 KOSTEN VAN DE MEDISCHE ZORGEN

De kosten van medische verstrekkingen kunnen hoog oplopen. Voor mensen zonder wettig verblijf die de procedure DMH niet kennen of er door een bepaalde reden geen aanspraak op kunnen maken, kan dat een reden zijn om de noodzakelijke zorgen uit te stellen.

8.2.3 WETGEVING EN REGELGEVING

De term '*dringende* medische hulp' is onduidelijk en verwarrend. Omdat er de term niet duidelijk werd omschreven, is ze zeer vatbaar voor interpretatie. 'Dringend' doet vermoeden dat het enkel om

⁴² Zo weten zorgverstrekkers en OCMW waaraan ze zich moeten verwachten, wordt medische overconsumptie tegengegaan en is bevorderend voor de aanmaak van een globaal medisch dossier van de patiënt.

⁴³ De terugbetalingstermijn voor Brussel gaat van enkele maanden tot een half jaar.

⁴⁴ Volgens het artikel 'Dringende medische hulp voor illegalen stijgt spectaculair' dat recentelijk verscheen in De Standaard (15/06/06), is het aantal aanvragen voor DMH gestegen van 11.399 in 2003 naar 14.655 in 2004. In 2005 werden 13.893 aanvragen goedgekeurd. Voor 2006 wordt het aantal aanvragen geschat op zo'n 16.000 (Ghijs, 2006).

⁴⁵ Het vaststellen van de behoefte wordt bijvoorbeeld door de verschillende sociale assistenten binnen hetzelfde OCMW niet op éénzelfde wijze gedaan.

hoogdringende medische hulpverlening gaat ('zoals omschreven in de Wet op de 100'), terwijl het KB in werkelijkheid een brede lading zorgverstrekingen kan dekken. Vooral voor kleine, aanslepende, minder acute klachten, preventieve verstrekingen, geneesmiddelen, paramedische en ambulante prestaties ligt de toepassing van het KB niet voor hand. Hierdoor is men ondermeer geneigd mensen zonder papieren sneller dan nodig te hospitaliseren (AZG, 2004; MSMZP, 2000; Vanroelen et al., 2004).

Om terugbetaald te worden door het Ministerie van Volksgezondheid moet het OCMW binnen de 45 dagen het Ministerie verwittigen van de tenlasteneming betreffende de DMH. Die periode is te kort, waardoor de tenlasteneming vaak misloopt. Zo kan het gebeuren dat het OCMW niet op tijd kan verwittigd worden, omdat men niet op de hoogte was van het onwettige verblijf van de patiënt waardoor het OCMW weigert de tenlasteneming op zich te nemen wegens geen garantie op terugbetaling door de Staat (MSMZP & AZG, 2001).

Mensen zonder wettig verblijf hadden tot voor kort een beperkte toegang tot de geestelijke gezondheidszorg. Dat was problematisch, gezien psychische problemen in aanzienlijke mate aanwezig zijn onder de doelgroep. Psychiatrische zorgen toegediend in een psychiatrische ziekenhuis of een psychiatrische verzorgingstehuis (PVT) kwamen niet in aanmerking voor DMH, omdat deze niet als verpleeginstellingen werden beschouwd. Enkel de psychiatrisch zorgen verstrekt in de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) konden rekenen op terugbetaling door de Staat. Maar omdat er geen mogelijkheid was tot doorverwijzing en nazorg, stonden de PAAZ-diensten weigerachtig tegenover deze doelgroep. Op 30 maart 2006 werd echter het wetsvoorstel om psychiatrische ziekenhuizen en PVT's te beschouwen als verpleeginstellingen door de Kamer goedgekeurd⁴⁶. Toch zijn er nog steeds een aantal initiatieven (zoals instellingen voor Beschut Wonen, Medisch-Pedagogische centra) die niet onder de DMH vallen, omdat ze niet worden beschouwd als verpleeginstellingen. (Medimmigrant, 2004b; MSMZP & AZG, 2001; Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, Medimmigrant, & Ondersteuningspunt Medische Zorg De Acht, 2006; Vanroelen et al., 2004).

Voor medicatie werd geen duidelijke regelgeving uitgewerkt. Bovendien worden enkel medicatie uit de categorieën A, B en C en een aantal verbanden en zalven terugbetaald. Sommige OCMW's maken gebruik van een specifieke lijst van medicatie voor DMH (Medimmigrant, 2004b).

⁴⁶ Wetsontwerp van 01/02/06 tot wijziging van de wet van 02/04/65, in Belgisch Staatsblad (BS) van 2 juni 2006.

8.2.4 SPECIFIEKE HULP- EN DIENSTVERLENING

Algemeen bekeken zijn betrokken partners (zorgverleners, zorginstellingen en OCMW's) *onvoldoende op de hoogte* van de inhoud, de draagwijdte en de procedure waardoor de DMH niet of foutief wordt opgestart. Vooral bij artsen is er een groot gebrek aan kennis (Putseys, 1998, in: MSMZP, 2000). Verder wordt in sommige verpleeginstellingen de procedure DMH door de sociale dienst *niet automatisch opgestart* (enkel op vraag van de arts of een andere dienst), waardoor dat soms vergeten wordt. Met alle gevolgen van dien voor de patiënt die de verstrekingen zelf zal moeten bekostigen. Bovendien is verdere opvolging (met een behandeling, medicatie...) dan niet gegarandeerd (MSMZP, 2000). En ook apothekers zijn dikwijls niet op de hoogte van het KB of weten niet welke medicijnen al dan niet worden terugbetaald door het OCMW. Een deskundige in het onderzoek van Vanroelen et al. (2004) meldde dat het echter niet enkel een probleem van onwetendheid is: er zijn ook zorgverstrekkers die *weigeren de procedure toe te passen*.

Het gebeurt dat OCMW's zich onbevoegd achten om de kosten voor DMH van een bepaalde patiënt op zich te nemen. Dergelijke bevoegdheidsbetwistingen kunnen voorvallen als het OCMW geen samenwerkingsovereenkomst heeft met de betreffende (privé)verpleeginstelling, als mensen niet zijn ingeschreven in de gemeente en indien een aanvraag tot tenlasteneming laattijdig werd ingediend bij het OCMW. Zorgverleners en instellingen hebben bijgevolg geen garantie op terugbetaling, en ook de patiënt kan te maken krijgen met hoge kosten (Medimmigrant, 2000, 2004c; MSMZP & AZG, 2001). Voor artsen is terugbetaling van een eerste consultatie, die steeds nodig is voor het bekomen van een medisch attest om de procedure DMH te kunnen opstarten, evenmin gegarandeerd. Praktijken verschillen van OCMW tot OCMW (AZG, 2006).

Een goede samenwerking met het OCMW is niet evident. Een gebrek aan medewerking vanuit de OCMW's heeft volgens Medimmigrant (2000) dikwijls te maken met een aantal obstakels die de toepassing van de procedure DMH met zich meebrengt. Zo wordt er ondermeer gedoeld op de administratieve overlast, de mogelijke financiële verliezen, het feit dat de DMH niet alle prestaties dekt en het feit dat het OCMW meestal met de vinger wordt gewezen in geval van moeilijkheden.

8.3 Gevolgen van een problematische toegang

De hierboven vermelde problemen maken dat mensen zonder wettig verblijf slechts een beperkte toegang hebben tot medische zorgen, wat ontegensprekelijk een negatieve impact heeft op hun gezondheid. Ze schuiven hun medische zorgen noodzakelijkerwijze op de lange baan tot op het moment dat de situatie onhoudbaar wordt, waardoor een aangepaste en tijdige behandeling uitblijft.

Dat uit- en afstelgedrag is nefast; niet behandelde aandoeningen worden immers acute (en vaak chronische) problemen waarvan de schade in het slechtste geval onherroepelijk is en wat uiteindelijk zal resulteren in 'bodily harm, unnecessary morbidity en preventable mortality' (Becker, 2004, in: Scott, 2004). Bovendien zijn de behandelingskosten voor ernstige problemen veel duurder en kan een diagnosestelling in een (te) laat stadium zelfs een bedreiging vormen voor de volksgezondheid. Naast het feit dat gezondheidszorg een universeel mensenrecht is, is het dus ook in het belang van de Staat om er structureel voor te zorgen dat medische voorzieningen toegankelijk zijn voor iedereen (Scott, 2004; Vanroelen et al., 2004).

Mensen zonder wettig verblijf en hun toegang tot gezondheidszorg in Brussel.
Een verkennend onderzoek naar de gevolgde trajecten en ervaren knelpunten anno 2006.

DEEL II: Empirisch onderzoek

HOOFDSTUK 1.

INLEIDING, HYPOTHESE EN ONDERZOEKSVRAGEN

De oorspronkelijke onderzoeksvraag werd gesteld door Artsen Zonder Grenzen {AZG}, een gevestigde naam op het vlak van gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf en asielzoekers in België. Het Belgische project 'Toegang tot de gezondheidszorg' richt zich specifiek tot die personen die omwille van hun precair verblijfstatuut een moeilijke toegang ervaren tot medische zorgen. In hun praktijken in Antwerpen en Brussel biedt AZG gratis consultaties aan –met zowel een medisch, sociaal als psychologisch luik-, en tracht vervolgens deze mensen te oriënteren en te integreren in de bestaande gezondheidsstructuren. Ondanks het feit dat hun praktijken op maximale capaciteit draaien, merken ze op dat een deel van hun doelpubliek niet bereikt wordt. Ondermeer mensen zonder papieren uit Centraal-Azië zijn nauwelijks terug te vinden in de statistieken. Als zij niet tot bij AZG komen, waar gaan zij dan wel naartoe? En wat doen zij om toegang tot de gezondheidszorg te krijgen in steden waar AZG actief is?

In samenwerking met promotor Professor Dr. Fred Louckx, Stefanie Goovaerts van de Wetenschapswinkel VUB en Veerle Dupont van AZG werd bovenstaande vraag omgedoopt tot thesisonderwerp en dokterden we een concrete vraagstelling uit. Door een aantal onvoorziene omstandigheden werd de koers van het onderzoek in de loop van het jaar enigszins gewijzigd, maar uiteindelijk kwamen we tot de volgende onderzoekstitel: "*Mensen zonder wettig verblijf en hun toegang tot gezondheidszorg in Brussel. Een verkennend onderzoek naar de gevolgde trajecten en ervaren knelpunten anno 2006.*"

Zoals kan worden afgeleid uit de literatuurstudie is de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder papieren eerder beperkt. Dat uitgangspunt is het vertrekpunt van ons empirisch onderzoek. In onze *hypothese* stellen we dat mensen zonder wettig verblijf, ondanks hun gewaarborgd recht op gezondheidszorg, anno 2006 nog steeds heel wat moeilijkheden ondervinden om aan de noodzakelijke medische verzorging te geraken. Niettegenstaande eerdere onderzoeken rond deze problematiek en de daaruit voortvloeiende beleidsaanbevelingen is er nog niet veel veranderd.

In dit onderzoek willen we nagaan hoe het gesteld is met de toegankelijkheid tot gezondheidszorgen voor mensen zonder papieren in Brussel, anno 2006. Om te beginnen schetsen we daarom een *beeld*

van de heterogene groep mensen zonder wettig verblijf in Brussel die een beroep doen op de medische eerstelijnsdiensten (nationaliteit, leeftijd, geslacht, pathologie...). Vervolgens stellen we de (onderzoeks)vraag welke trajecten mensen zonder wettig verblijf volgen om medische zorgen te bekomen. Enerzijds zullen we nagaan naar waar (naar welke hulpverleningsinstanties) mensen met een illegaal verblijfsstatuut gaan bij gezondheidsproblemen, en waarom. Hebben die (medische) instanties waarmee ze in contact komen misschien bepaalde kenmerken gemeenschappelijk, zoals laagdrempeligheid, interculturele bemiddeling, locatie in een migrantenbuurt ...? Anderzijds willen we onderzoeken welke strategieën mensen zonder papieren aanwenden om toegang tot medische zorgen te krijgen, en waarom. Op die manier kunnen we een idee krijgen van de toegankelijkheidsproblemen die deze precare groep ondervindt. Zou er misschien een lijn te vinden zijn tussen bepaalde toegankelijkheidsproblemen en het aanwenden van informele strategieën, zoals het lenen van andermans papieren? Tot slot onderzoeken we de knelpunten die mensen zonder wettig verblijf (kunnen) ondervinden in hun toegang tot gezondheidszorg. Al in eerdere studies en rapporten werd gewag gemaakt van toegankelijkheidsproblemen die mensen zonder wettig verblijf ervaren. Uitgaande van die bronnen trachten we na te gaan of de problemen ondertussen verbeterd of verslechterd zijn, of er nieuwe problemen zijn bijgekomen en of de accenten zijn verschoven van het ene naar het andere probleem. Kortom een huidige stand van zaken in Brussel. Eindigen doen we met een overzicht van (beleids)aanbevelingen die in de interviews door de respondenten werden aangehaald.

HOOFDSTUK 2.

ONDERZOEKSOPZET

2.1 Onderzoekspopulatie en onderzoeksterrein

Om antwoorden te vinden op onze gestelde onderzoeksvragen kozen we voor het bevragen van *laagdrempelige medische eerstelijnsdiensten*. Laagdrempelig (bijvoorbeeld door hun sociaal karakter, hun ligging, hun betalingssysteem...), met de redenering dat die organisaties wel het meeste toegankelijk zijn voor mensen zonder wettig verblijf. Eerstelijnsdiensten, met de redenering dat deze organisaties ons het meeste wegwijs zouden kunnen maken in de toegankelijkheidsproblematiek inzake gezondheidszorg. Dat ondervonden we ook uit eigen ervaring: bij een rondvraag bij laagdrempelige sociale diensten, sociale restaurants en nachtsielen merkten we al snel dat we voor onze vragen daar niet op de juiste plaats zaten.

We maakten bewust de keuze geen mensen zonder wettig verblijf te bevragen. De redenen daarvoor waren ondermeer dat we slechts over een beperkte tijd beschikten en dat werken met die preciaire doelgroep vaak veel tijd in beslag neemt. Juist door hun penibele levensomstandigheden duurt het doorgaans een hele tijd voor je hun vertrouwen kan winnen, en bovendien leven ze vaak geïsoleerd en in gesloten gemeenschappen, waardoor ze over het algemeen moeilijk bereikbaar zijn. Bovendien kunnen ook taalproblemen een barrière vormen.

Als onderzoeksterrein kozen we *Brussel*. Enerzijds was dat in opdracht van AZG, anderzijds bleek ook uit de literatuur dat de aanwezigheid van mensen zonder wettig verblijf voornamelijk een (grote) stedenproblematiek is. Didier Vanderslycke⁴⁷ verwoordt het zo: "Grootsteden zijn magneten voor mensen die weg willen uit de armoede, hopen op iets beter of voor zij die zich willen verstoppen voor de achterklap of de arm van de wet. Steden zijn dikwijls ruimten waar mensen hoopvol verloren lopen" (Steunpunt Mensen Zonder Papieren, 2003, p. 3). Voor mensen zonder wettig verblijf is Brussel om verschillende redenen een populair toevluchtsoord. Brussel is een stad van minderheden, een smeltkroes van verschillende culturen. Men vindt er gemakkelijk aansluiting bij de eigen etnisch-culturele gemeenschap en kan er vaak ook rekenen op solidariteit, opvang en ondersteuning.

2.2 Methodologie

Op basis van een aantal bronnen⁴⁸, stelden we een overzichtslijst samen van (laagdrempelige) medische eerstelijnsorganisaties in Brussel [zie bijlage I]. Die overzichtslijst werd een verzameling van maisons médicales en wijkgezondheidscentra, de praktijken van Kind&Gezin en ONE⁴⁹, de praktijken van Geneeskunde voor het Volk, AZG, Médecins du Monde, VRGT⁵⁰ en FARES⁵¹, laagdrempelige hulpverleningsinstellingen voor daklozen, toxicomanen en prostituees in Brussel en een aantal (privé-)huisartsenpraktijken. Daaruit werd een steekproef van 16 organisaties getrokken, die deels ad random en deels via de sneeuwbal methode (waarvan we dus door 'tips' uit het werkveld wisten dat er mensen zonder wettig verblijf over de vloer kwamen) werd samengesteld. Eerstelijnsdiensten specifiek gericht naar een afgebakende populatie (zoals zwangere vrouwen en kinderen, verslaafden en prostituees) trachtten we -in de mate van het mogelijke- te mijden, met de bedoeling onze respondentengroep zo breed en algemeen mogelijk te houden.

In totaal werden 17 organisaties bevroegd op basis van een kwalitatieve semi-gestructureerde vragenlijst die mondeling werd afgenomen. 16 diepte-interviews werden afgenomen met eerstelijnsdiensten (dokters, verplegend personeel en sociale assistenten) en 1 expertinterview werd afgenomen met Medimmigrant. Elk interview duurde één tot anderhalf uur en werd zorgvuldig uitgetypt⁵².

Aangezien Brussel gekenmerkt wordt door tweetaligheid en het de representativiteit van het onderzoek zou schaden om ons enkel te beperken tot de Nederlandstalige eerstelijns, werden ook Franstalige organisaties (bijvoorbeeld de Maisons Médicales) opgenomen in de overzichtslijst. Uiteindelijk namen we acht interviews af in het Frans en negen interviews in het Nederlands. Om vertekening bij vertaling te vermijden, werd gekozen om in het volgende hoofdstuk (Onderzoeksresultaten) de aangehaalde citaten in hun oorspronkelijke taal weer te geven.

Tot slot hebben we, op uitdrukkelijke vraag van een aantal respondenten, ervoor gekozen om alle interviews volledig anoniem te maken. Uit respect voor de respondenten en hun antwoorden zal er in

⁴⁷ Didier Vanderslycke is ondermeer voorzitter van vzw Medimmigrant.

⁴⁸ Ondermeer het Brussels Zakboekje 2005 en 2006, de folder 'Dakloos? Waarheen?' (uitgave 2005), de sociale kaart van de Brusselse Welzijns- en gezondheidsraad, Le Guide Social, de website van de Federatie van Maisons Médicales, de website van Kind & Gezin, de website van ONE, Le Bon Plan en Medimmigrant.

⁴⁹ Office de la Naissance et de l'Enfance

⁵⁰ Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (Vlaamse Gemeenschap).

⁵¹ Fonds des Affections Respiratoires (Communauté Française).

⁵² Omwille van de grote omvang zullen de uitgetypte interviews aan het thesisonderzoek worden bijgevoegd in een aparte bundel.

de loop van de onderzoeksanalyse bijgevolg enkel gesproken worden van respondent (1) en (2) enzovoort.

2.3 Validiteit van de resultaten

De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op (kwalitatieve) informatie die ons werd aangereikt door artsen, verpleging en/of sociaal assistenten. Hoewel dat gebeurde in vertrouwen en met garantie op anonimiteit, zijn de antwoorden niet controleerbaar. Toch kunnen we aannemen dat de betrouwbaarheid van de opgegeven informatie relatief groot is (interne validiteit). Het bekijken van de toegankelijkheidsproblematiek tot gezondheidszorg van mensen zonder wettig verblijf vanuit het oogpunt van de medische eerstelijns in Brussel biedt ons heel wat mogelijkheden. Desondanks moeten we ook rekening houden met de eventuele beperkingen. Misschien horen we immers een heel ander verhaal als we ons focussen op de spoeddiensten, de etnische-culturele gemeenschappen of de mensen zonder wettig verblijf zelf.

Dit onderzoek richt zich specifiek naar mensen zonder wettig verblijf in Brussel. Of de onderzoeksresultaten ook veralgemeend kunnen worden naar mensen zonder wettig verblijf in heel België (externe validiteit) is plausibel, maar niet zeker. Voorzichtigheid in het omspringen met de resultaten is zeker aangewezen. Dus hoewel de onderzoeksresultaten misschien duidelijke taal spreken, moeten we voorzichtig zijn om nog geen al te verregaande conclusies te trekken. Daarvoor is dit verkennend onderzoek wellicht iets te beperkt (en té specifiek gericht op Brussel), waardoor we mogelijk maar het tipje van de sluier oplichten. Enige relativiteit is dus zeker geboden. Maar natuurlijk mogen we ons daarop ook niet blind staren; hoe klein dat tipje ook mag zijn, het kan steeds een aanzet zijn naar groter onderzoek en concrete, structurele beleidsmaatregelen.

HOOFDSTUK 3.

IDENTITEIT EN GEZONDHEID VAN MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF

In dit eerste onderzoeksdeel willen we in kaart brengen over welke mensen zonder wettig verblijf het precies gaat in het onderzoek. We trachten een afbakening te vinden op basis van nationaliteit, geslacht, leeftijd en gezondheidsklachten.

3.1 Nationaliteit

Het patiëntenpubliek bij de betrokken organisaties is heel gevarieerd. Tellingen binnen organisaties die zelf op onderzoek uitgingen lopen op van 40 tot 80 verschillende nationaliteiten. Wat betreft de 'sans papiers', zijn het hoofdzakelijk mensen uit Zwart-Afrika (vooral Congo, maar ook Somalië, Kameroen, Nigeria, Ghana, Togo) en Noord-Afrika (Marokko en Algerije), en mensen uit Latijns-Amerika (hoofdzakelijk Ecuador en Brazilië, ook Chili, Bolivia, Argentinië, Guatemala en Peru) en Oost-Europa (voornamelijk Polen, Roemenië, (Wit-)Rusland, Oekraïne, Moldavië, Servië-Montenegro, ook Bosnië, Kosovo, ex-Joegoslavië, Tsjetsjenië, Armenië, Bulgarije, Hongarije, Oezbekistan, Azerbeidzjan...) die men in de wachtzalen aantreft. Ook Filippijnen consulteren bij meerdere respondenten, maar in veel kleinere aantallen. Andere nationaliteiten die worden vernoemd, maar in een kleine minderheid zijn, zijn ondermeer Turken, Pakistanen, mensen uit Thailand, Iraniërs, Roma-zigeuners, Vietnamezen, Tibetanen. Chinezen en Aziaten in het algemeen, behoren samen met Afghanen, tot de nationaliteiten die raar of zelden de weg naar de hulpverleningspraktijk vinden. Vermoed wordt dat er onder deze gemeenschappen een groot samenhangsgevoel leeft en ze goed georganiseerd zijn, waardoor men niet snel geneigd is op zoek te gaan naar antwoorden op hun problemen buiten de etnisch-culturele gemeenschap. Ook het feit dat ze zich niet in een precaire situatie zouden bevinden en dat ze voornamelijk dokters raadplegen van dezelfde origine die bovendien gratis consulteren werden als redenen aangehaald.

“Mensen van Chinese origine zijn met een heel grote groep hier in België. Op de AV vonden ze vreemd dat we niemand van de Chinese gemeenschap op de vloer kregen en dan zijn we met een offensief begonnen naar de gemeenschap toe. We zijn folders gaan uitdelen, vertaald in het Chinees, aan Chinese restaurants en Chinese contactpersonen. Maar de meeste mensen vertelden ons wel dat Chinese mensen redelijk geïsoleerd leven en vooral een beroep doen op hulp binnen hun eigen gemeenschap. Ook andere

organisaties hebben weinig contact met de Chinese gemeenschap. Ze lossen vooral hun problemen intern op, en doen weinig beroep op externe organisaties zoals het OCMW.” (3)

De aanwezigheid van bepaalde gemeenschappen van mensen zonder wettig verblijf in een buurt is zeer wisselend. Mensen uit alle windstreken komen en gaan, ondermeer onder impuls van hun sociaal-economische positie, vanwege problemen in eigen land enzovoort. Die grilligheid merkt men ook in de wachtkamer op. Een aantal respondenten spreken in dat opzicht van echte vlagen of ‘rushen’.

“Oui, la population de XXX change. Et dans notre maison médicale il y a des changements au niveau des arrivés, des étrangers qui arrivent... on n’est pas très loin de la gare du midi. Il y a beaucoup de vagues d’immigration différentes. Mais maintenant on a une vague d’Equatorien. Avant on a eu un vague de Somaliens. [...]Maintenant il y a beaucoup de Brésiliens qui arrivent, ça c’est nouvelle.” (11)

Redenen die door onze respondenten worden aangehaald waarom bepaalde gemeenschappen meer worden bereikt dan anderen zijn ondermeer de aanwezigheid van een bepaalde gemeenschap in de buurt, het feit dat de betrokken arts van dezelfde origine is of de taal spreekt van een betreffende gemeenschap, een opgebouwde vertrouwensrelatie met een bepaalde etnische gemeenschap en een goed draaiende mond-op-mondreklame tussen de leden van de gemeenschap onderling.

«Comme je parle Roumaine, comme je suis d’origine Roumaine aussi, j’ai beaucoup des Roumaines, des Oukraïnaines qui parlent Roumaines, des Moldaves qui parlent Roumaines [...]. La plupart sont d’origine Roumaines, et alors les Roumaines... c’est le bouche à oreille, ils le disent [...] ils parlent entre eux. Et alors on dit qu’il faut y aller, il y a une médecin Roumaine, elle est gentille, elle ne prend pas de l’argent... et c’est comme ça.» (16)

3.2 Geslacht

Over de vraag welke geslachtsgroep het meeste voorkomt zijn de meningen verdeeld. De meerderheid van de respondenten meldt dat het ongeveer evenveel mannen als vrouwen zijn die consulteren in de globale praktijk. Toch kunnen er verschillen merkbaar zijn binnen dezelfde praktijk, maar bij een andere arts. Enkelen zien meer vrouwen dan mannen. De redenen die worden aangehaald zijn grotendeels terug te brengen op het feit dat ze zelf ook van het vrouwelijk geslacht zijn, dat vrouwen zich er gynaecologisch kunnen laten onderzoeken en dat er in de praktijk aan zwangerschapsbegeleiding en -opvolging wordt gedaan.

“Want wij zijn 4 vrouwelijke artsen. Het heeft ook te maken met de reputatie van het centrum. We hebben een arts die vooral prenatale consultaties doet. En het centrum heeft eerst de naam gekregen dat er vooral aan gynaecologie wordt gedaan.” (9)

Drie respondenten zien relatief veel meer mannen dan vrouwen. Dat heeft vermoedelijk te maken met de aard van de organisatie. Immers, twee van deze drie organisaties zijn niet specifiek gericht naar mensen zonder papieren, dan wel naar daklozen. Het harde leven op straat is voornamelijk een mannenwereld. Bovendien geeft een respondent aan dat het vooral mannen zijn die de eerste stap zetten tot emigreren. Nadien komt ook de familie over.

3.3 Leeftijd

Uit de gesprekken komt duidelijk naar voor dat de groep mensen zonder papieren die consulteert hoofdzakelijk een jonge tot middelbare populatie is, maar leeftijden variëren van 0 tot 60 jaar of meer. Dikwijls gaat het om gezinnen met kinderen, maar dat is niet bij alle respondenten het geval. Sommige organisaties krijgen voornamelijk alleenstaanden of alleenstaanden met kinderen in hun praktijk. Andere organisaties zien zelden of geen kinderen op hun consultaties. Dat het vooral mensen met een jonge tot middelbare leeftijd zijn die om hulp vragen, is op zich niet vreemd. Deze leeftijdsgroepen zijn immers het actiefst en het talrijkst aanwezig. Mensen op oudere leeftijd raadplegen ook, maar hun aantal is veel minder. Het gaat dikwijls om grootouders die in het kader van familiereünie naar hier werden gehaald, en ondertussen in de illegaliteit verder leven.

3.4 Gezondheidsproblemen

De klachten of hulpvragen van mensen zonder wettig verblijf zijn zeer verschillend. Voorkomend zijn ondermeer gynaecologie en zwangerschapsbegeleiding, osteo-articulaire klachten (gewrichtsklachten), spierpijnen, orthopedische klachten, gastro-enterologische klachten (maag- en darmklachten), cardio-vasculaire problemen (hart- en vaatziekten), luchtwegeninfecties, huidinfecties, verkoudheid, griep, diabetes, kanker, hepatitis, HIV/Aids, tuberculose, psychologische en psychosomatische problemen. Onder de meeste respondenten heerst de consensus dat de gezondheidsklachten van mensen zonder wettig verblijf vergelijkbaar zijn met de klachten van andere patiënten; de problemen bevinden zich echter dikwijls al in een verder gevorderd stadium. Ook heeft de meerderheid de indruk dat chronische problemen (hypertensie, diabetes, hoge bloeddruk...) niet worden opgevolgd zoals het hoort, waardoor ze zich voorstellen als acute problemen. Een reden waarom dat zo is wordt door een respondent verklaard door het feit dat ze geen sociale zekerheid hebben. Medicijnen zijn bijgevolg heel kostelijk, waardoor ze niet constant worden ingenomen. Bovendien raadplegen ze pas een zorgverstrekker als ze

zich echt ziek voelen, als de problemen ondermeer door een gebrekkige opvolging van medicatie opnieuw verergerd zijn⁵³.

“Wat we wel zien is dat hun chronische problemen minder goed opgevolgd zijn. Als mensen diabetes hebben, dat dat inderdaad sterk ontregeld is. Dus dat de grote problemen niet opgevolgd zijn en ook heel moeilijk op te volgen daarna. Mensen komen hier terecht met een acuut probleem, ineens voelen zich niet goed omdat hun suiker ontregeld is. Je legt hen dat uit en je probeert te komen tot het feit dat ze zich moeten laten opvolgen. Die opvolging gebeurt niet meer, ook hier niet, omdat de acuutheid weg is, ze hebben daar geen last meer van en er zijn andere belangrijke prioriteiten dan. Eten, wonen...”(1)

Daarnaast krijgen mensen zonder papieren meer af te rekenen met problemen (verslaving, trauma, (huid)infecties, obesitas...) inherent aan de omstandigheden waarin ze als 'sans papier' moeten (over)leven. Doordat ze illegaal in het land verblijven, leven ze in een constante angst voor controle en ontdekking, en ook de dagdagelijkse zoektocht naar werk, geld, voedsel en onderdak laat zich voelen. Ook melden verschillende respondenten meer psychische en psychosomatische problemen bij de doelgroep, zoals depressie en slaapstoornissen. Mensen zijn onrustig en bezorgd om ziek te worden.

«[...] des pathologies liés au stress, autant physiques et psychologiques. [...] Et alors les problèmes liés à la malnutrition, les problèmes régime alimentaire, obésité, des infections digestives.... Puis des problèmes liés à l'hygiène, des infections de la peau ...» (15)

De meeste mensen zonder papieren gaan pas naar de dokter als ze hun problemen als acute problemen ervaren [voor redenen zie punt 5.1]. Toch hoeft het op medisch vlak niet altijd om een ernstig probleem te gaan. De respondenten zijn het er over eens dat –op medisch vlak- zowel kleine als grote problemen voorkomen. Het betreft met andere woorden zowel zwaardere problematieken (zoals HIV/Aids, hepatitis, tuberculose, kanker en chronische of acute problemen) als vage, kleine of 'sociale' klachten (zoals hoofdpijn, buikpijn, griep en verkoudheid). Hyperacute problemen, waarbij hospitalisatie onmiddellijk vereist is, zijn het echter zelden. Als mensen éénmaal de weg naar de hulpverleningspraktijk hebben gevonden, consulteren ze regelmatig(er) en met kleinere problemen.

“Vroeger kwamen alle sans papiers acuut naar hier. Er waren heel veel acute pathologieën, grote problemen die al lang aanslepen en dikwijls multiële problemen. Nu zien we dat wat veranderen omdat onze sans papiers de praktijk al lang kennen, omdat ze vast ingeschreven zijn... [...] Mensen die acuut binnenvallen als sans papier en voor de allereerste keer in heel lang een dokter zien...dat zijn heel zware problemen dikwijls.” (5)

Een aantal respondenten melden dat het in veel gevallen om kleine, maar multiële problemen gaat. Dat is één van de redenen waarom een consultatie van een persoon met een illegaal verblijfsstatuut

⁵³ Andere redenen waarom mensen zonder papieren hun gezondheidszorgen worden vermeld in hoofdstuk 5.

'belastender' is dan bij patiënten met papieren en doorgaans ook meer tijd vraagt van de zorgverstrekker. Andere factoren die een consultatie met mensen zonder papieren bemoeilijken, zijn ondermeer de ingewikkelde procedure voor DMH, de extra administratie, het feit dat men niet dezelfde taal spreekt en een aantal culturele factoren [zie meer 5.1]. Dat de consultatie meer tijd in beslag neemt, is echter geen fenomeen eigen aan mensen zonder papieren. Volgens een respondent is dat een verschijnsel van kansarmoede in het algemeen.

«Dat zijn mensen die met heel veel problemen tezamen komen, je moet dan ook nog DMH uitleggen. Het weegt zwaarder door, maar we zien dat niet als een 'probleem'. Nadien is er ook de administratie, brieven die moeten geschreven worden naar het OCMW daarvoor... Men spreekt ook niet altijd het Frans, Nederlands of Engels als eerste taal, die een ander ziektebeeld hebben dat we niet altijd kennen – met Marokkanen en Turken hebben we het al wat meer door-, die anders omgaan met behandeling... [...] Ik werk ook bij XXX, en dat is hetzelfde. Als je daar 6 illegale gezinnen ziet tegenover 6 gezinnen compleet in orde met alles, dat is een veel langere consultatie. Daar komt veel meer bij kijken. Ik denk dat dat sowieso een fenomeen is van kansarmoede, dat zeer kansarme mensen ook meer tijd in beslag nemen. Maar het probleem moet je wel relativeren hé. Het probleem is niet een hinderpaal of ergernis voor ons, maar het slorpt toch wel veel meer tijd en energie op dan bij patiënten met papieren. » (4)

HOOFDSTUK 4.

TRAJECTEN VAN MENSEN ZONDER WETTIG VERBLIJF

In dit onderdeel gaan we kijken naar de trajecten die mensen zonder papieren doen om aan gezondheidszorgen te geraken. Bij welke instanties kloppen ze aan, en waarom? Wat zijn hun kenmerken? Ook kijken we naar de strategieën die mensen zonder wettig verblijf hanteren om hun gezondheidszorgen te bekostigen.

4.1 Naar waar gaan mensen zonder wettig verblijf bij gezondheidsklachten?

Ondermeer omdat mensen zonder wettig verblijf zeer geïsoleerd leven, is het quasi onmogelijk alle organisaties en hulpverleningsinstellingen waar mensen zonder papieren om hulp vragen in kaart te brengen. Toch zijn er een aantal instellingen die door onze respondenten regelmatig werden vernoemd. Het betreft ondermeer Artsen Zonder Grenzen, de maisons médicales, de wijkgezondheidscentra, de spoedgevallendiensten van ziekenhuizen (voornamelijk de OCMW-ziekenhuizen), Kind&Gezin, ONE, Geneeskunde voor het Volk, Médecins du Monde, artsen uit de eigen etnisch-culturele gemeenschap of artsen die dezelfde taal spreken, apothekers, dokters van vrienden, dokters die gratis consulteren, geconventioneerde artsen en Medimmigrant.

Ook het OCMW wordt vermeld als instantie waar men gaat aankloppen, waarna zij de persoon zonder papieren vervolgens zal oriënteren naar een (geconventioneerde) arts. Uit de gesprekken kan er echter worden afgeleid dat het zelden gebeurt dat mensen eerst bij het OCMW aankloppen, om vervolgens doorverwezen te worden naar een zorgverstreker. Dat is om verschillende redenen zo. Veel mensen zonder papieren deinzen ervan terug zich naar officiële instanties als het OCMW te begeven, uit schrik voor controle, ontdekking van illegaal verblijfsstatuut en repatriëring [zie meer punt 5.1]. Eénmaal de stap naar het OCMW echter werd gezet, is die angst grotendeels overwonnen.

“Ik denk dat de spoedgevallendienst het meest laagdrempelig is, omdat ze daar ook niet direct moeten betalen. Terwijl ze bij een arts wel direct moeten betalen en een OCMW... sommige mensen zien dat ook als een verlengstuk van de overheid, de overheid is ook bevoegd voor repatriëring... Ik denk in die verhouding dat ze het snelst naar de spoed zullen gaan, dan naar een arts en pas in laatste instantie naar het OCMW.

We proberen natuurlijk de mensen te overtuigen om contact te nemen met het OCMW, het OCMW dat zijn ook sociale werkers, zij hebben beroepsgeheim en de informatie dat geven aan het ministerie in het kader van de terugbetaling, mag niet gebruikt worden voor andere doeleinden, niet voor repatriëring ofzo... dus dat werpt wel vruchten af. We ervaren wel dat mensen, als we ze stimuleren om naar het OCMW te gaan, dat wel doen, en één keer ze langsgeweest zijn, dat ze dat blijven doen.” (3)

Zoals ook blijkt uit bovengaan citaat, beamen een groot aantal respondenten dat de spoeddiensten een populair toevluchtsoord zijn voor mensen zonder papieren. Dat heeft grotendeels te maken met hun culturele achtergrond. Velen beschouwen de spoeddiensten als eerstelijnsinstellingen. In veel landen is het fenomeen huisarts immers niet gekend; het nut van een huisarts die hen opvolgt en indien noodzakelijk doorverwijst kunnen ze moeilijk vatten en plaatsen binnen hun eigen cultuur. Andere redenen die de respondenten aanhalen zijn de gemakkelijker om naar de spoedgevallen te gaan (binnen zonder afspraak), het feit dat men niet onmiddellijk hoeft te betalen, de zekerheid dat men zal verzorgd worden omdat weigeren niet is toegestaan en de mogelijkheid de zorgverstrekkers op het verkeerde been te zetten.

“Het is ook onpersoonlijk, je wordt voort geholpen en financieel krijg je daarna de rekening voortbetaald...En geef je een verkeerd adres op dan geef je een verkeerd adres op. Dan komt het factuur op het verkeerde adres terecht.” (6)

Toch proberen mensen zonder wettig verblijf hun gezondheidsproblemen vaak ook in eerste instantie zelf op te lossen. Dat gebeurt ondermeer door zelf medicatie te nemen die ze –vaak op aanraden van mensen uit de onmiddellijke omgeving- gaan halen bij de apotheker, of die ze ontvangen van vrienden of zelfs toegestuurd krijgen van het thuisfront in het herkomstland. Ook bidden en kruidendrankjes nemen zijn middelen die worden toegepast. Volgens een aantal respondenten is het bovenstaande echter deels afhankelijk van het feit of men al zijn weg gevonden heeft naar de huisartsenpraktijk of niet en of men al dan niet op de hoogte is van zijn rechten.

“[...] ja je kan ook altijd naar de apotheker gaan om wat paracetamol te vragen of iets tegen de hoest, en je gaat het meer betalen, maar je gaat het toch krijgen. Maar als het blijft aanslepen, gaan ze dan wel aankloppen bij een dokter. Eerst bij een huisarts, of direct bij een spoeddienst of die dingen... Want je kunt ook alles kopen hé, als je het geld hebt. In de gemeenschap is dat meestal van ‘je moet dat is pakken, dat is goed’ en dan gaan ze dat halen en inpakken, niet wetende wat ze binnenslikken. Dus dat gebeurt wel.” (7)

Volgens enkele respondenten zoeken ze soms ook hun redding bij niet-erkende (para)medici. In de meeste gevallen zijn dat personen binnen de eigen etnisch-culturele gemeenschap die kwalen behandelen, zoals de imams bij de moslims of maraboes bij de Afrikanen. Dat is ondermeer het geval bij aandoeningen die cultureel zijn ingebed en daardoor niet direct gelinkt kunnen worden aan de klassieke (Westerse) geneeskunde, zoals bijvoorbeeld een persoon die door het ‘boze oog’ werd

getroffen. Ook niet-lichamelijke problemen, zoals psychische stoornissen, worden vaker binnen de eigen etnisch-culturele gemeenschap opgelost. Een aantal andere respondenten vermoeden dat die praktijken eerder beperkt zijn. Het overgrote deel heeft er echter geen idee van. Veel respondenten zijn het er in ieder geval mee eens dat mensen wel zullen overschakelen op 'erkende' artsen, als de problemen niet verbeteren.

«Parfois pour des femmes qui veulent interrompre une grossesse, j'ai déjà entendu effectivement avant d'aller voir des services plus officiels, on essaie parfois d'évacuer leur grossesse autrement. En prendre des médicaments, ou visite parfois des médecins qui ne sont pas rigoureux.... Ça j'ai déjà vu, entendu.» (13)

“Vooral die psychische en psychiatrische problemen...dat zijn geen problemen verbonden aan het somatische, aan de organen. Dat kunnen ze moeilijk verbinden met een arts. Ze gaan bij een arts als ze lichamelijk ergens pijn hebben. En die andere problemen, in hun eigen land wordt dat meestal behandeld door die mensen, door de imams, door een of andere persoon ... Er zijn eigenlijk families die bepaalde ziektes genezen.” (9)

Sommige respondenten merken echter op dat de mensen niet zozeer een keuze maken tussen het officieel geregelde hulpverleningsaanbod en de alternatieve geneeswijzen binnen hun gemeenschap. Bij problemen worden beide trajecten verkend.

“Ik denk niet dat mensen overschakelen van het een naar het andere, ze doen het het alletwee, ze combineren het. Ik denk dat het inderdaad gemakkelijker is om eens te gaan zien bij de alternatieve geneeskunde als er in de algemene, klassieke geneeskunde niet echt een oplossing kan gevonden worden.” (1)

Het feit dat ze oplossingen zoeken voor hun problemen bij vrienden, familie en kennissen (over het algemeen zijn dat mensen uit de gemeenschap waartoe men behoort), wordt in ieder geval wel bevestigd door bijna alle respondenten. Die hulp beperkt zich bovendien niet tot strikt medische hulp; ook voor materiële (bijvoorbeeld medicijnen, geld, voedsel, papieren) en sociale steun wordt er vaak een beroep gedaan op het sociaal netwerk of de gemeenschap. Dat die gemeenschappen over het algemeen goed georganiseerd zijn, wordt bovendien door verschillende bronnen vermeld.

*Cherchent-elles parfois des solutions dans leur propre communauté ethnique ?
«Ça oui, complètement oui. Ils font ça tout le temps. C'est les gens qui vivent tout le temps comme ça. Quand ils ont besoin d'un aide financier, nourriture, habille, logements ... c'est tout le temps. Quand ils ont une maladie, ils disent 'écoute, vous pouvez aller là-bas, il y a un bon médecin, des médicaments ... [...] Donc je ne pense pas qu'il y a une période précise, ils le font tout le temps.» (17)*

4.2 Kenmerken van de eerstelijnsdiensten

Uit de analyse van de onderzoeksresultaten konden we vaststellen dat mensen zonder wettig verblijf bij gezondheidsproblemen in Brussel ondermeer gaan naar de wijkgezondheidscentra, de maisons médicales, de gratis consultaties van AZG, Médecins du Monde, VRGT, FARES, naar de praktijken van Geneeskunde voor het Volk, naar artsen van dezelfde nationaliteit enzovoort. Dat zijn niet toevallig ook de eerstelijnsdiensten die onder andere deel uitmaakten van de overzichtslijst waaruit we een steekproef trokken [zie Methodologie 2.2].

Wat ons interesseert zijn de (organisatie)kenmerken die de bevroagde medische eerstelijnsdiensten hebben, en de vraag in hoeverre die eigenschappen volgens de respondenten van belang zijn voor mensen zonder papieren in de beslissing om naar een bepaalde medische instantie te gaan. Toch moeten we in het achterhoofd houden dat niet alle bevroagde organisaties een even groot aantal mensen zonder wettig verblijf over de vloer krijgen. De aantallen variëren tussen de 10 en 75%.

4.2.1 LAAGDREMPELIG KARAKTER

Alle 16 bevroagde eerstelijnsdiensten menen laagdrempelig te werken. De belangrijkste redenen die dat moeten staven zijn ondermeer de nabijheid en bereikbaarheid, het feit dat men gratis werkt of tegen een zeer lage prijs, een samenwerking met het OCMW, toepassing van de procedure DMH, geen weigering van mensen op basis van financiën of papieren, geen controle van papieren of mutualiteit, een gemakkelijke toegang enzovoort.

4.2.2 BETALINGSSYSTEEM

Van de 16 eerstelijnsdiensten werken er drie met het forfaitair betalingssysteem, acht met betaling per prestatie en vijf met gratis consultaties. In de meeste gevallen wordt er echter gewerkt met de procedure DMH.

Diegenen die in het forfaitair betalingssysteem zitten zien dat systeem op zich niet als een reden waarom mensen zonder wettig verblijf naar de praktijk komen. Voor deze patiënten is het (in de meeste gevallen) immers onmogelijk om in het systeem te stappen. Enkele respondenten vermelden wel dat de forfaitaire regeling deels verantwoordelijk is voor een verhoogde toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het algemeen. Dat omdat mensen niet hoeven te betalen en ingeschreven zijn in het centrum, waardoor een maximale opvolging mogelijk is.

“Wij werken sinds januari verleden jaar met het forfait-systeem. Mensen moeten zich inschrijven in de praktijk, en wij worden forfaitair door de mutualiteit betaald per ingeschreven patiënt. De sans papiers vallen daar uiteraard niet onder, omdat die geen mutualiteit hebben, maar we willen toch wel op een gelijkaardige manier aan de sans papiers vragen om zich echt wel te linken aan de praktijk. Omdat het gewoon heel belangrijk is, en nog méér voor een sans papier om een vaste huisdokter te hebben. Omdat je als vaste huisarts ook wel een soort bemiddelingsfunctie hebt naar ziekenhuizen, naar sociaal assistenten toe... noem maar op.” (5)

Enkele respondenten die werken per prestatie hebben daarentegen hun vragen bij de toegankelijkheidsverlagende werking van het forfaitair betalingssysteem voor mensen zonder papieren. Volgens hen remt het forfaitair systeem eerder mensen zonder papieren af, omdat slechts een bepaald aantal mensen kunnen worden ingeschreven. Bovendien is het overgrote deel van de betrokken doelgroep niet ingeschreven bij een mutualiteit.

«Je pense même que le système forfaitaire va plutôt limiter, va plutôt mettre en frein l'accueil des gens sans papiers... parce qu'ils ont un nombre de patients maximum... Et en plus les gens sans papiers ne sont pas inscrits... ce n'est pas la mutuelle.»(15)

Bij de organisaties die gratis werken zijn de meningen verdeeld. Het feit dat er gratis wordt gewerkt is volgens sommigen zeer belangrijk, volgens anderen min of meer belangrijk maar spelen er daarnaast ook nog andere factoren mee zoals vertrouwen, schrik om ergens anders te gaan, doorverwijzing enzovoort.

4.2.3 BUURT

Een meerderheid van de respondenten bevestigt dat hun organisatie gelegen is in een buurt met een talrijke aanwezigheid van mensen zonder wettig verblijf. Zij beschouwen dat bijgevolg ook als een redelijk tot zeer belangrijke verklaring waarom mensen zonder papieren er consulteren. Een minimaal aantal respondenten relateert dat; mensen zonder wettig verblijf zitten verspreid en verplaatsen zich gemakkelijk. Er komen bijgevolg niet alleen mensen van de wijk naar de praktijk, ook mensen uit andere gemeentes –in Brussel, Vlaanderen en Wallonië- zitten af en toe in de wachtzaal.

“Wij zitten hier in een transitair gebied. De mensen die hier wonen veranderen regelmatig van woning. De mensen die hier komen, zijn meestal mensen in een socio-economisch zéér lage situatie, vooral illegalen... en daarom trekken we vooral die mensen aan denk ik.” (9)

4.2.4 TAAL

Frans, Nederlands en Engels zijn de talen die in bijna alle praktijken worden gesproken. Soms wordt er ook Spaans, Marokkaans(-Berbers), Turks of Arabisch gesproken (bijvoorbeeld aan het onthaal). Andere talen die door de respondenten werden vernoemd zijn ondermeer Roemeens, Filippijns, Portugees, Congolees, Albanees en Grieks. Redenen daarvoor zijn het feit dat de arts lange tijd in het buitenland werkte of dat men zelf van een vreemde origine is.

Dat taal een belangrijke factor is waarom mensen naar de organisatie komen wordt door verschillende respondenten bevestigd. Sommige respondenten zijn echter eerder van mening dat het voor de patiënten goed meegenomen is dat er verschillende talen worden gesproken, maar dat dat niet echt een doorslaggevende reden is om naar de praktijk te komen. Zij schuiven eerder de mond-aan-mond reclame of de ligging van de organisatie als belangrijke verklaringen naar voor.

“Nederlands, Frans en Engels. Spaans. En we hebben een aantal onthaalmensen die Arabisch spreken, die af en toe als intercultureel bemiddelaar erbij geroepen worden om te vertalen. Maar dat zijn onze gewone onthaalmensen.

En denkt u dat dat een belangrijke reden is, die talen, waarom de mensen naar hier komen?

Dat is niet de reden waarom dat de mensen naar hier komen, maar ze vinden dat wel gemakkelijk als ze ondervinden dat wij ook Engels spreken alléja.” (5)

4.2.5 INTERCULTURELE BEMIDDELAARS

Slechts een beperkt aantal respondenten werkt samen met interculturele bemiddelaars. Dat wordt door praktisch alle respondenten niet echt als noodzakelijk of belangrijk beschouwd. Vaak probeert men zich te behelpen met de middelen die men heeft. Als men elkaar echt niet kan begrijpen doen men vaak wel een beroep op een tolkdienst of een andere organisatie die kennis ter zake heeft, of vraagt men aan de persoon iemand mee te brengen die kan vertalen.

“We hebben al samengewerkt met Babel, met Exyl, maar specifiek met interculturele bemiddelaars....daar hebben we de centen niet voor. Wat wij trachten is ons refugee Engels, Duits, Frans, Spaans te gebruiken. Voor de rest... Hier en daar hebben we wel een organisatie, zoals de Foyer, die vooral werken met Roma-zigeuners... we hebben wel onze kennissen die we soms kunnen gebruiken.” (7)

4.2.6 CONVENTIE MET HET OCMW

Op een aantal uitzonderingen na, hebben de bevroegde organisaties een conventie met het OCMW in het kader van DMH. Dat is volgens de meerderheid toch wel een belangrijke reden waarom mensen zonder papieren naar de organisatie komen. Omdat men op de lijst staat van geconventioneerde

artsen, worden mensen doorverwezen naar de organisatie. Toch merken een aantal respondenten op dat doorverwijzingen in eerste instantie voornamelijk gebeuren via mond-aan-mond reclame, via sociale en juridische diensten en organisaties als Kind&Gezin, ONE, AZG, Medimmigrant enzovoort, en slecht in beperkte mate door het OCMW. Vaak komen mensen immers eerst naar de praktijk, vooraleer ze naar het OCMW gaan.

“Maar de mensen zonder papieren komen eigenlijk eerder eerst bij ons en worden dan naar het OCMW doorverwezen. Wij verwijzen ze door met DMH, want dikwijls hebben ze schrik om die stap te zetten. Dus ik denk dat dat echt de hoofdreden is. Maar uiteraard is dat nadien wel belangrijk, door het feit dat wij die conventie hebben.” (4)

De organisaties die geen conventie hebben met het OCMW, werken gratis en worden niet terugbetaald via de procedure DMH. Sommigen maken echter wel gebruik van de DMH, in de zin dat men patiënten met een attest DMH doorverwijst naar het OCMW indien verdere opvolging of medicatie noodzakelijk is. Eén respondent heeft een rechtstreekse overeenkomst met het RIZIV.

«Non, on n'a pas de convention avec le CPAS, puisque on ne travaille pas avec des faits par contre. Nous référons déjà régulièrement au CPAS, dans le cas de AMU, si les soins la personne a besoin n'est pas possible chez nous. Lorsque ils sont confrontés des pathologies ou alors des examens complémentaires. [...] Là on fait de recours sur le CPAS, via l'attestation AMU, donc le réquisitoire.»(17)

4.2.7 DOORVERWIJZING DOOR ANDERE ORGANISATIES

Alle respondenten bevestigen dat doorverwijzing door andere organisaties bijdraagt tot de verklaring voor het aantal mensen zonder papieren in de praktijk. Toch zijn de meningen verdeeld. Voor sommigen is dat een zeer belangrijke reden, anderen menen dat het slechts een minderheid van de mensen zonder papieren is dat door andere organisaties wordt doorverwezen. In ieder geval: als men bekend is bij verschillende organisaties, zal er gemakkelijker worden ge(re)oriënteerd.

Doorverwijzers die werden vernoemd zijn ondermeer AZG, verschillende maisons médicales, organisaties voor asielzoekers zoals Caritas en het Protestants Sociaal Centrum, verenigingen die werken met sans papiers zoals Het Groot Eiland en Adzon, sociale en juridische diensten, de Foyer, CIRE, ONE, Kind&Gezin, Medimmigrant, de pastoor van de lokale parochie...

4.2.8 MOND-AAN-MOND RECLAME

Het effect van mond-aan-mond reclame is door vrijwel alle respondenten erkend als één van de belangrijkste verklaringen waarom mensen zonder wettig verblijf naar de bevraagde organisaties

komen. De doelgroep leeft immers doorgaans heel geconcentreerd en geïsoleerd samen, en zijn door hun illegale situatie vaak op elkaar aangewezen. Als één persoon de weg gevonden heeft, dan wordt dat doorgegeven aan de anderen.

«Souvent, les étrangers sont très organisés. Donc un étranger qui arrive à Belgique à Bruxelles depuis un jour ou deux, il connaît l'adresse de XXX. [...] Donc vraiment ils sont organisés, ils sont pris en charge, enfin il y a vraiment le bouche à oreille qui travaille bien chez eux quoi, mieux qu'avec les Belges.» (12)

4.2.9 INFORMATIE OVER DE PRAKTIJK

Slecht enkele respondenten verspreiden actief informatie om de doelgroep naar de organisatie te toe te leiden. Dat wordt gedaan aan de hand van flyers, informatiebrochures en mondelinge contacten. Anderen hebben wel een website of werden opgenomen in de sociale gids of het Brussels Zakboekje, maar doen daar verder niets mee. In tegenstelling tot de actieve verspreiders van informatie, is voor hen is de verspreiding van informatie via folders geen belangrijke verklaring voor het aantal mensen zonder papieren. De mond-aan-mond reclame dan weer wel. Veel mensen zonder wettig verblijf zijn immers laaggeschoold of kunnen niet lezen of schrijven. Het verspreiden van folders heeft dan weinig zin.

“Is dat een belangrijke reden volgens u, die brochures en die flyers, waarom de mensen naar hier komen? Het is te zien hoe regelmatig dat je dat doet. Het budget is er natuurlijk niet voor om elke week iets in de krant te laten zetten. Ik denk op het moment zelf als ze dat vasthebben ... maar als ik flyers ga ronddragen, dat doe ik nooit geen 3 of 4 weken op voorhand, de mensen vergeten dat gewoon en smijten dat weg. Dus kort op de bal spelen is belangrijk.” (7)

4.2.10 ANDERE KENMERKEN

Andere redenen die worden aangegeven waarom mensen zonder papieren de weg naar de medische dienst vinden zijn: het vertrouwen in de organisatie en de arts, aandacht voor het sociale aspect, het feit dat er multidisciplinair wordt gewerkt, een garantie op anonimiteit, de politieke overtuiging enzovoort.

«C'est vrai qu'ils savent aussi qu'on les accueille bien. On n'est pas juste une structure qui les accueille, enfin ce n'est pas juste une structure qu'ils savent qu'ils vont recevoir des soins, mais c'est aussi une structure qui permet d'être écouté. Je pense qu'on fait très attention à la pris en charge multidisciplinaire et à l'aspect humaine des gens. Ce n'est pas juste technique quoi, on fait très attention à les prendre en charges globalement, à l'écoute, à la compagnement... On n'a pas des assistantes sociales qui travaillent avec nous, mais je pense qu' on va haut que le travail clairement médical.»(15)

“Sommige mensen komen ook naar hier uit politieke redenen. De organisatie is communistisch, is links, heeft linken met de vrijheidsbeweging ...”(6)

4.3 Strategieën van mensen zonder wettig verblijf

In de literatuur worden verschillende strategieën besproken die mensen zonder papieren zouden toepassen om toegang te verkrijgen tot medische verzorging. Het gaat om formele en informele methodes, die voornamelijk focussen op het wegwerken van de financiële barrière die mensen zonder wettig verblijf kunnen ervaren in hun zoektocht naar gezondheidszorg. In het volgende deel zullen we van naderbij bekijken in welke mate die strategieën in de praktijk worden toegepast.

4.3.1 FORMELE STRATEGIEËN

Inschrijving in het ziekenfonds

Op één na, is er bij de respondenten de consensus dat mensen zonder papieren niet ingeschreven zijn in de mutualiteit.

Privé-verzekering

Ook hebben mensen zonder papieren doorgaans geen privé-verzekering waarop ze kunnen rekenen voor de terugbetaling van hun kosten.

Procedure 'Dringende Medische Hulp'

De procedure DMH is een strategie die over het algemeen regelmatig wordt toegepast volgens onze respondenten. Bij de meeste artsen wordt de DMH systematisch opgestart voor elke patiënt zonder papieren, tenzij dat door die persoon uitdrukkelijk wordt geweigerd. Een kleine minderheid van de respondenten geeft echter aan dat ze enkel DMH opstarten, als de patiënt te kennen geeft de consultatie of de medicijnen niet (meer) te kunnen betalen.

“Bij ons proberen wij dat toch wel systematisch toe te passen. Omdat dat het enige officieel georganiseerd ding is waar men beroep kan op doen om die mensen officieel hun recht op gezondheidszorg toe te kennen. Dus wij passen dat toe, wij eisen die toepassing. Wat zeker niet altijd evident is.” (5)

«En tout les cas, environ 2 ans, nous on essaie d'expliquer à chacun que cette procédure existe si cette personne explique une difficulté à payer sa consultation. S'ils ont de moyen de payer, on accepte que la personne paie pour la consultation, parce qu'il n'y a pas de raison qu'elle soit pris en charge.»(13)

Tenlasteneming door een andere persoon

Een andere strategie die door een respondent wordt vernoemd is de tenlasteneming. Om een visum te krijgen is een toestemming tot tenlasteneming nodig van een persoon die in België of Europa woont. Daarmee verbindt de persoon zich ertoe borg te staan voor de kosten van de persoon die wordt ten laste genomen. Ook al vervalt het visum na 3 maanden, een tenlasteneming blijft 2 jaar geldig. Problemen kunnen echter ontstaan (zoals weigering nog verder borg te staan) als de persoon in kwestie beslist om, na het verlopen van zijn visum, verder illegaal in het land te blijven.

4.3.2 INFORMELE STRATEGIEËN

Zelf betalen van de consultatie of de medicatie

Een grote meerderheid van de respondenten is het eens dat het gebeurt dat mensen hun consultaties en medicatie uit eigen zak betalen. Volgens de meesten onder hen komt dat regelmatig voor, anderen houden het bij uitzonderlijke keren. Verklaringen die onze respondenten aanhalen zijn dat het zelf betalen door de organisatie wordt aangemoedigd, dat men tot zelf betalen wordt verplicht als mensen zonder papieren de procedure DMH niet willen opstarten (bijvoorbeeld uit angst voor het OCMW) of als een tenlasteneming voor DMH door het OCMW wordt geweigerd. Ook komt het soms voor dat mensen zelf betalen tot op het moment dat het voor hen niet meer gaat. Een aantal respondenten merken bovendien een verschil op tussen gemeenschappen. Zo bijvoorbeeld heeft men de indruk dat personen uit Latijns-Amerika beter hun plan trekken en zelf betalen dan anderen, ondermeer omdat ze in het zwart werken.

«Het zelf betalen ga je misschien meer terugvinden in bepaalde gemeenschappen en bij sommige nationaliteiten. Sommige nationaliteiten vinden gemakkelijker werk en die gaan denk ik wel gemakkelijker zelf een aantal kosten betalen. Ik denk onder andere aan Zuid-Amerikaanse vrouwen die als poetsvrouw werken enzo, en dat zijn personen die gemakkelijk zelf betalen tot op het moment dat ze misschien zware kosten gaan hebben en dan komen ze wel DMH vragen.» (2)

Rekenen op de solidariteit van anderen

Uit de gesprekken kunnen we afleiden dat mensen ook een beroep doen op familie, vrienden of kennissen uit de gemeenschap. Dat kan gaan van het lenen van geld voor het betalen van een consultatie tot het lenen van andermans papieren (SIS-kaart, papieren voor DMH). Eén respondent heeft ooit een patiënt gehad die voor haar medische zorgen werd gesponsord door de Protestantse Sociale Dienst.

Globaal bekeken geeft de meerderheid van de respondenten toe dat de strategie van het doorgeven van de SIS-kaart wordt toegepast. Op de vraag in welke mate die strategie wordt toegepast, vindt

'soms' het meeste bijval. Toch is het niet gemakkelijk daar een frequentie op te plakken, aangezien men doorgaans niet op de hoogte is van het gebeuren. De meeste respondenten spreken de strategie niet goed en weigeren ze te gebruiken. Een uitzondering op de regel is evenwel mogelijk, bijvoorbeeld om medicatie goedkoper vast te krijgen.

On utilise la carte SIS d'une autre personne?

«Oui, on a qui essaient mais bon on n'aime pas ça. [...] Parfois on ne sait pas, alors on est dupe nous-mêmes aussi. Par exemple on a déjà eu ça, dans les situations où quelqu'un a une maladie très grave, et on croit que c'est un tel mais en fait ce n'est pas un tel, c'est un autre. Mais c'est eux qui nous enduit en erreurs.»(11)

Wordt de SIS-kaart van anderen gebruikt?

«Dat wordt soms gevraagd, nu wij doen dat niet omdat dat niet correct is. In heel uitzonderlijke keer, als er iets heel acuut is, doen we dat wel eens om een antibioticum goedkoper te kunnen voorschrijven. Maar we proberen dat echt systematisch niet te doen...» (5)

Akkoordje met de zorgverstrekker

Dat mensen zonder papieren soms onderhandelen met de zorgverstrekkers voor een gratis consultatie of een raadpleging tegen een goedkoper tarief wordt beaamd door vrijwel iedereen.

Sommige respondenten werken echter sowieso gratis of tegen een lage prijs (5 of 10€) en passen de procedure DMH raar of zelden toe. Anderen vragen voor een eerste consultatie niets of slechts een klein forfaitair bedrag en starten daarna de procedure DMH op.

“Maar wij vragen sowieso 5€ voor een consultatie, dat is niet zo veel. Dat is van ons uit, wij zeggen dat, dat zijn niet de patiënten die dat vragen. Maar als er mensen niet kunnen betalen, ja dan betalen ze niet. Het is beter om medicatie te kopen, dan aan mij te betalen. Maar bij ons is het niet afpingelen op de 5€, neen ofwel betalen ze 5€, ofwel betalen ze niks.” (6)

Een aantal respondenten melden dat men soms genoodzaakt is de kosten voor de consultatie ten laste te nemen, als er zich problemen voordoen bij het OCMW in het kader van de tenlasteneming van de DMH.

“Er zijn inderdaad nog een aantal patiënten die gratis worden gezien. Dat gratis is dan ook vooral in het kader van die problemen met het OCMW, dat dat niet snel genoeg in orde komt. Of mensen die dan uiteindelijk geweigerd worden, maar die wij ondertussen dan wel gezien hebben. We krijgen de opdracht momenteel van het OCMW om de mensen die geweigerd worden niet te zien, maar dat is wel gemakkelijk natuurlijk om dat van bovenuit te zeggen. Als de mensen hier in de wachtzaal staan, je kent die mensen al een jaar of 2 jaar, of je kent ze zelfs niet maar ze staan hier met een zieke kleine, dan kan je moeilijk zeggen tegen die mensen ‘het is niet in orde, ik zie u niet’. Maar dat is wel wat wij krijgen als opdracht van het OCMW, maar eigenlijk komt het er dus op neer dat wij die mensen wel gratis zien.” (1)

Naast de gratis consultaties zijn er ook nog andere zaken die door de respondenten soms ten laste worden genomen. Voorbeelden zijn ondermeer medicatie, labotesten, verzorgingsmateriaal, zwangerschapstesten enzovoort. Bij een respondent die specifiek werkt rond zwangerschapsopvolging deelt men soms ook kledij, pampers en melk uit. Een enkeling vermeldt ook transport, pillendoosjes, postzegels en –in het verleden- soms de huishuur van mensen.

Een respondent vertelt dat het bij hen soms aanvaard wordt dat mensen onderhandelen, ondanks het feit dat de procedure DMH in principe kan opgestart worden. Dat gebeurt echter in uitzonderlijke, specifieke gevallen waarbij het grootste vertrouwen vereist is. Daar krijgt het respect voor de situatie van de patiënt de absolute voorrang.

«Et il y a la loi sur l'AMU, alors vous acceptez de le faire et on va ... ou soit vous refusez et vous payez. Mais il y a évidemment des cas particuliers où on accepte de négocier, bien sûr. Parfois on fonctionne gratuitement. Une toute jeune fille qui vient pour un avortement par exemple, qui a de peur parce que le CPAS va faire une enquête et ses parents ne sont pas au courant.»(13)

Een weigering van betaling komt volgens de meeste respondenten zelden tot niet voor. Als mensen niet betalen, dan is dat eerder een kwestie van niet kunnen dan van weigeren op zich.

“Maar ‘weigeren’ vind ik een beetje... soms kan men gewoon niet betalen. Weigeren heeft een pejoratieve bijklank. Dus eerder ‘weigeren’ veranderen in ‘niet betalen, omdat met niet kan’. Ik denk dat de persoon wel van goede wil is. Ze weten ook wel dat niets gratis is in deze wereld. Dus ik denk wel dat men bereid zou zijn om te betalen, moesten ze de middelen hebben.” (3)

Medisch Fonds van Medimmigrant

Mensen zonder papieren maken uitzonderlijk tot niet gebruik van het Medisch Fonds van Medimmigrant. Dat fonds is over het algemeen niet bekend bij de doelgroep. Ook een aantal respondenten bleken niet op de hoogte van het bestaan van het fonds. Tussenkost door het fonds is enkel van toepassing in noodgevallen, voor medicatie of voor een eerste consultatie.

4.3.3 BEMERKINGEN

Uit de gesprekken kunnen we afleiden dat de procedure DMH de strategie die het meest wordt toegepast door de mensen zonder wettig verblijf, gevolgd door het zelf betalen en de gratis consultaties als gevolg van problemen met de DMH. Eén respondent bemerkt dat het gebruik van de DMH moet gerelativeerd worden.

“Naar ons toe komt het over dat de procedure DMH vaak gebruikt wordt, omdat wij heel veel telefoons krijgen van mensen zonder papieren die de procedure DMH gebruiken, maar ik denk als je het algemeen bekijkt, is het toch maar de helft van de mensen zonder wettig verblijf.” (3)

Als de respondenten gevraagd worden welke strategieën ze afkeuren, is het vooral de SIS-kaart of het consulteren onder de naam van iemand anders dat het moet laten afweten. Ook het schulden maken en het niet betalen van een consultatie keurt men over het algemeen niet goed. Wat door de organisaties daarentegen wel aangemoedigd wordt is het gebruik van de DMH en –maar in mindere mate- het zelf betalen van een consultatie. In ieder geval wil men de patiënten zonder papieren responsabiliseren dat de kosten voor de zorgen op één of andere manier worden betaald. Vooreerst omdat het anders de zorgverstrekkers zijn die in gebreke worden gesteld, en verder ook omdat het ‘normaal’ is dat iedereen betaalt. Ook mensen mét papieren moeten betalen voor verstrekte zorgen.

“On n’a plus d’envie en tout cas d’accepter do fis que les gens ne paient pas. D’abord parce qu’il y a de plus en plus un trop financier pour nous, de ensuite ... c’est important de responsabiliser ces personnes et de leur expliquer dans quelle cadre ils sont, de leur expliquer que en Belgique les soins de santé on se paie, que tout le monde paie, et comme principe eux aussi. Qu’il n’y a pas de raison. [...] Puisque il y a des voies qui permettent que ce pris en charge existe, eh bien on va essayer de faire que ces soins de santé soient payés.» (13)

HOOFDSTUK 5.

ERVAREN PROBLEMEN INZAKE TOEGANG TOT DE GEZONDHEIDSZORG

Onze respondenten somden verschillende problemen op die een verklaring kunnen zijn waarom mensen zonder wettig verblijf een beperkte toegang tot gezondheidszorg kunnen ervaren. De problemen kunnen worden ingedeeld in twee groepen. Enerzijds zijn er de problemen die gelinkt zijn aan de doelgroep zelf: het feit dat ze zich in een onzekere, illegale situatie bevinden en de gevolgen die daarmee samenhangen, de culturele verschillen, de taalbarrière.... Anderzijds kunnen we de problemen onderscheiden die te maken hebben met de organisatie van het hulpverleningsaanbod, de ervaren moeilijkheden rond de inhoud en de draagwijdte van de procedure DMH enzovoort.

Eén belangrijke opmerking moet wel worden gemaakt. Uit onze steekproef van 17 respondenten konden we drie respondenten onderscheiden die het niet helemaal eens waren met de stelling dat de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf heel wat beperkingen inhoudt. Integendeel zijn mensen zonder wettig verblijf naar hun mening goed beschermd, weten ze doorgaans wel waarover de DMH gaat, zijn ze op de hoogte van hun rechten en is er soms zelfs sprake van perverse effecten en misbruik. Niettegenstaande melden ze wel een aantal problemen aan het adres van het OCMW die hoofdzakelijk te maken hebben met de tijdrovende en ingewikkelde procedure betreffende de toepassing van de DMH.

«On invite la famille qui n'a rien à voir avec la Belgique pour se soigner ici. Ça c'est un effet pervers je trouve. La sécurité social a difficile de survivre en Belgique. Ce système de AMU facilite quand même toute une population à se soigner, d'autrement une population vieille y pauvre ici en Belgique. Des personnes qui ont travaillé toute leur vie, qui ont une toute petite pension parce qu'ils étaient indépendantes, qui ne peuvent plus aller à l'hôpital, en tout cas qui retardent 1 mois ou 2 de l'opération parce qu'ils n'ont plus l'argent. Et ça moi je trouve que ça ne va pas ça.» (11)

5.1 Knelpunten aan de vraagzijde (mensen zonder wettig verblijf)

Door onze respondenten werden verschillende redenen aangegeven waarom mensen zonder papieren hun gezondheidszorgen uitstellen. Concreet kan er een opdeling gemaakt worden in vier clusters van problemen: de culturele verschillen, de communicatieproblemen, de gebrekkige kennis van hun rechten en de problemen die samenhangen met het feit dat ze illegaal in het land verblijven.

5.1.1 CULTURELE VERSCHILLEN

Vrijwel alle respondenten bevestigen dat het voor mensen zonder wettig verblijf dikwijls heel moeilijk is zich wegwijs te maken in het Belgische gezondheidszorgsysteem. Vaak hebben ze immers een ander gezondheidsinzicht en zijn ze niet vertrouwd met de verschillende echelons (eerstelij, tweedelij...) die in de Belgische gezondheidszorg werden ingebouwd. Omdat het in hun eigen land niet bestaat, kennen ze vaak de taken van een huisarts niet en zien ze er bijgevolg ook vaak het nut niet van in. Veel mensen zonder papieren hebben geen huisarts en wenden zich bij ziekte tot de spoedgevallendienst. Bovendien hebben mensen zonder wettig verblijf ook vaak een ander ziektebeeld. Men gaat pas een zorgverstrekker raadplegen als men echt ziek is. Een ziekenhuis of een zorgverstrekker worden automatisch gelinkt aan ziekte, en zolang men gezond is hoeft men daar dan ook niet te zijn. Het mag duidelijk zijn dat het werken naar preventie bij deze doelgroep geen gemakkelijke taak is.

«Ook hebben we gezien dat veel illegalen [...] pas naar het ziekenhuis komen als ze echt ziek zijn. En zolang ze zich gezond voelen, vinden ze ook niet dat ze naar een ziekenhuis moeten gaan. Dus alleen als er problemen opduiken, vinden ze dat een zwangerschap moet gevolgd worden. Maar niet vanuit het standpunt dat er preventief opvolging moet zijn van de zwangerschap. En daar hebben wij wel proberen op te werken. [...] Maar we gaan altijd mensen hebben die het niet gaan doen. Die alleen nog maar af gaan komen met 'ik heb contracties, nu moet ik naar het ziekenhuis gaan'. Of 'ik voel mij niet goed, ik ga naar het ziekenhuis.' En die heel die preventieve context absoluut niet begrijpen, omdat dat in hun land ook zo niet is»(8)

Het kan ook gebeuren dat mensen hun gezondheidszorgen uitstellen omdat ze ervan uitgaan dat er toch niets aan gedaan kan worden. Die fatalistische instelling kan te maken hebben met het feit dat men illegaal is en daardoor denkt dat er niemand hen zal willen helpen. Volgens een andere respondent kan daar ook een 'culturele' verklaring voor zijn: een gelaten instelling kan gegroeid zijn onder impuls van een belangrijke 'genezer' binnen de etnisch-culturele gemeenschap zoals de imam bij de moslimgemeenschap.

«Misschien gaan sommige te rade bij alternatieve geneesheren van hun eigen cultuur. Die dan zegt, door zoveel keer te bidden, genees je. Heb ook al wel een keer gehoord dat ze zeggen 'het is een straf van god dat ik ziek ben, ik kan er toch niks aan doen...'» (3)

Een andere verklaring voor het uitstellen van gezondheidszorgen is de schaamte die men heeft om te erkennen dat men ziek is. Vaak is men te trots om toe te geven dat men gezondheidsproblemen heeft en om een beroep te doen op derden. Men laat de problemen aanslepen, in de hoop dat ze wel zullen overgaan. Een andere reden die wordt vernoemd is dat men gewoon niet dat weet dat men ernstig ziek is. Ook het niet aanvaarden wat de dokters zeggen kan een probleem zijn volgens een respondent.

"[...] die vrouw is opgenomen met toxoplasmose in de hersenen. Dat was een HIV-patiënt die vrouw [...]. Maar ze bleef dat maar ontkennen. Ze aanvaardde dat niet, en ze aanvaardde ook veel dingen niet wat artsen hier zegden. Men geloofde het niet, of kennen de ziekte niet. Ik heb nog al patiënten gehad die onder TBC behandeling stonden en die al 8-9 jaar HIV-patiënt waren en die het nogal altijd niet geloofden en die nog altijd zeiden dat de dokters... Dus dat bestaat." (7)

5.1.2 COMMUNICATIEPROBLEMEN

Taalproblemen kunnen een goede communicatie verstoren en onwetendheid creëren. Dat wordt door verschillende respondenten bevestigd. Volgens hen is de onbekendheid met onze taal soms toch wel een barrière en een reden om een raadpleging uit te stellen. Een respondent verduidelijkt dat taal in feite een voorwaarde is om goed en duidelijk met anderen (hulpverleners, andere gemeenschappen...) te communiceren en te begrijpen hoe de vork in de steel zit, waar men terecht kan en hoe dat moet geregeld worden. Als je de taal niet spreekt, dan heb je ook de nodige informatie niet. Vooral bij gesloten gemeenschappen, zoals de Roma-zigeuners, wordt er opgemerkt dat die mensen het vaak allemaal niet goed weten en begrijpen.

Een aantal respondenten vindt echter dat het belang van taal gerelativeerd moet worden. Een respondent vertelt dat er soms patiënten zijn die hun toevlucht nemen tot gebarentaal en 'met handen en voeten' uitgelegd krijgen waar het probleem zit. Bovendien worden er door de artsen en aan het onthaal vaak al verschillende talen gesproken [zie terug 4.2.4] of brengen de mensen zelf iemand (een kennis, vriend of familielid) mee naar de consultatie om de boel te vertalen. Ook gebeurt het dat de respondenten zelf aan de patiënten vragen zich te laten bijstaan door een persoon die de taal kent. Toch is men daar niet allemaal even enthousiast over. Eén respondent stelt zich duidelijk vragen bij de vertaalambities van personen die 'zomaar' worden ingeschakeld als tolk.

“Als je hen iets uitlegt, dat is van knikken en toch niet begrijpen. Dat komen wij veel tegen. En ik denk dat daar eigenlijk, sommigen kiezen dan voor een vertaler, maar dan moet je al zeker zijn dat die persoon het goed vertaalt. Meestal brengen ze dan een familielid mee omdat je die niet moet betalen enzo, maar...”(7)

Een andere respondent legt uit dat het niet-spreken van de taal op lange termijn wel een probleem kan worden. Voor het correct opvolgen van een medische situatie is het immers belangrijk dat mensen goed geïnformeerd worden. Dat is moeilijk als men niet zich niet in dezelfde taal kan uitdrukken.

“Voor die eerste consultatie nu niet, dan geraken ze er wel uit, maar als het nu gaat om een ernstige ziekte en ze moeten dan regelmatig terugkomen, of een dieet volgen en bepaalde medicatie nemen op een bepaalde manier...dan is de taal denk ik wel een probleem.” (3)

5.1.3 NIET OP DE HOOGTE VAN RECHTEN

Volgens een grote meerderheid van onze respondenten zijn mensen zonder wettig verblijf dikwijls niet of onvoldoende op de hoogte van hun rechten. Zo hebben ze in veel gevallen een ontoereikende kennis over het bestaan van het KB inzake de DMH voor mensen zonder wettig verblijf. Sommigen hebben er al wel eens van gehoord, maar verder weet men niet hoe of wat.

«Ils en ont parfois entendu parler, on ne leurs a pas expliqué, on ne leurs a pas dit à quelle CPAS qu'ils doivent se demander. Ils connaissent le nom, ils savent que ça existe, mais ils ne savent pas la procédure. La procédure, le contenu, que ça comporte, renvoie, qui paie, comment on fait pour le bénéficiaire, ils ne connaissent pas, pas du tout.»(10)

Volgens een aantal respondenten is de kennis die men heeft over de DMH ook afhankelijk van gemeenschap tot gemeenschap. Over het algemeen zijn mensen uit grote of solidaire gemeenschappen, zoals bijvoorbeeld de Marokkaanse gemeenschap of de Somalische gemeenschap, meer geïnformeerd dan mensen uit kleine, geïsoleerde gemeenschappen. Dat is voornamelijk het resultaat van een efficiënte mond-aan-mond reclame. Andere factoren die volgens een respondent ook een rol spelen zijn: het aantal jaren dat men reeds in België vertoeft en de mate waarin men de landstaal onder de knie heeft.

De respondenten zijn het niet met elkaar eens als wordt gevraagd of mensen zonder wettig verblijf de procedure DMH wantrouwen. Er kunnen twee groepen onderscheiden worden. De eerste groep is van mening dat de verklaringen voor het uitstellen van medische zorgen eerder ergens anders moeten gezocht worden dan in het wantrouwen van de DMH. Mensen hebben schrik om de eerste stap te zetten, om naar het OCMW te gaan, om zich bekend te maken en te laten registreren. Maar éénmaal die drempel voorbij, heeft men wel vertrouwen in de procedure. De andere groep meent echter dat er

nog veel mensen zijn die de procedure niet ten volle vertrouwen. Een respondent deel mee dat er nog altijd wel personen zijn die denken dat ze een vroegere tenlasteneming ooit nog wel een keer zullen moeten terugbetalen, of dat dat repercussies kan hebben op hun verblijf in België. Dan is het echter aan de arts die situaties te ontcrachten. Een andere respondent meldt dat dat ook heel afhankelijk is van gemeenschap tot gemeenschap; sommige nationaliteiten hebben het volste vertrouwen, anderen dan weer helemaal niet.

5.1.4 PROBLEMEN INHERENT AAN DE PRECAIRE LEEFOMSTANDIGHEDEN

Angst

Mensen zonder papieren leven in constante angst. Dat wordt door vrijwel alle respondenten beaamd. Die angst is er om verschillende redenen. Angst voor controle en repatriëring, angst om zich bekend te maken, angst om ziek te worden, angst om zonder werk en geld te vallen, angst om op straat te worden gezet. Ongeveer alle respondenten bevestigen dat mensen zonder wettig verblijf schrik hebben om met officiële instanties als het OCMW in contact te komen. Dat is ondermeer te wijten aan de onbekendheid met de Belgische maatschappij en haar structuren. Men kan het moeilijk aannemen dat de politie, de gemeente en andere overheidsdiensten enerzijds en de hulpverleningsinstanties (zoals het OCMW) anderzijds onafhankelijk van elkaar werken, en dat zorgverstrekkers en OCMW's gebonden zijn aan het beroepsgeheim. Die angst is voor de meesten toch wel een redelijk belangrijk reden om niet direct te gaan consulteren. Eénmaal echter de grote stap gezet, is het ijs gebroken en zal men nadien ook sneller consulteren.

«[...] chaque fois que j'ai proposé Médecins du monde, Médecins Sans Frontières ou même les urgences ou quoi. Donc on doit expliquer c'est anonyme, c'est gratuit, ils ne te demandent pas tes papiers, ils ne travaillent pas avec la police. Mais malgré tout, ils ont peur.» (10)

«Ont-ils peur de consulter un médecin ou les institutions officielles comme le CPAS ou les urgences d'un hôpital ? « Oui, ça j'entend régulièrement. Ils ne veulent pas être retrouvé. Il y en a qui ne veulent pas qu'on introduise une demande d'AMU pour cette raison là. Parce qu'ils ont des craintes d'un contrôle. Même si on leur explique qu'il n'y a pas de lien entre les structures policières et les structures d'aide social en Belgique. Ils ne comprennent pas, et donc ils n'ont pas de confiance. C'est du aussi d'une méconnaissance du système [...]»(13)

Financiële moeilijkheden

Ook angst voor financiële repercussies is volgens vele respondenten een belangrijke verklaring voor het uitstelgedrag van mensen zonder papieren. Dat is voornamelijk als mensen niet of slecht in

bepaalde mate op de hoogte zijn van de procedure DMH of als het niet zeker is dat de tenlasteneming zal worden goedgekeurd. Eveneens weet men soms niet, door onbekendheid van het gezondheidssysteem, hoeveel een consultatie of een onderzoek zal kosten. Sommige mensen stellen hun gezondheidszorgen uit, uit schrik niet te kunnen betalen of omdat ze de financiële middelen niet hebben. Anderen beginnen een behandeling, maar stoppen in de helft omdat het geld op is.

“Ja heel concreet, als ze bijvoorbeeld weten dat wij de sans papiers gratis zien en als ze moeten doorverwezen worden naar het ziekenhuis... en we krijgen dat niet geregeld dat dat via de DMH kan of het is niet 100% zeker of de DMH van toepassing is...als het kan dat ze het zelf volledig uit vollepot moeten betalen, ja dan kan dat wel een reden zijn om het niet te doen. De schrik om die factuur nadien in hun bus te krijgen, is een reden om niet te gaan. Zeer zeker.” (5)

Eén respondent geeft aan dat ze eerder schrik hebben voor financiële gevolgen voor een andere persoon, maar niet direct voor zichzelf. Dat kan bijvoorbeeld de persoon zijn bij wie men logeert, als die persoon een uitkering krijgt van het OCMW. Bij sommige OCMW's wordt beslist die steun te verminderen, als er een samenwoning wordt vastgesteld.

“Want vroeger deden de OCMW's dat dus niet. Dat heeft natuurlijk te maken met de koersverandering vanwege het OCMW met die uitkeringen. Vroeger ging het OCMW die uitkeringen niet verminderen omdat er iemand bijwoonde die zonder papieren was. Nu laat de wet het wel toe, vanaf het moment dat er een samenwoning is moet de steun aangepast worden. Sommige OCMW's zeggen 'wij doen dat, als die bijkomende persoon ook inkomsten heeft, maar als die geen inkomsten heeft, heeft dat geen nut van dat te doen.' Wat we vaststellen, elk OCMW heeft zijn eigen praktijk.” (2)

Andere prioriteiten

Veel respondenten leggen uit dat gezondheid voor mensen zonder papieren geen prioriteit is. Mensen zonder wettig verblijf hebben andere prioriteiten, zoals het verwerven van een inkomen om eten en huisvesting te bekostigen. Het overgrote deel van de mensen zonder papieren werkt in het zwart en tegen een laag loon. De mogelijkheid om te kunnen werken krijgt daarom dikwijls de voorrang op het consulteren van een arts. Bovendien kunnen ze moeilijkheden ondervinden om toestemming te krijgen van de werkgever voor een raadpleging bij de arts. Omdat ze niet sociaal beschermd zijn, kunnen ze het slachtoffer worden van malafide werkgevers die dreigen met ontslag.

“Omdat dat niet prioritair is voor de mensen. De mensen zijn zo bezig met hoe overleven hier... het is secundair hun gezondheid. De mensen proberen een job te vinden, en een huis een dak boven hun hoofd. We zien dat soms dat mensen een afspraak maken en dan komen ze niet. En als je ze daarna ziet en vraagt waarom ze niet gekomen zijn, dan zeggen ze 'ja maar madame, die dag kon ik werken voor 25€' en dan begrijp je wel dat mensen niet komen bij een dokter.” (2)

“Hun werksituatie. Dat ze niet zomaar mogen vrijaf nemen. Er zijn soms mensen die ergens in een villa –ik weet niet waar- van ’s morgens vroeg tot ’s avonds laat werken, ook overnachten daar, eten en slapen krijgen, zondag naar de mis mogen. Maar dus als ze zeggen, ik ga naar de dokter, dat dat niet goed gezien wordt door hun bazen. En dat zij kunnen niet zeggen ‘jamaar ik moet gaan’ omdat je dan bent ontslagen, dan moet je niet meer terugkomen.” (6)

Leven van dag tot dag

Mensen zonder papieren leven van dag op dag. Omwille van de precaire levensomstandigheden waarmee ze dagelijks geconfronteerd worden en de onzekere verblijfssituatie is het voor hen heel moeilijk om vooruitziend te zijn. Men denkt en leeft vooral op korte termijn. Dat is volgens een respondent ook een verklaring waarom mensen zonder papieren pas vaak heel laat de hulp van derden gaan invoeren. Een andere respondent bevestigt dat mensen zonder papieren, evenals vele daklozen, vaak moeite hebben met afspraken maken en ze na te leven.

«Ils ne savent pas à se rendez vous. La faute c'est le système qui existe. Parce que il y a des choses qui sont mis en place, et que s'ils pourraient bien respecter, ils auraient moyen c'est à dire la carte AMU, le réquisitoire... mais tout ça c'est trop pour eux.» (13)

Verplaatsingsmoeilijkheden

Bovendien kan ook verplaatsing een drempel zijn om een zorgverstrekker te raadplegen. Dat wordt door een aantal respondenten bekrachtigd. Een aantal redenen worden opgesomd die de fysieke toegankelijkheid kunnen beperken. Vooreerst is het in orde brengen van de papieren voor DMH voor mensen zonder wettig verblijf vaak een ingewikkelde en tijdrovende bezigheid. Dat heeft ondermeer te maken met het feit dat er geen duidelijk omschreven procedure bestaat en de OCMW's bijgevolg de DMH allemaal op een verschillende wijze toepassen [zie verder 5.2]. Hierdoor kan het echter gebeuren dat mensen door hun gezondheidsproblemen de moed niet meer hebben die lange administratieve lijdensweg (naar het OCMW gaan, lang aanschuiven in de rij, afspraak maken, wachten op een beslissing...) te doorworstelen, met als gevolg dat men met hun gezondheidsproblemen blijft zitten.

“Ik heb een jaar geleden een vrouw ontmoet met 2 kinderen. En zij zei ‘ja ik zit eigenlijk bijna dagelijks bij het OCMW want er is wel bijna dagelijks één van de kinderen ziek of wel één van de kinderen die ziek was maar de volgende dag moest die dan medicatie krijgen of een consultatie bij de oogarts’ en die dus eigenlijk bijna niets anders meer deed. Dat was ook een OCMW die niet werkte met afspraken, je moest altijd de file doen, en dan nam het OCMW enkel maar de 20 eerste. Dus als ze te laat aankwam, dan kon ze die dag niet behandeld worden, dus moest ze de volgende dag terugkomen. Die stond zij al om 5 uur aan te schuiven, om om 7 uur binnen te zijn om dan om 8 uur aan de beurt te zijn. [...] Het OCMW moet binnen de maand beslissen, en soms maken ze gebruik van die maand en moet iemand een maand op medicatie wachten.” (3)

Andere problemen die door onze respondenten werden aangehaald zijn de verplaatsingskosten en de schrik voor controle tijdens de verplaatsing. Het gebeurt wel dat mensen hun afspraak afbellen omdat ze het geld voor een trein-, bus- of tramticket niet kunnen neertellen. En bovendien, als er een keuze moet gemaakt worden tussen een ticket betalen of eten, dan krijgt eten logischerwijze de prioriteit.

«Parfois ils doivent se déplacer aussi pour se rendre à une consultation, donc comme ils n'ont pas d'argent pour prendre le tram c'est toujours périlleux, s'il y a un contrôle et s'ils sont vraiment malade, ils ne peuvent pas aller loin. Ils ne savent pas se déplacer.» (10)

5.2 Knelpunten aan de aanbodzijde (zorgverstrekkers, OCMW's, apothekers, hulpverleningsinstanties...)⁵⁴

Naast de knelpunten aan de vraagzijde, werden door onze respondenten ook heel wat knelpunten aan de aanbodzijde gerapporteerd. Er kunnen verschillende problemen onderscheiden worden met betrekking tot de inhoud en de wettelijke regeling van het KB inzake de DMH, de kosten van de medische verzorging, de organisatie en de toepassing van de procedure in de hulpverleningspraktijk.

5.2.1 KOSTEN VAN DE MEDISCHE ZORGEN

De respondenten zijn het er unaniem over eens dat de kosten voor gezondheidszorgen dikwijls tot altijd te hoog zijn, als er door omstandigheden geen DMH kan opgestart worden. Mensen zonder wettig verblijf hebben immers geen ziekteverzekering en kunnen in principe niet (legaal) werken, waardoor de kosten die moeten neergeteld worden voor een gewone consultatie (25-30€), een onderzoek of medicatie voor hen immens hoog zijn. Ook op voorhand een voorschot betalen is dikwijls een probleem. Toch merken verschillende respondenten op dat het geen courante praktijk is dat mensen een bedrag moeten voorschieten.

5.2.2 WETGEVING EN REGELGEVING

Begrip 'dringend'

Heel wat respondenten geven aan dat het KB inzake de DMH vaag en voor interpretatie vatbaar is. Wat door de zorgverstrekkers onder het begrip 'dringend' moet verstaan worden, staat niet aangegeven in het KB en is daarom bij onze respondenten ook vaak niet helemaal duidelijk. Dat kan

voor problemen zorgen. Zo gebeurt het volgens onze respondenten wel eens dat mensen zonder papieren geweigerd worden, omdat hun gezondheidszorgen niet van 'dringende aard' zouden zijn. Volgens een respondent is dat een verkeerde gedachte, want voor het OCMW en de POD-Maatschappelijke Integratie kan er heel veel onder de DMH vallen. Onder de term 'dringend' wordt immers elke zorg verstaan die nodig is om een belemmering van de kwaliteit van het leven te verhinderen. Enkele respondenten zeggen uitdrukkelijk dat voor hun elke hulpvraag van een patiënt dringend is. Over het algemeen is het immers zeer moeilijk te bepalen wanneer een gezondheidsklacht niet-dringend is. Sommige aandoeningen kunnen immers nog niet zijn ontdekt ... Een andere respondent vertelt dat het haar reeds overkomen is dat mensen geweigerd worden, ook al hebben ze een doorverwijsbrief van de arts meegekregen. Bovendien gebeurt die weigering niet door een arts, maar door de secretaresse of de sociaal assistent. Deze laatsten zijn daar echter niet voor bevoegd, waardoor ook het beroepsgeheim in het gedrang komt.

«Les sutures, enlever les fils. Ça c'est une chose qu'on fait beaucoup. C'est la conception d'urgence pour certains médecins: recoudre c'est une urgence, mais enlever les fils il faut payer. Et normalement la notion c'est depuis le début du traitement jusqu'à la fin. Donc normalement ils devraient pouvoir enlever les fils aussi.» (12)

“Wat een groot probleem is zijn de ziekenhuizen waar mensen met dringende medische hulp soms geweigerd worden, zelfs als ze doorgestuurd worden door ons met brief en requisitorium. In een Brussels ziekenhuis komt het nu meer en meer regelmatig voor dat mensen van hier doorgestuurd worden met een brief plus een medisch requisitorium, deze brief is medisch beroepsgeheim is, en dat dan deze brief door de secretaresses van de dienst waar ze terecht komen opengedaan wordt en geklasseerd als niet-dringend waardoor de mensen er niet terecht kunnen. Dus dat gaat soms heel ver hé.” (1)

Procedure DMH

De procedure om dringende medische hulpverlening op te starten staat niet omschreven in het KB en dat zorgt dat voor vrij spel aan het adres van het OCMW. Vrijwel alle respondenten klagen erover dat elk OCMW wel zijn eigen procedure en zijn eigen regeltjes heeft, waardoor het zowel voor de zorgverstrekkers als voor de patiënten zonder papieren een bijzondere ingewikkelde aangelegenheid is zich een weg te banen in het kluwen aan procedures. Veel respondenten vinden over het algemeen de procedure administratief belastend, maar veel hangt ook van de eisen die worden gesteld vanuit het OCMW. Volgens een respondent is het gewoon een kwestie van wil vanuit de OCMW's. Globaal bekeken vallen de OCMW's die werken met een medische kaart voor DMH van minimaal 3 maanden bij onze respondenten in goede aarde. Zowel voor de arts als het betrokken OCMW is er dan veel minder administratief werk te verzetten. OCMW's die daarentegen werken per consultatie –dus zonder

⁵⁴ Voor de indeling van de knelpunten aan de aanbodzijde baseren we ons gedeeltelijk, net zoals in het literatuuronderzoek, op een onderzoek betreffende de toegankelijkheid van de gezondheidszorg dat in 2003 werd uitgevoerd door de Universiteit Gent (Vakgroep Huisartsengeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 2003) in opdracht van Dhr. Frank Vandenbroucke.

medische kaarten voor een bepaalde periode- en bovendien steeds een apart attest vragen van de dokter voor medicatie kunnen op minder positieve reacties rekenen.

“De administratie is heel zwaar en heel bureaucratisch hé. Niet alleen voor ons, maar ook voor de patiënten zelf. Ze moeten eerst een papierke hebben van het OCMW en dan moeten naar ze hier komen, en dan moeten wij een papierke voor het OCMW die dan op hun beurt weer een papierke moet maken om naar de apotheker te gaan en dat is dan nog een apotheker ergens aan de andere kant van de gemeente waar ze alleen maar terecht kunnen...Dus ook voor sans papiers is dat verschrikkelijk ingewikkeld en een serieuze vermindering van de toegankelijkheid.” (5)

“Het is duidelijk als je te maken hebt met een OCMW zoals XXX bijvoorbeeld, dan ga je meer administratief werk hebben dan het OCMW van XXX. Omdat hun manier van werken totaal verschillend is. De manier waarop ze DMH toepassen is moeilijker, zwaarder voor de patiënt. En dus ook voor ons, want heel dikwijls komen de mensen meermaals terug omdat ze het niet begrepen hebben bijvoorbeeld hoe het OCMW werkt. [...]Dus het belastend werk hangt meer af van het OCMW, dan van het feit dat de persoon zonder papieren is.” (2)

Psychiatrische zorgen en medicatie

Een ander probleem dat door verschillende respondenten wordt bevestigd is het feit dat bepaalde medicijnen en sommige zorgverstrekkingen niet onder het KB inzake de DMH vallen, en bijgevolg ook niet door het OCMW worden terugbetaald. Het gaat ondermeer om medicatie uit de categorie D (bijvoorbeeld medicijnen tegen de koorts of tegen de pijn), en zorgverstrekkingen zoals brilmonteren, tandprotheses, enzovoort. Dat zijn kosten die voor mensen mét een ziekteverzekering ook niet worden terugbetaald, maar voor mensen zonder wettig verblijf is het vaak nog veel moeilijker om daarvoor (genoeg) geld neer te tellen.

“Mensen die bij komen met DMH, wat we vaak moeten voorschrijven is medicatie als paracetamol dat op zich niks kost, eventueel wat neusdruppels ofzo of fysiologisch serum, en die mensen kunnen daarvoor niet terecht bij het OCMW. [...] Dat is ook het probleem hé, want als je kinderen hebt met DMH...die hebben heel vaak ook niks anders nodig van medicatie als paracetamol, je kan moeilijk antibiotica gaan voorschrijven omdat ze geen paracetamol kunnen betalen. Dus dat is toch wel een serieus groot probleem. Dat die medicatie die niet wordt terugbetaald door het OCMW, dat dat eigenlijk medicatie is die niks kost. Enfin, op zich niks kosten voor het maken, maar wel kosten in de apotheek.” (1)

Bovendien meldt een respondent dat er soms ook nog problemen met psychiatrische zorgen zijn. Een recent gestemde wet heeft ondertussen wel de toegankelijkheid tot psychiatrische instellingen voor mensen zonder wettig verblijf verhoogt, maar er blijven nog steeds een aantal instellingen achter, zoals de initiatieven van Beschut Wonen, die de DMH niet toepassen. Psychiatrische ziekenhuizen ervaren bijgevolg soms moeilijkheden om mensen zonder wettig verblijf door te sturen naar dergelijke initiatieven.

5.2.3 ORGANISATIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Conventie

OCMW's kunnen conventies afsluiten met zorginstellingen, huisartsen en apothekers waarin wordt afgesproken dat het OCMW de kosten voor de gezondheidszorgen van mensen zonder papieren ten laste zal nemen. In de meeste gevallen gaat het om artsen die in dezelfde gemeente –soms ook de naburige gemeente- gevestigd zijn als het OCMW. Toch kunnen deze conventies voor een aantal moeilijkheden zorgen. Veel respondenten melden bijvoorbeeld dat OCMW's enkel een terugbetaling voorzien aan instellingen, apothekers en artsen die geconventioneerd zijn met dat OCMW in kwestie. Verschillende respondenten geven in dat opzicht aan dat ze zich genoodzaakt voelen mensen die niet uit de gemeente (of de naburige gemeente) komen waar de praktijk is gevestigd, te weigeren, tenzij ze zelf de consultatie betalen. In de meeste gevallen zal de patiënt echter worden doorverwezen naar een arts die wel een conventie heeft met het bevoegde OCMW. Ook merkt een respondent op dat zij de indruk heeft dat OCMW's die werken met een medische kaart over het algemeen strenger zijn en minder toelaten dat mensen naar niet-geconventioneerde zorgverstrekkers gaan, dan OCMW's die zonder medische kaart aan de slag gaan. In ieder geval besluiten enkele respondenten dat de vrije keuze van zorgverstrekker dikwijls niet wordt gegarandeerd; mensen zonder papieren worden immers vaak verplicht zich te wenden tot de geconventioneerde zorgverstrekkers uit de lijst van het bevoegde OCMW. Uitzonderingen op de regel zijn echter mogelijk. Soms laat het OCMW toe dat mensen naar een arts of instelling gaan waarmee men geen conventie heeft, bijvoorbeeld als de persoon een speciale vertrouwensband heeft opgebouwd met de betrokken arts of instelling.

*«Moi je suis régulièrement confronter le fait que les CPAS refusent d'intervenir aux certains prestataires de soins. Par exemple le CPAS de XXX refuse d'intervenir dans des institutions des soins en dehors que les institutions avec lesquels ils sont conventionnés. Le CPAS de XXX aussi. Donc ici on a décidé que les gens qui viennent de XXX illégaux, qui ne savent pas payer, on les réoriente, moi je les réoriente sur une structure des soins de XXX, parce que le CPAS de XXX ne va pas intervenir chez nous. Alors que pour moi, il n'y a pas des raisons fondamentales. Parce que les soins de santé ne sont pas plus chers ailleurs. Et en plus ils en freinent à la liberté de consulter une prestataire de soins de son choix, alors que la loi... En Belgique on garantit la liberté du choix de prestataires de soins. Mais le CPAS en freine cette disposition.»
(13)*

Een frequent voorbeeld dat door onze respondenten wordt aangehaald betreffende de weigering en doorverwijzing van mensen zonder papieren, zijn de privé-ziekenhuizen en de privé-artsen. Zij hebben doorgaans geen conventie met het OCMW. In Brussel wordt het KB rond de DMH enkel maar toegepast in de ziekenhuizen van de IRIS-groep. Andere redenen die onze respondenten aangeven waarom mensen zonder wettig verblijf soms geweigerd worden is het feit dat ze geen geld hebben om de consultatie te betalen, dat men weigert met het OCMW samen te werken omdat er problemen zijn met

de terugbetaling van de kosten (vaak met enkele maanden vertraging) en het feit dat het gezondheidsprobleem als niet-dringend wordt beschouwd.

“Sommige ziekenhuizen in Brussel hebben het moeilijk om hun kosten terugbetaald te krijgen van bepaalde OCMW’s. Het ziekenhuis van Sint Pieter bijvoorbeeld heeft het moeilijk met bepaalde OCMW’s die bekend staan als slechte betalers. Bijvoorbeeld het OCMW van XXX. En dan zegt Sint Pieter ‘goed de volgende die komt van XXX, die nemen we niet meer’. En dan stel je toch de vraag waarom ze dat zo doen? Het is soms heel vicieus wat er gebeurt met die facturen en die medische kaarten enzo. Als je kijkt naar het OCMW van XXX, ik denk binnen de km is er een ander ziekenhuis. En toch stuurt het OCMW van XXX door naar Sint Pieters in een andere gemeente, en men weigert de kosten te betalen aan Saint-Pierre. Wat zit daarachter? Dat is toch een louche affaire? Ik begrijp dat dus niet. Als je niet wil terugbetalen aan Sint Pieter, geef dan ook geen requisitorium voor Sint Pieter. En probeer dat maar is aan patiënten uit te leggen hé, dat is onbegonnen werk.” (2)

Sociale enquête

Een handvol respondenten geven aan dat er zich ook een aantal problemen kunnen voordoen met het sociaal onderzoek dat het OCMW moet uitvoeren om de behoefte van de patiënt zonder wettig verblijf na te gaan. Daarbij bezoekt een sociaal assistent de woning van de illegale persoon om er te kijken in welke condities men leeft, met hoeveel personen men er samenwoont, of er kinderen zijn, hoeveel het inkomen bedraagt enzovoort.

Veel mensen zonder wettig verblijf staan weigerachtig bij het feit dat men zich met naam en toenaam moet registreren. Het idee dat men ergens in de computer staat, boezemt hen angst in. Toch is het een voorwaarde om van de DMH te kunnen genieten. Veel mensen willen echter hun adres niet vrij geven aan het OCMW, waardoor het sociaal onderzoek niet kan plaatsvinden. Het OCMW zal dan bijgevolg weigeren een tenlasteneming op zich te nemen. Dezelfde respondent merkt verder op dat het sociaal onderzoek voor mensen zonder papieren ook een belemmering kan zijn in die zin dat men verplicht is zijn privé-leven bloot te leggen aan het OCMW. Het gebeurt dat de behoeftige patiënten zonder papieren dat niet willen, of dat de medebewoners van de woonst niet willen dat er iemand van het OCMW over de vloer komt voor een onderzoek.

Een andere respondent doet haar beklag over het feit dat sommige sociaal assistenten de staat van behoefte baseren aan de hand van feiten die er niet toe doen, zoals bijvoorbeeld het nagaan of mensen al dan niet achterstallige huur of andere schulden hebben. Als blijkt dat mensen netjes elke maand hun huur kunnen betalen, dan zijn zij volgens sommige OCMW’s niet behoeftig. Volgens onze respondent is dat een absurde redenering; ervoor zorgen dat de huur wordt betaald is voor mensen zonder wettig verblijf immers vaak prioriteit nummer één aangezien men anders riskeert op straat te worden gezet.

Aan de andere kant merkt een respondent op dat het soms ook gebeurt dat de sociale enquêtes door het OCMW niet worden uitgevoerd, omdat men met een tekort aan personeel kampt. Wat er verder ook wordt vastgesteld, en de laatste tijd meer een meer volgens een respondent, is dat er problemen zijn met de aanvraag voor DMH voor mensen zonder papieren die dakloos zijn of geen vaste verblijfplaats hebben. OCMW's durven zich dan wel eens onbevoegd verklaren om de tenlasteneming op zich te nemen.

“Voor DMH moet je naar het OCMW stappen, moet er een sociaal assistente bij u thuis komen. Ik heb en madame gehad die geen vast adres had die van de één familie naar het ander ging, en als de sociaal assistente kwam was ze juist niet bij die familie dus stoppen ze met die dossier. Dus moest ze weer nieuwe aanvraag doen, bij die familie en bij het ander OCMW. Dus dat is niet te doen.” (6)

Wachttijd

Dat de procedure DMH een tijdrovende, administratieve procedure is, wordt door vrijwel alle respondenten bevestigd. Zowel voor zorgverstrekkers als voor de patiënten kan dat problematisch zijn. Door een gebrek aan uniformiteit bij de verschillende OCMW's ervaren de zorgverstrekkers meer administratief werk om alles volgens de regels van het bevoegde OCMW in orde te krijgen. Ook geven onze respondenten aan dat ze vaak lang moeten wachten op terugbetaling van verstrekte zorgen door het OCMW. Sommige respondenten vertellen dat hen dat soms veel moeite en telefoongesprekken kost om te worden terugbetaald. Eén respondent vertelt dat ze ooit beroep heeft deed op haar sociaal netwerk om haar loon vast te krijgen bij het OCMW.

«Oui, nous, les médecins, sommes payés avec beaucoup de retard, et de difficultés. Parfois de mois et de mois. [...] Par exemple dans le mois avril, je n'étais pas payée depuis le mois de novembre. 6 mois. Et je devais faire parler avec un ami marocain qui avait connaissance, qui avait des amis aux CPAS, pourqu'il parle avec quelqu'un pour que je étais payé dans le mois avril. Moi, j'étais payé pour le mois février. Mais c'est anormale [...] j'ai utilisé le trafic d'influence pour que je sois être payée.» (16)

Verder vinden veel respondenten de wachtperiode tussen de aanvraag van de DMH en de beslissing tot tenlasteneming door het OCMW te lang. Voor zorgverstrekkers is dat een probleem omdat ze vaak niet betaald worden voor de consultaties die werden uitgevoerd vóór de beslissing door het OCMW werd genomen.

“Het grootste probleem is eigenlijk, mensen die naar ons komen, [...] als wij die voor de eerste keer zien kunnen wij een aanvraag doen voor DMH, [...] maar tussen die eerste aanvraag en het moment dat de mensen hun goedkeuring krijgen loopt er meestal een grote tijd. Mensen kunnen vaak maar pas na een maand of maand en een half een afspraak krijgen bij het OCMW en dan moet dat nog voorkomen op de algemene commissie wat betekent dat dat soms 2 of 3 maanden in beslag neemt tussen de eerste afspraak en het moment dat hun DMH in orde is. En natuurlijk, als er iemand binnenkomt met een acuut probleem,

je ziet die 1 keer en dan zie je die daarna niet pas na 3 maand, je ziet die ondertussen nog enkele keren en voor die keren dat ze ondertussen komen zijn wij eigenlijk niet betaald. Dus dat is toch wel een groot probleem [...].” (1)

Maar ook voor de betrokken patiënt kan dat nadelig zijn. Een respondent vertelt dat de patiënten zelden hun voorgeschreven medicatie op de dag van het dokterbezoek of de dag nadien kunnen innemen, juist omdat men vaak zo lang moet wachten op een beslissing tot tenlasteneming vanwege het OCMW. Dat heeft natuurlijk een negatieve weerslag op hun gezondheid. Ook de toestemming van het OCMW voor een doorverwijzing naar een specialist duurt vaak lang. Bovendien geven verschillende respondenten aan dat patiënten vaak moeten teruggaan naar het OCMW vooraleer er een oplossing of een goedkeuring uit de bus komt.

“Ik heb 14 dagen geleden ook een brief geschreven van ‘dat kan hier niet meer, die patiënt is zwanger, die heeft bloedverlies, die móet absoluut een gynaecoloog gaan zien.’ Dat heeft dan nóg 14 dagen geduurd...” (6)

5.2.4 SPECIFIEKE HULP- EN DIENSTVERLENING

Kennis van het KB

Of zorgverstrekkers al dan niet op de hoogte zijn van het KB inzake de DMH, is volgens onze respondenten grotendeels afhankelijk van het feit of de zorgverstrekkers al dan niet in contact komen met een kansarm publiek en/of een samenwerkingsakkoord hebben met het OCMW. Zo zijn maisons médicales en wijkgezondheidscentra doorgaans wel op de hoogte van het KB. Van zichzelf vinden de respondenten wel dat ze goed op de hoogte zijn. Zorgverstrekkers die echter geen conventie hebben met het OCMW, zoals privéartsen, zijn naar hun mening eerder onvoldoende tot niet op de hoogte.

De respondenten geven bovendien aan dat zorgverstrekkers uit grote steden doorgaans wel meer op de hoogte zijn dan hun collega's uit kleine gemeentes. Globaal bekeken zijn onze respondenten van mening dat er onder de zorgverstrekkers nog vaak veel onduidelijkheid is over de inhoud en de draagwijdte van het KB. Dat komt volgens sommige respondenten omdat zorgverstrekkers daarover niet worden geïnformeerd door het OCMW of het beleid; wat men over de procedure weet, is vooral het resultaat van eigen opzoekwerk.

“Ik denk wel dat ik op de hoogte ben, als ik over mezelf spreek, dat ik wel op de hoogte ben van de procedure en zijn inhoud. Maar door het feit dat dat bij verschillende OCMW's op een andere manier gebeurt, enfin de praktische organisatie dan, dat brengt dat wel verwarring met zich mee. Dus wij werken er wel mee, maar op zich hebben we er weinig informatie over. Afhankelijk van wat we er zelf over opzoeken hé. Het is niet dat we door het OCMW gebriefd worden van dit is de procedure of van bovenhand

uit dat we daartoe gestimuleerd worden om de procedure inderdaad te kennen. Het is niet zo dat wij daarover worden gebriefd.” (1)

Of andere niet-medische hulpverleningsinstellingen, zoals sociale diensten, op de hoogte zijn van het KB, hangt volgens de respondenten af van het feit of er gewerkt wordt met de doelgroep van mensen zonder wettig verblijf of asielzoekers.

Een aantal respondenten geven aan dat ze soms opmerken dat de sociale assistenten, binnen het OCMW zelf, ook niet helemaal weten hoe de vork in de steel zit. Ook zij krijgen over het algemeen weinig informatie en opleiding. Dat komt een goede samenwerking met zorgverstrekker en patiënt echter niet ten goede. Bovendien geven een aantal respondenten aan dat er dikwijls een groot verloop is van sociale assistenten in het OCMW. Zorgverstrekkers worden bijgevolg genoodzaakt steeds opnieuw van 0 te moeten beginnen, iets wat niet op veel enthousiasme kan rekenen.

“Dat mensen zelfs binnen het OCMW van het kastje naar de muur worden gestuurd. Binnen het OCMW wordt daar eigenlijk weinig uitleg aan gegeven aan de sociaal assistenten. Hier in XXX is dat een hele turnover, die veranderen om de zoveel maand... niemand houdt dat daar lang vol en die krijgen eigenlijk allemaal geen serieuze opleiding, dus heel dikwijls weten die zelf maar half hoe dat dat KB in elkaar zit en ja...de patiënten zijn er het slachtoffer van.” (5)

Praktische organisatie van de dienstverlening

Verschillende respondenten melden een aantal praktische problemen aan het adres van het OCMW. Mensen kunnen soms moeilijkheden ondervinden om bij het OCMW terecht te kunnen. Redenen die dat moeten staven zijn ondermeer het feit dat sommige OCMW's slechts enkele voormiddagen in de week open zijn en men er vaak uren moet aanschuiven. Ook krijgen mensen niet altijd al hun informatie, waardoor ze noodzakelijkerwijze meerdere keren moeten terugkeren. Ook vertelt een respondent dat het soms zeer moeilijk is een sociaal assistent aan de lijn te krijgen, omdat een telefoonoproep automatisch naar het antwoordapparaat wordt doorgeschakeld.

«Le téléphone de CPAS, il n'y a pas une personne qui réponse. C'est le répondeur. Et ça c'est une catastrophe. Il faut changer, il faut mettre une téléphoniste. Et quand une personne dit, je veut parler avec l'assistant social X ou Y, ou le service avec quel il doit parler...pas le répondeur. C'est un système qui est très très difficile. Même moi, si je veux parler avec une assistant sociale, je ne sais pas. Parce que le répondeur dit 'si vous avez un problème avec je ne sais pas quoi , taper 1, si vous avez besoin de ça, taper 3...' et quand tu fais tout ça, et alors ce n'est pas le service. C'est catastrophique.» (16)

Samenwerking met het OCMW

Op de vraag hoe de samenwerking verloopt tussen de bevraagde organisaties en het OCMW, antwoorden onze respondenten verdeeld. Met sommige OCMW's is er een vlotte samenwerking en een goede verstandhouding, met andere OCMW's dan weer veel minder. Veel hangt af van de interne

organisatie bij het OCMW en de gestelde administratieve voorwaarden aan de zorgverstrekkers en de patiënten zonder wettig verblijf. Binnen het OCMW zijn er bovendien ook nog verschillen te merken tussen de sociale assistenten onderling. De enkele respondenten die geen conventie hebben met het OCMW, vinden dat er op zich niet echt een samenwerking is tussen hun instelling en het OCMW. Wel wordt er geregeld doorverwezen naar het OCMW, maar verder gaat het niet.

“Met XXX heel goed, met XXX minder. XXX: heel veel administratie, ingewikkelde procedure. De patiënten, telkens als ze naar hier komen, als je een betaling wilt, moet je telkens met een getuigschrift een DMH ook meegeven. Ook al hebben ze een medische kaart. Als je doorverwijst, moet je een doorverwijsbrief maken –wat ze een requisitoir noemen- met een DMH, die faxen naar het OCMW, voor ze naar de specialist kunnen gaan. Een ingewikkelde procedure.” (9)

«Ce n'est pas toujours facile. Pour l'instant en générale de longue temps de traitement de dossiers, de l'octroi de cartes, de refus parfois d'octroi de carte médicale pour des gens qui quand même ont vraiment besoin de pouvoir... Et alors au niveau financier c'est sûr, payer tard, parfois des erreurs...» (15)

Ook de samenwerking tussen het OCMW en de patiënt zonder wettig verblijf is naar de mening van onze respondenten verschillend van OCMW tot OCMW. Er zijn OCMW's die moeilijk doen, en een complexe procedure toepassen om DMH aan te vragen. Andere OCMW's hebben het goed voor met hun cliënten en leveren grote inspanningen, zoals het toekennen van een medische kaart met een geldigheidsduur van 1 jaar aan behoeftige patiënten zonder papieren.

«En générale, si ça passe sans problème si ça passe bien, ça va. Si le CPAS refuse d'octroyer la carte, si les patients traînent un rendez-vous, ratent leur rendez-vous, une relation un peu conflictuelle...c'est parfois difficile quoi. A avis de les patients de le CPAS, il faut être patient toujours tout longue. Et selon avis du CPAS, les patients font une énorme demande.» (15)

HOOFDSTUK 6.

VOORUITGANG OF ACHTERUITGANG VAN DE TOEGANKELIJKHEID?

Ondanks de vele knelpunten die werden vermeld, merken verschillende respondenten op een aantal vlakken toch een verbetering op wat betreft de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf. Daarbij wordt vaak gerefereerd naar de grotere bekendheid van het KB bij zorgverstrekkers, hulpverleningsinstanties, OCMW's en de doelgroep zelf. Mensen zijn niet alleen meer op de hoogte, onze respondenten stellen ook vast dat de vraag naar DMH en het aantal ingediende dossiers bij het OCMW zijn toegenomen in vergelijking met een aantal jaren terug. Een verklaring voor die toename van kennis over KB moeten volgens onze respondenten ondermeer gezocht worden bij de grote inspanningen die Medimmigrant heeft geleverd ter verspreiding van informatie over het KB. Ook andere problemen werden gedeeltelijk opgelost, zoals bijvoorbeeld een verbetering van de toegankelijkheid tot psychiatrische zorgen in bepaalde instellingen voor mensen zonder wettig verblijf. Bij sommige respondenten verbeterde ook de samenwerking met het OCMW; zo vinden onze respondenten de medische kaarten voor één jaar over het algemeen een vooruitgang op de toegankelijkheid. Eén respondent meldt dat er pas ook een aantal omzendbrieven verschenen om de medische kaart te promoten en de procedure DMH te vergemakkelijken. Dat zou de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder papieren in de toekomst waarschijnlijk wel ten goede komen.

“Ja. Dat er veel meer bekendheid is. De wet is van 1996, ik ben in 1997 beginnen werken. In het begin was dat al direct met nogal wat mensen zonder papieren, in het begin was dat helemaal niet gekend, zelfs niet in hospitalen, spoedgevallen, sociaal assistenten, op het OCMW dat dat niet gekend was. Ik heb heel de evolutie zo meegemaakt. Dat is zeker positief en vooral te danken aan het Medisch Steunpunt die daar enorm veel informatie rond verspreid heeft. Goede brochures...” (6)

Maar naast verbeteringen, geven de respondenten te kennen dat er recentelijk ook een aantal problemen zijn bijgekomen. Zo merkt men op dat een aantal OCMW's een strengere politiek zijn gaan voeren en minder snel geneigd zijn een tenlasteneming voor DMH goed te keuren. Dat zou komen omdat OCMW's meer en meer aanvragen voor DMH te verwerken krijgen, waardoor een verstrenging noodzakelijk is om budgettaire niet in een put te vallen. In ieder geval krijgen onze respondenten de laatste tijd meer meldingen van mensen die geweigerd werden omwille van een tenlasteneming door

een andere persoon (hoewel men daar geen contact meer mee heeft) of omwille van het feit dat men samenwoont met een legale partner die 'genoeg' geld zou verdienen. Ook EU-burgers die een aanvraag indienen voor DMH, ervaren meer en meer moeilijkheden om een goedkeuring te krijgen. Bij hen is het OCMW immers van mening dat de ziekteverzekering in het land van herkomst waarschijnlijk nog wel geldig is.

Die verstrenging vanwege het OCMW belemmert een vlotte samenwerking met de zorgverstrekkers. Een respondent meldt in dat opzicht dat ze het gevoel heeft dat het OCMW alle zorgverstrekkers en hun patiënten bestempelt als mogelijke misbruikers van het systeem, waardoor een goede verstandhouding moeilijk wordt.

“Momenteel is dat nogal moeilijk. We hebben momenteel wat vragen rond het sociaal engagement van het OCMW van XXX. Momenteel hebben we het gevoel dat elke patiënt en elke zorgverstrekker die afhangt van het OCMW een potentiële misbruiker is. Wij hebben dat gevoel en dat wordt ook zo op die manier naar ons naar buiten gebracht. Niet alleen voor mensen met dringende medische hulp hoor, ook voor mensen met een medische kaart. Dus momenteel...we hebben een samenwerking met het OCMW, maar dat ligt momenteel nogal moeilijk.” (1)

HOOFDSTUK 7.

GEVOLGEN VAN EEN BEPERKTE TOEGANG

7.1 Gevolgen voor de patiënt

Een beperkte toegang tot de medische zorgen heeft een duidelijke weerslag op de gezondheid van mensen zonder wettig verblijf. Dat wordt bevestigd door de respondenten. Of mensen zich beter of slechter gaan verzorgen, hangt volgens de respondenten ondermeer af van de manier van werken bij het OCMW. Een moeilijke en tijdrovende procedure schrikt veel mensen zonder papieren af, of leidt tot frustraties, ontmoediging en verlies van vertrouwen in het systeem. Mensen gaan bijgevolg hun zorgen uitstellen wat leidt tot een verergering van de problemen. Een beperkte toegang heeft volgens verschillende respondenten ook niet alleen implicaties op de fysieke gezondheid, ook psychologisch kan dat voor problemen zorgen. Bovendien duren de behandelingen dikwijls langer en is opvolging van een probleem niet gemakkelijk. Een respondent spreekt van een vicieuze cirkel: het uitstellen van noodzakelijke gezondheidszorgen heeft niet alleen een negatieve weerslag op de gezondheid; ook indirect kan dat een impact uitoefenen op het welzijn van de patiënt.

“Dat kan zijn dat de gezondheid kan verergeren. En natuurlijk, door een slechte gezondheid kunnen ze ook moeilijk werken, krijgen ze financiële problemen, repercussie op hun financiële toestand, op hun woning want ze kunnen hun huur niet betalen, waardoor ze op straat terecht komen. Als ze kinderen hebben, het onderwijs.” (9)

“Als ze geen DMH hebben, dan gaan ze naar de dokter als ze het geld hebben. De gevolgen zijn dat ze zich niet laten verzorgen zoals ze dat moeten, niet op een deftige manier. [...] Sommige zorgen worden automatisch uitgesteld. Ze gaan het later doen, als ze geld hebben. En jammer genoeg hebben ze het geld niet. Dus het wordt steeds maar uitgesteld. Dus dat is duidelijk dat er dan fysieke gevolgen zijn. En ook de psychologische gevolgen, als mensen van het kastje naar de muur worden gestuurd. Dat is ook heel zwaar, de mensen ervaren dat ze geen respect krijgen. [...] Als mensen naar hier komen en je zegt ‘ja maar mevrouw je had niet naar hier moeten komen, je had naar daar moeten gaan’ en dan zie je die tranen zo naar boven komen en dan zeg je ‘ja maar we gaan u wel helpen, trek het u niet aan’ omdat je wel gewaar wordt dat je die personen niet op een ander kan doorsturen. Emotioneel en psychologisch kan je ze dus niet nog eens naar een andere plaats doorsturen.” (2)

7.2 Gevolgen voor de zorgverstrekker

De respondenten beamen dat een beperkte toegang tot gezondheidszorgen ook problematisch kan zijn voor de zorgverstrekkers. Zij worden geconfronteerd met meer werk omdat de problemen zich acuut voorstellen en een risico dat men niet wordt betaald voor de verstrekte zorgen. Dat kan voor frustratie zorgen, die onrechtstreeks ook de doelgroep van de mensen zonder papieren kan treffen. Zo vertelt een respondent dat zorgverstrekkers soms mensen uit een bepaalde gemeente weigeren te verzorgen, omdat ze weten dat het OCMW moeilijk doet met betalingen.

“Ja ook frustratie he, frustratie wegens niet betaald worden of niet op tijd betaald worden. En zo'n beetje van j'en ai mar de ce group... die zo'n beetje hun frustratie uitwerken op die groep, het is wéér iemand zonder wettig verblijf, wéér iemand waarvan we niet zeker zijn dat we betaald worden.” (3)

Toch kan het weigeren van patiënten, bijvoorbeeld omdat de tenlasteneming door het OCMW niet werd goedgekeurd en de betrokken patiënt geen geld heeft, knagen aan het geweten van de betrokken zorgverstrekker. Vaak staat de zorgverstrekker voor een dilemma. Moet hij de patiënt gratis ontvangen, waardoor hij met onbetaalde facturen blijft zitten? Of moet hij weigeren, waardoor de patiënt mogelijk een gezondheidsrisico loopt? Een aantal respondenten geven aan dat dat een vaak moeilijke kwestie is.

7.3 Gevolgen voor de omgeving

Verschillende respondenten geven aan dat problemen die niet werden verzorgd of opgevolgd ook mogelijk consequenties inhouden voor de bredere bevolking. Zo kunnen besmettelijke ziektes, zoals bijvoorbeeld tuberculose, die niet tijdig worden opgespoord een probleem voor de volksgezondheid zijn. Ook melden enkele respondenten dat ernstige gezondheidsproblemen sowieso meer kosten aan de overheid dan kleine problemen die snel werden gediagnosticeerd en behandeld.

HOOFDSTUK 8.

AANBEVELINGEN OM DE TOEGANKELIJKHEID TE VERGROTEN

Door onze respondenten werden verschillende aanbevelingen opgesomd om de toegang tot medische voorzieningen voor mensen zonder wettig verblijf te verzekeren.

8.1 Aanbevelingen voor het werkveld

Vooreerst vinden bijna alle respondenten dat de procedure voor de aanvraag van DMH moet worden vereenvoudigd. Een harmonisering van de werking en de administratieve eisen van de verschillende OCMW's zou volgens de meerderheid van onze respondenten al veel administratief leed verminderen. Ook duidelijke afspraken en een goede samenwerking en verstandhouding tussen zorgverstrekkers en OCMW zouden al heel wat problemen kunnen oplossen. Een goed voorbeeld voor veel respondenten is de toekenning van een medische kaart aan mensen zonder wettig verblijf voor een periode van één jaar. Om alle betrokkenen de grote administratieve rompslomp te besparen pleit een respondent voor een geïnformatiseerd systeem om alle formulieren en facturen te regelen.

De respondenten vermelden verder ook dat de wachttijd korter zou moeten, opdat mensen sneller worden ten laste genomen. Ook een snellere betaling aan de OCMW's door het Ministerie van Volksgezondheid én aan de zorgverstrekkers door het OCMW, en een verlenging van de 45-dagentermijn staan op het verlanglijstje. Eveneens vinden een aantal respondenten dat OCMW's met meer zorgverstrekkers een conventie zouden moeten afsluiten. Dat zou het mogelijk maken om de grote concentratie van mensen zonder wettig verblijf in de praktijk te verspreiden over verschillende praktijken, waardoor de globale werklust zal afnemen.

Waar ook veel respondenten voor pleiten is een grotere verspreiding van informatie betreffende de DMH en een betere bekendmaking bij patiënten, zorgverstrekkers, OCMW's, ziekenhuizen en organisaties die werken met de doelgroep. In dat opzicht meldt een respondent dat een verspreiding van informatie van overheidswege heel effectief zou zijn om de verschillende doelgroepen te bereiken.

“Ik denk dat het heel belangrijk is en veel zal opbrengen, moest de overheid informatie geven. Moest de overheid zelf brochures maken in verschillende talen ivm de procedure DMH, publiciteit maken bij de doelgroep zelf, en bij de zorgverstrekkers, bij de OCMW's omdat er ook telkens nieuwe personeelsleden zijn bij de OCMW's, dat de overheid daar financiën insteekt om toch de procedure DMH te leren kennen.”
(3)

Bovendien stelt een respondent dat er ook meer aan preventie moet gedaan worden; vooreerst opdat de mensen niet ziek worden, maar ook opdat mensen sneller weten hoe en waar ze terecht kunnen bij gezondheidsproblemen, waardoor een verergering van de problemen wordt verhinderd.

8.2 Aanbevelingen voor het beleid

Veel respondenten vinden het KB onduidelijk en verwarrend. Een uitklaring van het begrip dringend vinden velen noodzakelijk. Bovendien vinden enkelen dat het KB moet opengetrokken worden; mensen zonder papieren zouden toegang moeten krijgen tot alle medicatie, alle medische zorgen en zorginstellingen, indien deze door de arts als dringend worden beschouwd. Er zou geen restrictie mogen zijn op bepaalde medicatie en bepaalde zorgen of zorginstellingen, zoals dat nu wel het geval is. Mensen zonder papieren zouden het recht moeten hebben op dezelfde medische verzorging als mensen met papieren.

“En dan kan je u ook de vraag stellen ‘Wat is dringend? Wat is DMH?’ Dat begrip ‘dringend’ is soms heel dubbel. Het zou veel gemakkelijker zijn moesten die mensen ook recht hebben op een gewone medische kaart en gewoon terugbetaling van al hun zorgen. Dan zouden er ook minder kosten zijn voor het OCMW maar natuurlijk wel meer kosten voor de gezondheidszorg in het algemeen. Dus, is dat haalbaar? Dat is een beetje de vraag, maar ik denk dat dat wel problemen zou oplossen.” (1)

In één van de interviews wordt ook een pleidooi gehouden voor een verbreding van de inhoud en draagwijdte van de DMH. Ook zaken met een niet strikt medisch karakter, zoals voedsel en verplaatsingskosten, zouden daarin een plaats moeten krijgen. Wat enkele andere respondenten vermelden is een uitbreiding van de DMH met sociale steun in geval van een ernstige ziekte.

«Pour moi, l'AMU devrait comprendre également la partie alimentation. Je pense qu'une personne qui est malade souffrante a plus que n'importe qui d'autre besoin de bien se nourrir, de bien se reposer, mais surtout de bien se nourrir, que ça soit équilibrer que ça soit chaud aux moins une fois par jour, qu'elle puit bien hydrater etcetera etcetera et ça malheureusement n'est pas compris dans l'aide médicale.» (10)

Een andere respondent denkt eerder het omgekeerde: de inhoud en draagwijdte van de DMH moet ingekrimpt worden tot hoogdringende medische hulpverlening. Enkel in zéér dringende gevallen, zoals operaties, accidenten, moeilijke zwangerschappen, moet een aanvraag voor DMH mogelijk zijn.

Chronische ziektes die het leven van een persoon niet in gevaar brengen, echter niet. Bovendien vinden enkelen dat er ook een grotere controle moet zijn op de DMH met de bedoeling mogelijke misbruiken op te sporen. Zo zou een afspraak bij een specialist, dus bij de tweedelijjn, enkel mogelijk moeten zijn met een doorverwijsbrief van de behandelende huisarts.

«Il faut accepter AMU dans cette question. Maladies aiguës sévères, opérations... il faut un appendicite aigu...il meure s'il n'est pas opéré. Ça c'est une urgence. Une grossesse extra-utérin, la femme meure s'il on l'aide pas. Accepter seulement dans des maladies graves, aiguës, sévères, traumatismes...accidents de circulations, accidents domestiques... en cas d'urgence sévère.» (16)

Toch dienen we te vermelden dat een aantal respondenten de DMH niet als dé oplossing zien om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder papieren structureel te verhogen. Zij zien DMH eerder als een tijdelijke oplossing. Wat volgens hen daarentegen wel oplossingen zijn, zijn ondermeer het toekennen van papieren aan mensen zonder wettig verblijf, het verlenen van toegang tot de ziekteverzekering (en in het bijzonder voor minderjarigen zonder papieren) of –nog beter- tot de hele sociale zekerheid, en gratis gezondheidszorg voor iedereen. Betreffende de toegang tot de ziekteverzekering stellen enkele respondenten voor dat mensen zonder papieren daarvoor een kleine bijdrage zouden betalen -bijvoorbeeld aan het OCMW- waardoor ze tegelijkertijd ook op hun verantwoordelijkheid kunnen gewezen worden.

“De DMH is wel een goede manier, dat functioneert goed, maar ik denk dat we dat als een tijdelijke oplossing moeten zien. En soms zien we dat de mensen eigenlijk járen DMH aanvragen. Dus die toegankelijkheid moet eigenlijk vergemakkelijkt worden voor iedereen, maar beperkt dan. Als je ziet dat die mensen die DMH krijgen, via het OCMW misschien op een andere manier moet worden aangepakt dat die eigenlijk uit de illegaliteit geraken. Misschien eerst die problemen oplossen. Ik denk dat je die problemen moeilijk kan oplossen als die mensen in de illegaliteit blijven. En ook, die DMH is geen lange termijn oplossing, dat is een tijdelijke oplossing.” (9)

“Maar aan de andere kant moet je de mensen ook wel responsabiliseren, dat als ze ziek zijn, dat ze er zelf ook iets moeten aan doen. En misschien met de verzekering, als ze een kleine bijdrage betalen, wordt dat meer hun verantwoordelijkheid. Want als ze niets moeten betalen, dan wordt het voor die mensen anders heel normaal dat ze niet betalen, en dat wij verplicht zijn om hen te verzorgen en hen hulp te geven. Maar als ze een bijdrage geven, dan reageert dat op een andere manier” (9)

Andere aanbevelingen die worden aangehaald zijn de creatie van een eerstelijjn die 24uur op 24 open is en waar mensen voor alles gezondheidsklachten terecht kunnen, het aanpakken van algemeen maatschappelijke problemen van mensen zonder wettig verblijf (werk, sociaal-economische positie, onderwijs...), een betere immigratiepolitiek, een betere structurering en financiering van onze gezondheidszorg en meer studies en globale evaluaties over de werking en toepassing van het KB in

Mensen zonder wettig verblijf en hun toegang tot gezondheidszorg in Brussel.
Een verkennend onderzoek naar de gevolgde trajecten en ervaren knelpunten anno 2006.

de praktijk, wat vervolgens door de overheid kan worden gebruikt om de procedure en de wet inzake de DMH te verbeteren.

Mensen zonder wettig verblijf en hun toegang tot gezondheidszorg in Brussel.
Een verkennend onderzoek naar de gevolgde trajecten en ervaren knelpunten anno 2006.

DEEL III: Conclusies

Over het algemeen kunnen we besluiten dat de bevindingen die uit de analyses van ons onderzoek komen in grote mate stroken met eerdere onderzoeken.

- Wie consulteert in de eerstelijnspraktijk? Een verscheiden publiek, maar niet representatief voor de doelgroep van mensen zonder wettig verblijf

De mensen zonder wettig verblijf die anno 2006 een beroep doen op de Brusselse eerstelijnsdiensten komen uit alle hoeken van de wereld. Sommige nationaliteiten frequenteren de bevroegde eerstelijnsdiensten echter veel minder dan andere, hoewel geweten is dat er zich een grote groep van in België bevindt. Zo treft men zelden mensen uit Azië, en in bijzonder de Chinese gemeenschap, aan in de wachtzaal. Er zijn verschillende verklaringen voor de heterogeniteit van nationaliteiten in de eerstelijnspraktijk. Ondermeer het gesloten karakter van sommige etnisch-culturele gemeenschappen lijkt ervoor verantwoordelijk te zijn dat problemen voornamelijk intern worden opgelost. Ook een constante migratiedynamiek onder impuls van push- en pullfactoren (bijvoorbeeld een tijdelijke instroom aan mensen uit conflictgebieden) zorgt voor een grote afwisseling aan nationaliteiten. Verder trekken ook een aantal kenmerken van een bepaalde eerstelijnsdienst (zoals taal en origine van de arts) sommige nationaliteiten meer aan dan andere. Het effect van mond-aan-mond reclame wordt als één van de belangrijkste redenen naar voren geschoven ter verklaring waarom mensen zonder papieren in het algemeen de weg naar een bepaalde eerstelijnsdienst vinden.

Hoewel het percentage kan verschillen van praktijk tot praktijk, is het aantal mannen en vrouwen dat consulteert over het algemeen gelijklopend. Qua leeftijd komen de meeste hulpvragen voornamelijk van een jonge tot middelbare populatie.

- Klachtenpatroon: erg gelijkaardig aan dat van mensen mét papieren, maar met toch enkele specifieke kenmerken

In de literatuur wordt gewag gemaakt van specifieke gezondheidsproblemen van mensen zonder papieren, waaronder de 'diseases of poverty' zoals HIV/aids, tuberculose en hepatitis. Ook door onze respondenten worden deze aandoeningen vastgesteld bij de doelgroep. De gezondheidsklachten van mensen zonder papieren blijken echter zeer gevarieerd: het kan ook om een banale verkoudheid gaan. Het klachtenpatroon van mensen zonder papieren is over het algemeen erg vergelijkbaar met dat van mensen met papieren. Wel zijn de klachten, in vergelijking met mensen die een ziekteverzekering hebben, dikwijls al in een verder gevorderd stadium beland. Bovendien lijden mensen zonder papieren meer aan chronische problemen die zich, door een gebrek aan opvolging, acuut voorstellen. Ook psychische en psychosomatische problemen, en problemen door slechte voedingsgewoontes of een beperkte lichaamsverzorging, lijken meer voor te komen en worden in verband gebracht met de moeilijke leefomstandigheden waarin mensen zonder papieren moeten overleven in België. Die

bevindingen zijn in overeenstemming met wat eerder werd gevonden in de literatuur. Onder andere in het rapport van de Raad van Europa (Council of Europe, 2000) worden ook meer psychische en psychosomatische stoornissen gemeld bij migranten en vluchtelingen, als gevolg van migratie en ontworteling uit de vertrouwde omgeving.

Mensen zonder papieren raadplegen doorgaans een zorgverstreker als ze bepaalde problemen als acuut ervaren. Soms komen ze daardoor pas veel te laat op consultatie, in andere gevallen is het probleem medisch gezien niet zo ernstig. Vaak gaat het om kleine, maar multipole problemen. Veel hangt echter af van het feit of mensen hun weg naar de eerstelijnsdiensten reeds gevonden hebben.

- Voorlaagdrempelige eerstelijnsdiensten met specifieke kenmerken worden geconsulteerd

Om aan medische zorgen te geraken volgen mensen zonder papieren een aantal pistes. Omdat ze dikwijls niet vertrouwd zijn met de organisatiestructuur van de Belgische gezondheidszorg (de verschillende echelons, het bestaan van huisartsen...) wenden ze zich bij gezondheidsproblemen geregeld tot de spoeddiensten. Toch proberen mensen zonder papieren in eerste instantie ook vaak hun gezondheidsklachten zelf op te lossen, ondermeer door op eigen houtje medicatie te nemen. Of ze doen een beroep op 'genezers' binnen de eigen gemeenschap, zoals de imams bij de moslims. Dat laatste gebeurt vooral bij cultuurgebonden problemen (zoals 'het boze oog') en psychologische problemen omdat die niet in verband kunnen worden gebracht met de klassieke geneeskunde. Dat mensen op eigen initiatief naar het OCMW gaan gebeurt zelden; mensen kloppen veeleer aan bij laagdrempelige eerstelijnsdiensten (zoals Artsen Zonder Grenzen, de maisons médicales, de wijkgezondheidscentra...) en worden van daaruit doorverwezen naar het bevoegde OCMW voor een aanvraag tot tenlasteneming van de kosten.

De medische eerstelijnsdiensten die door ons werden bevroegd hebben een aantal kenmerken gemeenschappelijk. Sommige van de opgesomde kenmerken kunnen we beschouwen als belangrijke pull-factoren waarom mensen zonder papieren naar de praktijk komen. Vooreerst gaan bevroagde organisaties zo laagdrempelig mogelijk te werk: er is een gemakkelijke toegang, zonder discriminatie op basis van geld, papieren of een ziekteverzekering. Consultaties zijn ook gratis of tegen een lage prijs, en vaak heeft men een conventie met het OCMW waardoor de procedure voor dringende medische hulp (DMH) gemakkelijk kan worden opgestart. In de praktijk en aan het onthaal worden vaak ook meerdere talen gesproken; bijgevolg kunnen mensen soms in hun eigen taal bij de zorgverstreker terecht. Ook maakt men af en toe gebruik van tolken en interculturele bemiddelaars. Verder is ook de ligging in een buurt met een grote concentratie aan mensen zonder papieren een belangrijke reden waarom mensen gaan consulteren bij een bepaalde eerstelijnsdienst. Andere factoren die een rol kunnen spelen zijn: de verspreiding van informatie over de praktijk, de

doorverwijzing door andere organisaties, het multidisciplinaire karakter, een garantie op anonimiteit enzovoort.

- Strategieën: mensen zonder papieren doen zowel beroep op de procedure DMH als op andere strategieën om toegang tot gezondheidszorg te krijgen

Er zijn verschillende strategieën die mensen zonder papieren hanteren om toegang tot gezondheidszorg te krijgen. De methodes zijn er voornamelijk op gericht de financiële drempel te overbruggen. In de literatuur wordt er een onderscheid gemaakt tussen formele en informele strategieën. Als formele strategie is het vooral de procedure dringende medische hulp die regelmatig wordt gebruikt. Een inschrijving in het ziekenfonds of een privéverzekering worden in de literatuur vermeld als formele strategieën, maar komen in de praktijk praktisch niet voor. Een strategie die niet in de literatuur staat vermeld, maar wel wordt aangehaald in ons onderzoek is de tenlasteneming door een andere persoon. Het zelf betalen van de consultatie of de medicatie en het onderhandelen met de zorgverstreker voor een gratis consultatie of raadpleging tegen een verlaagd tarief, zijn informele strategieën die volgens onze bevindingen regelmatig worden toegepast. Het uitlenen van andermans papieren (zoals de SIS-kaart) komt voor, maar valt over het algemeen niet in goede aarde bij de zorgverstrekkers. Mensen maken zelden gebruik van het medisch fonds van Medimmigrant.

Bevindingen uit eerdere onderzoeken geven aan dat mensen zonder wettig verblijf globaal bekeken meer gebruik maken van de informele strategieën dan de formele strategieën. Uit de analyses van ons onderzoek kunnen we echter afleiden dat de procedure DMH het meest wordt toegepast, gevolgd door het zelf betalen en de gratis consultaties. We moeten echter behoedzaam blijven voor eventuele vertekeningen; ons onderzoek is te kleinschalig om verregaande conclusies te kunnen trekken; verder uitgebreid onderzoek is hier zeker nodig. Bovendien kan de keuze van een andere onderzoekspopulatie (mensen zonder wettig verblijf i.p.v. medische eerstelijnsdiensten) andere zaken aan het licht brengen.

- Knelpunten: zowel aan de vraag- als aan de aanbodzijde zorgen verscheidene factoren voor een moeilijke toegang tot gezondheidszorg

Mensen zonder papieren kunnen verschillende problemen ervaren die hun toegang tot medische zorgen beperken. Er kunnen knelpunten aan de vraag- en aanbodzijde onderscheiden worden. Betreffende de knelpunten aan de vraagzijde (de mensen zonder wettig verblijf) kunnen er vier clusters van problemen worden onderkend. Vooreerst zijn er de culturele verschillen; door een ander gezondheidsinzicht en een verschillend ziektebeeld zijn mensen zonder papieren vaak niet vertrouwd met het fenomeen huisarts en gaat men pas een zorgverstreker raadplegen als men echt ziek is. Uit onze interviews blijkt dat het preventief werken met de doelgroep daardoor niet gemakkelijk is. Ook

taalproblemen kunnen een belemmering zijn voor een goede communicatiedoorstroom en een correcte opvolging van een medisch probleem. Om taalproblemen te overbruggen wordt soms een beroep gedaan op professionele tolken en interculturele bemiddelaars, maar in de meeste gevallen worden mensen uit het onthaal ingeschakeld of laat de patiënt zich bijstaat door een persoonlijke kennis die de boel vertaalt. We willen echter opmerken dat er toch voorzichtigheid geboden is met het zomaar 'uit de gang plukken' van vertalers. We kunnen ons immers de vraag stellen in welke mate zij capabel zijn om de juiste nuances over te brengen. Ook zijn mensen zonder papieren vaak niet of onvoldoende op de hoogte van hun rechten waardoor gezondheidszorgen worden uit- of afgesteld. Wel blijkt dat mensen uit grote of solidaire gemeenschappen sneller op de hoogte zijn dan anderen. Tot slot zijn er ook nog een aantal problemen die verband houden met de moeilijke leefomstandigheden van mensen met een illegaal verblijfsstatuut.

Ook aan de aanbodzijde (de zorgverstrekkers, OCMW's, apothekers, hulpverleningsinstanties...) werden er verschillende knelpunten gerapporteerd. Net zoals bij de knelpunten aan de vraagzijde kunnen ook deze problemen grotendeels worden teruggevonden in de literatuur. Het gaat ondermeer om problemen rond wetgeving en regelgeving (onduidelijkheid rond begrip 'dringend', een moeilijke en tijdrovende aanvraagprocedure voor DMH, problemen rond de terugbetaling van bepaalde medicatie en psychiatrische zorgen), knelpunten betreffende de organisatie van de gezondheidszorg (problemen met conventie en sociale enquête, lange wachttijd) en problemen inzake de hulp- en dienstverlening (onvoldoende op de hoogte van het KB inzake de DMH, weigering door zorgverstrekkers, een vaak moeilijke samenwerking met het OCMW enzovoort).

Er blijken drie redenen te zijn waarom mensen zonder wettig verblijf soms geweigerd worden door de zorgverstrekkers: het probleem lijkt niet van dringende aard te zijn, er is onzekerheid rond de terugbetaling door het OCMW of de betrokken zorgverstrekker of instelling heeft geen conventie met het bevoegde OCMW. Vaak worden enkel de zorgverstrekkers terugbetaald die een samenwerkingsakkoord hebben met het bevoegde OCMW. Volgens het KB kan de DMH echter door alle erkende zorgverstrekkers worden toegepast. Sommige OCMW's beknotten die mogelijkheid tot vrije keuze van zorgverstrekker, wat problematisch kan ervaren worden. Toch mogen we niet blind zijn voor de voordelen van een conventie: zorgverstrekkers met een conventie zijn immers vaak meer op de hoogte van de DMH en de te volgen procedure.

Bij een overschouwing van de knelpunten aan de aanbodzijde kunnen we vaststellen dat veel problemen verband houden met de complexe en tijdrovende procedure en de strenge (administratieve) eisen van sommige OCMW's. Omdat het KB inzake de DMH geen duidelijkheid schept rond de toe te passen procedure, werken bovendien alle OCMW's op een andere manier, met een eigen

interne politiek en organisatie. Dat gebrek aan uniformiteit bij de Brusselse OCMW's vinden de respondenten problematisch. Een bedenking moet wel worden gemaakt. We moeten behoedzaam blijven om niet alle OCMW's over de zelfde kam scheren. Er zijn immers ook OCMW's die trachten de lange administratieve lijdensweg tot een minimum te herleiden en die zich inzetten om de samenwerking met zorgverstrekkers en patiënten zonder wettig verblijf goed te laten verlopen. Een mooi voorbeeld is het toekennen van een medische kaart aan behoeftige patiënten zonder papieren voor een periode van één jaar; dat wordt door alle respondenten toegejuicht.

- Weinig verbetering van de toegankelijkheid

Als we terugblikken naar de literatuur, mogen we uit onze onderzoeksbevindingen besluiten dat er op vlak van toegankelijkheid tot de gezondheidszorg in Brussel voor mensen zonder wettig verblijf anno 2006 nog niet veel is veranderd. Ondanks een aantal verbeteringen (zoals een grotere bekendheid van het KB in het algemeen en een toegenomen toegankelijkheid tot psychiatrische zorgen) lijken mensen zonder papieren nog veel moeilijkheden te ervaren om hun rechten op gezondheidszorg af te dwingen. Vrijwel alle knelpunten die werden vermeld in de literatuur, worden ook bevestigd door onze respondenten. Onze eerder gestelde hypothese, namelijk dat mensen zonder wettig verblijf anno 2006 –ondanks hun gewaarborgd recht op gezondheidszorg- nog steeds heel wat problemen ondervinden om aan de noodzakelijke medische verzorging te geraken, kunnen we dus bevestigen.

Bovendien zijn er recentelijk een aantal knelpunten bijgekomen, die volledig in de lijn liggen met de verstrenging die verschillende OCMW's doorvoerden om niet in een budgettaire put te vallen. Dat is natuurlijk geen gezonde voedingsbodem is voor een optimale samenwerking. De gevolgen van een beperkte toegang tot gezondheidszorg zijn niet miniem; implicaties kunnen bovendien zowel de patiënt zonder papieren, de zorgverstrekkers als de nabije omgeving treffen.

- Aanbevelingen voor praktijk en beleid

Door de respondenten werden verschillende aanbevelingen opgesomd om de toegang tot gezondheidszorg voor mensen zonder papieren te verbeteren. Het gaat hoofdzakelijk om maatregelen die de problemen aan de aanbodzijde aanpakken. We moeten ons er echter van bewust zijn dat knelpunten zowel aan vraag- als aanbodzijde moeten worden aangepakt om structurele veranderingen te bewerkstelligen. Een vereenvoudiging van de procedure inzake de DMH moet met andere woorden samengaan met een grotere verspreiding van informatie bij de doelgroep, opdat deze laatste ook meer op de hoogte worden gesteld van hun rechten. Andere belangrijke aanbevelingen voor het werkveld zijn een harmonisering van de werking en de administratieve eisen van de verschillende OCMW's, een geïnformatiseerd systeem om alle documenten en facturen te regelen, een kortere wachttijd en een snellere tenlasteneming, een snellere betaling aan de OCMW's door de overheid en aan de

zorgverstrekkers door de OCMW's, meer conventies tussen zorgverstrekkers en OCMW's en een ruimere verspreiding van informatie bij patiënten, zorgverstrekkers, OCMW's, ziekenhuizen en sociale organisaties.

Belangrijke aanbevelingen voor het beleid zijn ondermeer een uitklaring van het begrip 'dringend', een verlenging van de 45-dagentermijn, het afschaffen van de restrictie op bepaalde medicijnen en medische verstrekkingen (zoals de psychologische zorgen), een uitbreiding van het KB met zaken die geen strikt medisch karakter hebben, het openstellen van de ziekteverzekering voor mensen zonder papieren, een verspreiding van informatie over het KB van overheidswege en studies en evaluaties omtrent de toepassing van het KB in de praktijk. Andere beleidsaanbevelingen die werden vermeld, maar die verder gaan dan de toegang tot gezondheidszorg, zijn het aanpakken van de algemeen maatschappelijke problemen van mensen zonder wettig verblijfsstatuut (werk, onderwijs, sociaal-economische positie...), de toegang verlenen tot het sociale zekerheidsstelsel en een betere immigratiepolitiek.

Referenties

Adam, I., Ben Mohammed, N., Kagné, B., Martiniello, M., & Rea, A. (2001). *Itinéraires de sans-papiers en Belgique / Trajecten van mensen zonder papieren in België*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.

Artsen Zonder Grenzen (2004a). *Toegang tot Gezondheidszorgen in België. Activiteitenverslag 2003*. Brussel: AZG.

Artsen Zonder Grenzen. (2004b). Rapport: Geen toegang tot de Belgische gezondheidszorg. Brussel: AZG.

Artsen Zonder Grenzen (2006). *Toegang tot Gezondheidszorg in België. Activiteitenverslag 2005*. Brussel: AZG.

Avezaat, J., & Smulders, R. (1996). Huisartsenzorg: de multiculturele huisartsenpraktijk anno 1996. In H.B. Haveman, & H.P. Uniken Venema (Eds.), *Migranten en gezondheidszorg* (pp. 145-156). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Beck, M., Vanroelen, C., & Louckx, F. (2002). *Sociale breuklijnen in de gezondheid en gezondheidszorg*. Brussel: VUBPress.

Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding. (z.d.). *Geschiedenis van de migraties*. Niet gepubliceerd document, Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding, Brussel.

Coucke, P., Ryckaert, B., & Ryckaert, D. (1997). *Illegalen in België. Interview met Johan Leman*. Geraadpleegd op 13 Maart, 2006, op <http://www.law.kuleuven.ac.be/jura/33n4/iLeman.htm>

Council of Europe, Parliamentary Assembly. (2000, 9 February). *Health conditions of migrants and refugees in Europe*. Geraadpleegd op 14 Juli, 2006, op <http://assembly.coe.int//Main.asp?link=http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc00/EDOC8650.HTM>

De Coninck, M., Emonts, C., & Coopmans, S. (2005, 10 Mei). Het OCMW, het leven zoals het niet zou mogen zijn. Om asielzoekers te helpen, moeten OCMW's zich steeds opnieuw laten veroordelen. *De Standaard*, p. ??

De Muynck, A., & Peeters, F. (1997). *Ali en Fatima bij de dokter. Vraag en aanbod van gezondheidszorg voor allochtonen in Vlaanderen*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

De Rode, W., Swillens, E., Misseghers, C., & Vanholsbeeck, D. (2005, 12 Mei). Waarde Redactie. *De Standaard*, p. 22

Dewaele, A. (Ed.).(1997). *Het vrijblijvende voorbij. Het Vlaamse beleid naar etnisch-culturele minderheden. Een stand van zaken*. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Interdepartementale Commissie etnisch-culturele minderheden.

de Witte, J. (2006, 1 Maart). Mensen zonder papieren helpen: rebellie of menselijkheid? *De Morgen*, p.28.

European Migration Network. (2005). *Illegally Resident Third Country Nationals in Belgium : State approaches towards them and their profile and social situation*. Brussels: EMT.

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. (2004, Oktober). *Alles wat je altijd al wilde weten over de sociale zekerheid*. Geraadpleegd op 15 april, 2006, op http://socialsecurity.fgov.be/NL/nieuws_publicaties/publicaties/alles_sosec/alwa2005_nl.pdf

Feldmann, C.T., & Meis, M. (1996). Medische opvang nieuwkomers: vluchtelingen en asielzoekers. In H.B. Haveman, & H.P. Uniken Venema (Eds.), *Migranten en gezondheidszorg* (pp. 62-77). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Fransen, G. (2005, 11 Mei). Illegalen tuk op transplantaties. Als toerist binnen, als illegaal op de dure operatietafel. *De Standaard*, p. 2

Fransen, G. (2006, 28-29 Januari). Nederlandse wetenschapper ziet 150.000 illegalen in België. *De Standaard*, p. 13.

Fransen, G., & Ghijs, I. (2006, 21 Februari). De illegalen spreken. *De Standaard*, p. 1.

Gepts, W. (1997). *Mensen zonder papieren. De illegaal in een papieren maatschappij*. Z. p.: Auteur.

Ghijs, I. (2006, 15 Juni). Dringende medische hulp voor illegalen stijgt spectaculair. *De Standaard*, p. 1.

Grimmeau, J.P. (1993). De immigratiegolven en de spreiding van de vreemdelingen in België. In W. De Lannoy (Ed.), *Bevolkingsgeografie*. Niet gepubliceerde cursus (2003-2004), Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

Grouwels, M. (2000). Maatschappelijke dienstverlening door het O.C.M.W.. In D. Cuypers, B. Hubeau, & M.-C. Foblets (Eds.), *Migratie- en migrantenrecht. Recente ontwikkelingen* (pp. 351-383). Brugge: die Keure.

Interdepartementale Commissie Etnisch-culturele Minderheden. (2004). *Het Vlaamse beleid naar etnisch-culturele minderheden. Jaarrapport 2002-2003*. Brussel: Vlaamse Overheid.

Kool, J., & Kaasenbrood, A. (2002). Asielzoeker: klant tegen wil en dank. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57 (1), p.24-34.

Louckx, F., & Van Wanseele C. (1998). *De eerste lijn in beweging. Forfaitaire geneeskunde als structureel alternatief voor prestatiegeneskunde?* Brussel: VUBPress.

Martiniello, M., & Rea, A. (2003). *Belgium's Immigration Policy Brings Renewal and Challenges*. Niet gepubliceerd document, CEDEM en GERME, Luik, Brussel.

Medimmigrant. (2004a). Gezondheidszorg en verblijfsstatuten. Geraadpleegd op 23 februari, 2006, op <http://www.medimmigrant.be/gezondheidszorg%20en%20verblijfsstatuten.nl.pdf>

Medimmigrant. (2004b). *Toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf. De inhoud, draagwijdte en procedure 'dringende medische hulp'*. Geraadpleegd op 14 november, 2005, op <http://www.medimmigrant.be/dmh.tekst%20voor%20website.pdf>

Medimmigrant. (2004c). *Vrije keuze van zorgverstreker voor patiënten afhankelijk van OCMW-steun*. Geraadpleegd op 16 april, 2006, op <http://www.medimmigrant.be/Vrije%20keuze%20zorgverstreker%20sept%202004.nl.pdf>

Medimmigrant. (z.d.). *Het recht op OCMW-steun voor mensen zonder wettig verblijf*. Geraadpleegd op 16 juni, 2006, op <http://www.medimmigrant.be/OCMW-steun%20voor%20mzvw%20nl.pdf>

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (1998). *Ziek en zonder papieren. Een praktische handleiding over gezondheidszorg voor vreemdelingen zonder wettig verblijf*. Brussel: MSMZP.

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (2000). *Wacht tot vannacht. Chronisch zieke minderjarigen zonder wettig verblijf in de Belgische gezondheidszorg*. Brussel: MSMZP.

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (2001). *Jaarverslag 2000*. Brussel: MSMZP.

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (2003). *Vreemdelingen zonder wettig verblijf. Wie zijn ze? Wat zijn hun rechten?* Brussel: MSMZP.

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (2004). *Jaarverslag 2003*. Brussel: MSMZP.

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (2005). *Jaarverslag Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren 2004*. Brussel: MSMZP.

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (z.d.(a)). *Het bekomen (of behouden) van een verblijfsstatus omwille van medische redenen. Een samenvatting*. Geraadpleegd op 16 juni, 2006, op <http://www.medimmigrant.be/verblijfsstatus.ned.web.pdf>

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (z.d.(b)). *Visum om medische redenen en tenlasteneming*. Geraadpleegd op 16 juni, 2006, op <http://www.medimmigrant.be/visa.ned.web.pdf>

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (z.d.(c)). *De ziekteverzekering voor mensen zonder wettig verblijf. Een samenvatting*. Geraadpleegd op 16 juni, 2006, op <http://www.medimmigrant.be/ziekteverzekering.ned.web.pdf>

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (z.d.(d)). *Rechtsbronnen inzake gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf*. Geraadpleegd op 16 juni, 2006, op <http://www.medimmigrant.be/rechtsbronnen.toegang%20tot%20gezondheidszorg.pdf>

Medisch Steunpunt Mensen Zonder Papieren, & Artsen Zonder Grenzen. (2001). *Gezondheidszorg aan mensen zonder wettig verblijf: Een gemeenschappelijke oproep*. Brussel: MSMZP, AZG.

Mertens, K. (2003). It takes two to tango. In I. Glorieux (Ed.), *Sociologie van de gelijkheid en ongelijkheid*. Niet gepubliceerde cursus (2003-2004), Vrije Universiteit Brussel, Brussel.

Neuckens, D., Bruggen, W., & Somers, E. (2003). *In slechte papieren. Opvangbeleid voor mensen zonder wettig verblijf in Vlaanderen*. Brussel: VMC.

Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen. (2003). *Toegang tot de gezondheidszorg voor mensen zonder wettig verblijf*. Geraadpleegd op 19 november, 2005, op http://www.orientatiepunt.be/documents/dringende_medische_hulp.pdf

Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen, Medimmigrant, & Ondersteuningspunt Medische Zorg De Acht (2006, April). *Medische Nieuwsbrief nr.3 April 2006*. Geraadpleegd op 14 april, 2006, op <http://www.medimmigrant.be/Medische%20Nieuwsbrief%20april%202006%20NL.pdf>

Overlegcentrum voor Integratie van Vluchtelingen vzw. (1997). *Vluchtelingenonthaal in de praktijk*. Brussel: OCIV vzw.

Peeters, T. (2006, 20 Juni). Aantal asielaanvragen daalt spectaculair. *De Morgen*, p.4.

Peeters, T., & Van Impe, L. (2006, 14 Juni). Optimistische Dewael hoopt op asielakkoord. *De Morgen*, p.4.

Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants. (2001). *Health Care For Undocumented Migrants. Germany, Belgium, The Netherlands, United Kingdom*. Brussel: PICUM.

Scott, P. (2004). Undocumented migrants in Germany and Britain: the human rights and wrongs regarding access to health care. *Electronic Journal of Sociology*, geraadpleegd op 3 juni, 2006, op <http://www.sociology.org/content/2004/tier2/scott/html>

Steunpunt Mensen Zonder Papieren. (2003). *Voedselzekerheid voor mensen zonder wettig verblijf in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Alles kan beter!?* Brussel: Auteur.

Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. (2003). *In dialoog. Tweejaarlijks verslag – december 2003*. Brussel: Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding.

Stokx, R. (1996). De sociale zekerheid en de illegaal. In Instituut voor Sociaal Recht, Faculteit Rechtsgeleerdheid, K.U.Leuven (Ed.), *Vreemdelingen en sociale zekerheid* (pp. 45-62). Gent: Mys & Breesch.

Vakgroep Huisartsengeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg. (2003). *Toegankelijkheid in de gezondheidszorg, eindrapport. Deelrapport 4: De toegankelijkheid van de gezondheidszorg gezien door mensen in armoede*. Gent: Universiteit Gent.

Van Den Muijsenbergh, M.E.T.C. (2000). Illegaal en ziek. *Bijblijven*, 16 (6),

Vanroelen, C., Smeets, T., & Louckx, F. (2004). *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg*. Gent: Academia Press.

Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten. (2006). *Medische kaart. De betalingsverbintenis voor medische kosten van OCMW-cliënten*. Geraadpleegd op 20 april, 2006, op <http://www.vvsg.be/nl/welzijn/welzijn/detail.shtml?number=11131>

Vlaams Minderhedencentrum. (2005a). *Asiel. Van asielzoeker tot erkende vluchteling*. Geraadpleegd op 28 maart, 2006, op <http://www.vmc.be/thema.aspx?id=411>

Vlaams Minderhedencentrum. (2005b). *Vlaams minderhedenbeleid*. Geraadpleegd op 28 maart, 2006, op <http://www.vmc.be/thema.aspx?id=932>

Vlaams Minderhedencentrum. (2005c). *Etnisch-culturele minderheden*. Geraadpleegd op 28 maart, 2006, op <http://www.vmc.be/thema.aspx?id=929>

Vlaams Minderhedencentrum. (2005d). *De asielprocedure*. Geraadpleegd op 28 maart, 2006, op <http://www.vmc.be/thema.aspx?id=412>

Vlaams Minderhedencentrum. (2005e). *Hervorming asielprocedure*. Geraadpleegd op 15 juni, 2006, op <http://www.vmc.be/thema.aspx?id=418>

Vlaams Minderhedencentrum. (2005f). *Regularisatieaanvraag. Wanneer zij er buitengewone omstandigheden*. Geraadpleegd op 16 juni, 2006, op <http://www.vmc.be/vreemdelingenrecht/wegwijs.aspx?id=85>

Vlaams Minderhedencentrum. (2005g). *Procedure tot regularisatie van verblijf. Hoe dien ik een aanvraag artikel 9, lid 3 in?* Geraadpleegd op 6 juni, 2006, op <http://www.vmc.be/vreemdelingenrecht/wegwijs.aspx?id=81>

Vluchtelingenwerk Antwerpen vzw. (2006). *Hulp aan 'illegalen': mag da? Ja, da mag!* Geraadpleegd op 3 April, 2006, op <http://www.de8.be/magda.htm>

Wets, J. (Ed.).(2001). *Migratie en Asiel: vluchten kan niet meer. Syntheserapport van een onderzoeksproject inzake het migratie- en asielbeleid in België*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.

Yildirim, S., & Leyman, D. (z.d.). *Etnisch-culturele minderheden in Vlaanderen*. Brussel: Vlaams Minderhedencentrum.

Overzicht van de bijlagen

- Bijlage I: Overzichtslijst eerstelijnsdiensten Brussel
- Bijlage II: Het KB van 12 december 1996 betreffende de Dringende Medische Hulp aan
vreemdelingen die illegaal in het Rijk verblijven
- Bijlage III: Transcriptie van de interviews (zie aparte bundel)