

Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus

Eerste inventarisatie van knelpunten

Juni 2009

Breed Medisch Overleg

p/a: Stichting LOS, Kanaalstraat 243, 3531 CJ Utrecht

info@stichtinglos.nl, 030-2990222

Verantwoording

Sinds 1 januari 2009 is de Regeling Stichting Koppeling komen te vervallen en is het College voor zorgverzekeringen, op grond van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet, verantwoordelijk voor het verstrekken van bijdragen aan zorgverleners die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde in betalingsonmacht verkerende groepen vreemdelingen zonder wettelijke verblijfsstatus. Het CVZ monitort als onderdeel van zijn uitvoeringstaak de regeling en rapporteert zijn bevindingen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Voor u ligt de eerste inventarisatie van het Breed Medisch Overleg¹ naar de toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg voor de groep 'illegale vreemdelingen', zoals die door betrokkenen in het veld wordt ervaren. In het document wordt een samenvatting gegeven van de knelpunten die door betrokkenen zijn geconstateerd in de periode januari-juni 2009.

Deze inventarisatie pretendeert geen totaaloverzicht te geven van alle bestaande knelpunten in de toegang tot zorg van de groep ongedocumenteerde migranten in Nederland. Daarvoor is de groep migranten (nog) onvoldoende onzichtbaar voor een groot aantal instanties, zorgverleners en zelfs hulporganisaties. Reden hiervoor is onder meer de angst die men heeft om aangegeven te worden bij politie of justitie en onvoldoende kennis over hun rechten en mogelijkheden om zorg te krijgen. Daarnaast is 'het monitoren van knelpunten' geen kerntaak van (de meeste) genoemde organisaties en ontbreken capaciteit en financiën om dit uitgebreid te kunnen doen. Resultaat is een eerste inventarisatie, gebaseerd op kwalitatieve gegevens, die op een nader moment vervolg kan krijgen.

Leeswijzer

In de inleiding wordt allereerst algemene informatie gegeven over illegale vreemdelingen, hun zorgbehoefte en hun rechten en plichten met betrekking tot gezondheidszorg. Hoofdstuk 2 geeft uitleg over hoe de inventarisatie tot stand is gekomen.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de knelpunten die illegale vreemdelingen ondervinden in de toegang tot de Nederlandse gezondheidszorg. Paragraaf 1 geeft een overzicht van de algemene knelpunten, paragraaf 2 tot en met 4 bespreekt knelpunten in de eerste, tweede en derdelijns gezondheidszorg. Paragraaf 5 gaat specifiek in op de toegang tot zorg voor kinderen zonder wettelijke verblijfsstatus.

In hoofdstuk 4 worden de knelpunten samengevat en conclusies getrokken. Het document sluit af met aanbevelingen in hoofdstuk 5.

¹ Het Breed Medisch Overleg (BMO) is een netwerk van organisaties en personen die betrokken zijn bij de medische zorg voor mensen zonder verblijfsvergunning. Het BMO is opgezet door het Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt (LOS). Deelnemers zijn o.a. Dokters van de Wereld, Pharos, Lampion, Ondersteuningscomitee Illegale Arbeiders (OKIA), Samen Kerk In Nederland (SKIN), Landelijke Huisartsen Vereniging, Maria van de Muijsenberg (huisarts/ onderzoeker Universiteit Medisch Centrum St. Radboud/ Pharos), Rotterdams Ongedocumenteerden Steunpunt (ROS), Vluchtelingen in de Knel Eindhoven, Stichting Gezondheidszorg Illegalen Leiden (GIL) en organisaties die betrokken zijn bij onderzoek, beleid of uitvoering van de gezondheidszorg.

Inhoudsopgave

Verantwoording

Leeswijzer

1 Inleiding	4
2 Werkwijze	6
3 Knelpunten in de toegankelijkheid van de zorg	7
3.1 Algemene knelpunten	7
3.1.1 Medisch Noodzakelijke zorg.....	7
3.1.2 Aanbesteding.....	7
3.1.3 Verhaalplicht.....	8
3.1.4 Informatievoorziening.....	8
3.1.5 Regionale Monitoring.....	9
3.1.6 Afhankelijkheid hulporganisaties	9
3.2 Eerstelijns gezondheidszorg	10
3.2.1 Huisartsen.....	10
3.2.2 Tandartsen	11
3.2.3 Verloskundigen en kraamhulpen.....	12
3.2.4 Fysiotherapeuten.....	11
3.2.5 Eerstelijns GGZ	12
3.2.6 Apotheken	12
3.2.7 Laboratoria	13
3.3 Tweedelijns gezondheidszorg	13
3.3.1 Ziekenhuizen	13
3.3.2 Tweedelijns GGZ.....	14
3.4 Derdelijns gezondheidszorg	15
3.4.1 AWBZ en GGZ Instellingen.....	14
3.5 Gezondheidszorg voor kinderen zonder wettelijke verblijfsstatus	14
3.5.1 Recht op zorg.....	14
3.5.2 Zorgbehoefte.....	15
3.5.3 Knelpunten in de toegang tot zorg.....	15
4 Samenvatting en Conclusies	18
5 Aanbevelingen	19

Bijlage I: Financieringsstructuur voor 2009

Bijlage II: Financieringsstructuur vanaf 2009

Bijlage III: Declaratie- en protocolformulieren

1 Inleiding

In Nederland verblijven tussen de 75.000 en 185.000 mensen zonder verblijfsvergunning, waarvan tussen de 60.000 – 115.000 mensen van buiten Europa². Eenderde van de groep is vrouw. De reden van hun verblijf in Nederland is verschillend, hun illegaliteit heeft meestal te maken met het feit dat hun migratiereden niet erkend wordt (geen erkend asielverzoek, geen erkend recht op familieleden, geen erkende arbeidsmigratie). Een deel van hen is nog verwickeld in een toelatingsprocedure, en is rechtmatig in Nederland.

Sinds de Koppelingswet in 1998 hebben mensen zonder verblijfsvergunning beperkte of geen toegang meer tot voorzieningen van de overheid. Zij mogen geen gebruik maken van het stelsel van sociale huurwoningen, zij mogen niet werken en hebben geen toegang tot uitkeringen. Dat betekent dat zij leven van giften of van de grijze economie, en dat zij inwonen of onderhuren. Ze hebben geen zekerheid over deze voorzieningen: giften kunnen opdrogen, de hoofdbewoner kan hen de huur opzeggen of hen het huis uitzetten. Bijna iedere migrant zonder verblijfsvergunning kent dan ook nachten waarin hij geen dak boven het hoofd heeft, en dagen waarin hij geen geld heeft om normaal te eten. De ongezonde leefomstandigheden en de onzekerheid hebben gevolgen voor de gezondheid: uit een nog niet gepubliceerd onderzoek onder uitgeprocedeerde asielzoekers in Utrecht in de periode vóór het Generaal Pardon³ blijkt dat meer dan de helft van de doelgroep één of meer medische problemen had. Vooral psychische klachten komen veel voor, daarnaast wordt geklaagd over maagdarm klachten, gewrichtspijn, en over kiespijn. Eerder onderzoek⁴ naar de leefsituatie van illegale vreemdelingen uit de periode vóór de ingang van de Koppelingswet meldt dat 60% van de doelgroep medische klachten heeft, en noemt hierbij stress en depressiviteit, rugaandoeningen en maagpijn als belangrijkste klachten.

De Koppelingswet heeft voor de gezondheidszorg een uitzondering gemaakt op het principe dat mensen zonder verblijfsvergunning geen toegang tot overheidsvoorzieningen hebben. De toegang tot medisch noodzakelijke zorg is uitgesloten van het koppelingsbeginsel. Als de patiënt niet kan betalen, kan de zorgverlener gecompenseerd worden. Sinds 1998 verliep deze vergoeding voor de eerste lijnszorg (huisarts, tandarts, vroedvrouw, apotheek) via het Koppelingsfonds. Ziekenhuizen moesten de kosten via de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren afschrijven. Voor de AWBZ-zorg kon tot 2004 ook een beroep gedaan worden op het Koppelingsfonds, deze mogelijkheid is daarna vervallen (zie Bijlage I voor de financieringsstructuur tot 1 januari 2009).

Vanaf 1 januari 2009 is de regeling vergoeding medische zorg aan onverzekerbare vreemdelingen overgegaan naar het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zoals vastgelegd in het artikel 122a van de Zorgverzekeringswet (zie Bijlage II). Het College voor zorgverzekeringen kan bij direct toegankelijke zorg een vergoeding van 80% aan de zorgverlener betalen: dit betreft in de praktijk vooral huisartsen, EHBO en tandartsen voor patiënten onder de 22 jr. Alle zorg rondom zwangerschap en bevalling wordt voor 100% vergoed. Voor andere instellingen heeft het CVZ contracten afgesloten: gecontracteerde instellingen worden volgens het contract gecompenseerd, dit betreft apotheken, ziekenhuizen, AWBZ en GGZ-instellingen.

² Heijden, P.G.M. van der, G. van Gils, M. Cruijff en D. Hessen

Een schatting van het aantal in Nederland verblijvende illegale vreemdelingen in 2005

Utrecht, IOPS (Interuniversitaire Onderzoekschool voor Psychometrie en Sociometrie), Universiteit Utrecht, 2006

³ Kox, M. H.

Leefsituatie uitgeprocedeerde asielzoekers in Utrecht,

Utrecht, Stichting LOS, 2009 (nog te verschijnen)

⁴ Burgers, J. en G. Engbersen (red)

De ongekende stad 1; illegale vreemdelingen in Rotterdam, Amsterdam, Boom, 1999

De regeling geldt voor vreemdelingen die zich niet kunnen verzekeren omdat ze geen verblijfsvergunning hebben. Daaronder vallen ook mensen die rechtmatig verblijf hebben omdat ze in een toelatingsprocedure verwickeld zijn, bijvoorbeeld voor een verblijfsvergunning op medische gronden. Asielzoekers zijn via het COA verzekerd.

2 Werkwijze

Deze inventarisatie omvat voornamelijk kwalitatieve gegevens, omdat de aantallen van verzamelde knelpunten geen representatief beeld geven van de werkelijke omvang van het probleem. Zo is bijvoorbeeld het Meldpunt 'Incidenten in toegang tot zorg' nog in haar opstartfase en rapporteren veel (kleinere) hulporganisaties niet de knelpunten, vanwege tijdgebrek of onbekendheid waar dat mogelijk is.

De gemelde signalen worden in de rapportage samengevat weergegeven, met ter illustratie een aantal praktijkvoorbeelden. De gegevens zijn verzameld via verschillende kanalen:

1. Het Meldpunt 'Incidenten in toegang tot zorg', in januari 2009 opgezet door Lampion en Dokters van de Wereld.
2. Informatie door deelnemende organisaties aan platforms, zoals het PMZV (Platform Migranten Zonder Verblijfsvergunning, landelijk), het BMO (Breed Medisch Overleg, landelijk), Breedstedelijk Overleg (Den Haag), RIO (Rotterdams Illegalen Overleg). In verschillende bijeenkomsten van deze platforms stond 'toegang tot zorg' als enig punt op de agenda vanwege de grote hoeveelheid vragen en meldingen omtrent de nieuwe financiële situatie.
3. Face-to-face interviews met:
 - Hulporganisaties (Dokters van de Wereld, Lampion, Vluchteling in de Knel, Vluchtelingen Ondersteuning Tilburg, Rotterdams Ongedocumenteerden Steunpunt, Straatdokters Rotterdam, Gezondheidszorg Illegalen Leiden, Wereldhuis, STIL);
 - College voor zorgverzekeringen;
 - een GGD;
 - Koepelverenigingen (Landelijke Huisartsen Vereniging, Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, een aantal Verloskundige kringen, GGZ Nederland).
4. Telefonische interviews met een drietal financiële afdelingen van ziekenhuizen.

3 Knelpunten in de toegankelijkheid van de zorg

De inventarisatie richt zich op de toegang van gezondheidsvoorzieningen voor illegale vreemdelingen sinds de invoer van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet. Er worden verschillende oorzaken voor knelpunten in de toegang tot de zorg onderscheiden. Een aantal knelpunten bestond al voor 2009^{5,6,7}. Daarnaast zien we sinds de ingang van artikel 122a andere knelpunten ontstaan, die specifiek gerelateerd zijn aan de inhoud van het wetsartikel of de praktische implementatie hiervan

Eerst komen algemene knelpunten aan bod. De eerste twee zijn zogenaamde 'nieuwe' knelpunten. De knelpunten genoemd onder 3.1.3 - 3.1.6 werden ook al gesignaleerd ten tijde van het Koppelingsfonds. Onder paragraaf 3.2 worden de specifieke knelpunten per zorglijn apart besproken, aangezien de praktische regelingen met betrekking tot het declareren die voortvloeien uit het wetsartikel voor de verschillende zorglijnen ook verschillend zijn.

3.1 Algemene knelpunten

3.1.1 Medisch Noodzakelijke Zorg

Er is door de Commissie Klazinga⁸ invulling gegeven aan de term medisch noodzakelijke zorg. Deze is door de Commissie gedefinieerd als 'verantwoorde en passende medische zorg'. Ook tandheelkundige zorg en fysiotherapie kunnen onder deze definitie vallen.

Bij het opstellen van artikel 122a is deze definitie niet als zodanig overgenomen. De term medisch noodzakelijke zorg wordt hierin als volgt omschreven: *zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet of in artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (...)*. Medisch noodzakelijke zorg wordt ten onrechte gekoppeld aan het basispakket zorgverzekeringen.

3.1.2 Aanbesteding

Onder artikel 122 valt ziekenhuis- en farmaceutische zorg, voor zover het planbare zorg betreft, onder het begrip niet direct toegankelijke zorg. Vergoeding van deze zorg kan alleen plaatst vinden in door CVZ per regio gecontracteerde ziekenhuizen en apotheken. In de aanbestedingsprocedure voor deze contracten telden financiële aspecten voor 90% mee in de weging. Daarmee leken inhoudelijke aspecten geen verschil te kunnen maken. (Misschien ten overvloede: Europese richtlijnen sluiten niet uit dat binnen een transparante aanbestedingsregeling ook inhoudelijke aspecten zwaar wegen.)

⁵ **Inspectie voor de Gezondheidszorg**

Staat van de gezondheidszorg 2005. Openbare gezondheidszorg: hoe houden we het volk gezond?
Den Haag, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005

⁶ **Leun, J. van der**

Looking for loopholes. Processes of incorporation of illegal immigrants in the Netherlands
Rotterdam, Erasmus Universiteit, 1998

⁷ **Muijsenbergh, M. van den**

Ziek en geen papieren. Gezondheidszorg voor mensen zonder geldige verblijfspapieren.
Utrecht, Pharos, 2004

⁸ **Klazinga, N.S., E.J.J.M. Bloemen, J.J.M. van Buuren e.a.**

Arts en Vreemdeling
Zeist, Pharos, 2007

Voor de apotheken is gestreefd naar het contracteren van 401 apotheken: één per gemeente, met uitzondering van Amsterdam en Rotterdam waar er respectievelijk 5 en 3 zijn gecontracteerd. Op dit moment zijn nog 72 percelen leeg⁹. Voor het contracteren van ziekenhuizen is uitgegaan van GGD-regio's als planningseenheid. Binnen de 29 bestaande GGD regio's in 2009, is gestreefd naar het contracteren van 26 ziekenhuizen. Op dit moment zijn 4 van de 26 percelen nog leeg (Twente, Rivierenland, Waardenland, Zuid-Hollandse eilanden).

Het contracteren van een beperkt aantal apotheken en ziekenhuizen om zo specialistische dienstverlening te bieden kan een voordeel zijn. Of dit daadwerkelijk voordelen oplevert in de feitelijke toegang tot zorg kan op dit moment nog niet worden beoordeeld. De aanbesteding heeft echter wel een aantal knelpunten opgeworpen. Het als uitgangspunt nemen van GGD-regio's voor het contracteren van ziekenhuizen geeft verschillende nadelen: sommige regio's zijn erg groot (b.v. Friesland) waardoor reistijd en kosten oplopen en bovendien zijn er een aantal grote steden zonder gecontracteerd ziekenhuis (b.v. Tilburg, Leiden), terwijl daar relatief veel illegalen verblijven. Het gevolg is een fysieke barrière tot de toegang van zorg.

Uit gesprekken blijkt dat van alle aanbestedingscriteria de geboden prijs voor 80% heeft meegewogen; ervaring met en bekendheid bij de doelgroep waren van ondergeschikt belang. Dit heeft geleid tot ongewenste effecten, bijvoorbeeld het geen ervaring hebben met dienstverlening aan illegale vreemdelingen (b.v. Leiden), en/of het op grote afstand zijn van het woongebied van het merendeel van de illegale vreemdelingen (b.v. Den Haag en Eindhoven). Bovendien was de periode waarbinnen gereageerd kon worden om een kans te maken op de aanbesteding erg kort. Hierdoor heeft een aantal apotheken en ziekenhuizen zich niet kunnen inschrijven terwijl zij mogelijk een goede kandidaat voor het contract waren geweest.

(Groningen, februari 2009)

“De farmaceutische zorg voor ongedocumenteerden moet nu in een apotheek in een (buiten)wijk van de stad worden gehaald, voorheen was dat in de binnenstad. De reistijd en –kosten worden hoog en soms zijn patiënten te ziek om zo ver te reizen.”

(citaat van steunorganisatie)

3.1.3 Verhaalplicht

Problemen met de verhaalplicht bestonden ook ten tijde van het Koppelingsfonds. Dit gold vooral voor de tweedelijns instellingen die gebruik maakten van de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Er zijn signalen dat de verhaalplicht nu, meer dan in het verleden, belemmeringen opwerpt in de eerste lijn. De verhaalplicht vereist dat zorgverleners vaststellen of (delen van) de kosten van de verleende zorg op de vreemdeling verhaald kunnen worden. Instellingen moeten tevens specifiek aan het CVZ melden welke activiteiten zijn ondernomen om betaling van de nota door de vreemdeling te bevorderen. Zorgverleners en apotheken hoeven dit niet (zie bijlage III voor declaratie en protocolformulieren).

Tegenover het recht op zorg bestaat in principe de plicht tot betaling. Voor vreemdelingen zonder formeel inkomen is het meestal niet haalbaar om hoge zorgrekeningen te betalen. In dit kader zien we grote belemmeringen in de manier waarop de verhaalplicht op dit moment

⁹ College voor zorgverzekeringen
Monitor gefinancierde zorgverlening illegale vreemdelingen
Diemen, 31 maart 2009

in de praktijk wordt gebracht. Het vragen om betaling en het opsturen van rekeningen en herinneringen schrikt illegale vreemdelingen af en ze verdwijnen uit het zorgproces. Vooral wanneer zij niet weten dat dit deel uitmaakt van formele activiteiten die voortvloeien uit de verhaalplicht. Het inschakelen van een incassobureau geeft de vreemdeling veel stress en onzekerheid en levert uiteindelijk vaak niets op. Door de individuele zorgverlener wordt de verhaalplicht vaak als een grote last gezien; het schaadt de arts-patiënt vertrouwensrelatie en is een extra administratielast.

3.1.4 Informatievoorziening

Een groot knelpunt is de onwetendheid over de nieuwe regeling bij zowel de patiënten, individuele zorgverleners als instellingen. Informatievoorziening is altijd al een punt van zorg geweest.

Bij het invoeren van de nieuwe regeling heeft het CVZ de formele informatievoorziening aan zorgverleners en instellingen op zich genomen. Ondanks het aanbieden van informatie via een éénmalige brief, de CVZ website en een telefonische helplijn blijkt dat ook nu (juni 2009) nog niet iedereen op de hoogte is van de (juiste) informatie. Medewerkers die op cruciale (toegangs)plekken binnen de gezondheidszorg werkzaam zijn, zoals baliemedewerkers en administratieve krachten, beschikken vaak over onvoldoende kennis. Hierdoor worden patiënten onnodig weggestuurd aan de balie, wordt men soms gedwongen tot betalingsregelingen die men niet kan nakomen of wordt men naar een niet-gecontracteerde apotheek of ziekenhuis verwezen. Dit laatste kan verstrekkende financiële gevolgen hebben voor een patiënt wanneer na behandeling blijkt dat hij/zij (een deel van) de rekening niet kan betalen en de apotheek of instelling geen recht heeft om aanspraak te maken op de tegemoetkoming in kosten.

Patiënten zonder wettelijke verblijfsstatus kunnen niet formeel voorgelicht worden over het recht op medisch noodzakelijke zorg en de mogelijkheden van toegang tot gezondheidsvoorzieningen. Onbekendheid met de eigen rechten en plichten leidt tot belemmeringen in de zoektocht naar zorg en tijdens het zorgproces en kan schade voor de gezondheid tot gevolg hebben. Op dit moment nemen de hulporganisaties veelal de taak van voorlichting aan vreemdelingen op zich, voorbeelden hiervan zijn de noodopvangen voor uitgeprocedeerde asielzoekers, de Kruispost in Amsterdam, Pharos/ Lampion en Dokters van de Wereld. In sommige steden zijn ook GGD, kerken, zelforganisaties en maatschappelijke organisaties actief als intermediair naar medische zorg voor illegalen. Het is belangrijk dat zij dit kunnen blijven doen. Het zou te overwegen zijn hen hiervoor te faciliteren.

3.1.5 Regionale monitoring

Onder de Regeling Stichting Koppeling werkte de Stichting Koppeling nauw samen met de regionale platforms die over het algemeen bestonden uit de GGD-en, verenigingen van zorgverleners en één of enkele hulporganisaties. Daarnaast verliepen de declaraties van de eerste lijn (huisartsen, apotheken, vroedvrouwen en tandartsen) via de GGD-en. De kennisuitwisseling in regionale platforms en de informatie die de GGD-en ter ore kwam kon ingezet worden om de zorgbehoefte en zorgverlening van deze specifieke groep patiënten in de regio te monitoren en om te bemiddelen in knelpunten.

Sinds 2009 bestaan de regionale platforms formeel niet meer en gaan declaraties van apotheken rechtstreeks naar het CVZ. Het wegvallen van deze instrumenten perkt de mogelijkheden in die belangrijk zijn om de publieke gezondheid op regionaal niveau te kunnen garanderen.

3.1.6 Afhankelijkheid van de hulporganisaties

Veel illegalen zijn bang dat ze zonder verzekering niet geholpen zullen worden, dat ze geld moeten betalen, of dat ze verraden kunnen worden. Daarnaast moet ook opgemerkt worden dat vreemdelingen niet bekend zijn met het gezondheidssysteem in Nederland; het bestaan van een huisarts met de functie als poortwachter tot de rest van de gezondheidszorg is voor hen niet gebruikelijk. In landen van herkomst gaat men vaak gelijk naar de Eerste Hulp van een ziekenhuis. Ook is er in veel landen geen verzekeringsstelsel. Vreemdelingen zijn gewend om direct te betalen voor kosten en komen niet op het idee om in Nederland op zoek te gaan naar mogelijkheden om kosten te laten vergoeden.

Hulporganisaties hebben, zoals gezegd, een grote rol in het voorlichten van patiënten en zorgverleners. Zij begeleiden veel illegale migranten naar het eerste contact in de zorg en vervolcontacten tijdens het zorgproces. Vaak wordt er contact opgezocht met de zorgverlener of instantie die dan wordt voorgelicht over diens rechten en plichten. Hulporganisaties zien echter slechts een klein deel van de gehele populatie illegale vreemdelingen die in Nederland verblijven. Er is geen zicht op mensen die zonder tussenkomst van hulporganisaties zorg vragen en vervolgens geweigerd worden. Er wordt geconstateerd dat de bemiddeling van hulporganisaties belangrijk is om toegang tot de gezondheidszorg te realiseren.

3.2 Eerstelijns gezondheidszorg

3.2.1 Huisartsen

De huisartsenzorg lijkt binnen de nieuwe regeling nog steeds redelijk toegankelijk te zijn. Hulporganisaties die als intermediair functioneren hebben vaak een netwerk opgebouwd van huisartsen waar naar verwezen kan worden. Zij zijn redelijk op de hoogte van de regelingen en hier doen zich geen knelpunten voor. Er zijn wel signalen dat enkele huisartsen die ten tijde van het Koppelingsfonds illegale vreemdelingen behandelden dit nu niet meer doen doordat nog maar 80% van de oninbare kosten gedeclareerd kan worden.

Huisartsen die incidenteel met een illegale vreemdeling worden geconfronteerd zijn vaak onbekend met de regelingen. Sommige huisartsen verlenen de eerste keer een gratis consult, maar vaak wordt de patiënt verzocht de gehele rekening te betalen. Betrokkenen geven aan dat een deel van de patiënten de rekeningen niet betaalt en vervolgens niet naar de arts terug durft te gaan. Een ander deel gaat op zoek naar ondersteuning door een hulporganisatie voor bemiddeling.

Er worden verschillende knelpunten gesignaleerd bij de doorverwijzing naar de tweede lijn: huisartsen zijn nog niet op de hoogte welke instellingen zijn gecontracteerd en het verwijzen naar een op afstand gelegen ziekenhuis verloopt moeizaam.

(Amsterdam, maart 2009)

Patiënt (37) is naar het Amsterdams Medisch Centrum verwezen door de huisarts. Deze is niet op de hoogte van de nieuwe regeling met CVZ en verwijst verder naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis. Aldaar wordt de patiënt verzocht 100 euro te betalen voordat überhaupt een afspraak is gemaakt. De patiënt leent dit geld, maar maakt zich zorgen over de verdere bekostiging van de zorg. Na in contact te zijn gekomen met een intermediaire organisatie besluit de patiënt zijn afspraak af te zeggen en naar het gecontracteerde ziekenhuis te gaan. De aanbetaling van 100 euro heeft hij teruggevraagd en gebruikt voor de behandeling bij het gecontracteerde ziekenhuis

Wanneer een arts onvoldoende over de regelingen weet, wordt ook soms doorverwezen naar een niet-gecontracteerde instelling voor tweedelijns zorg, wat later in het zorgproces tot grote problemen kan leiden in de financiële afhandeling van rekeningen.

3.2.2 Tandartsen

Uit de inventarisatie blijkt dat door de invoering van artikel 122a de tandheelkundige zorg voor mensen boven de 22 jaar vrijwel ontoegankelijk is geworden, voor degenen die de rekening niet zelf kunnen betalen. Voor het verlenen van tandheelkundige zorg voor personen onder de 22 jaar kan de tandarts 80% van de oninbare kosten declareren.

Rekeningen zijn vrijwel altijd te hoog voor deze groep om geheel zelf te betalen. Vanwege de onevenredige verdeling van de doelgroep over bepaalde steden en wijken en vanwege de relatief hoge materiaalkosten kunnen de tandartsen zelf ook niet de behandelkosten op zich nemen. Ook de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (NMT) ervaart dit als een problematisch punt.

Tandheelkundige problemen en bijbehorende pijn zijn ondraaglijk en het is medisch noodzakelijk om klachten adequaat en op tijd te behandelen. Bovendien kunnen tandheelkundige problemen uitwerking hebben op het gehele lichaam en het is in het belang van de algemene gezondheid van de patiënt om op tijd te behandelen. Niet-westerse migranten hebben nog eens extra behoefte aan tandheelkundige zorg, omdat de mondverzorging in de jeugd, die essentieel is voor tandheelkundige gezondheid op latere leeftijd, vaak te wensen overlaat.

Een voorbeeld van een ernstig incident wordt beschreven in een artikel van Trouw¹⁰ (zie bijlage IV). Het totaal aantal incidenten tot nu toe is niet duidelijk. De wijze van monitoring van tandzorg die het CVZ voorstaat door de consulten bij kaakchirurgen nader te bekijken, zal naar verwachting geen duidelijk inzicht geven in de werkelijke omvang van het probleem, omdat er veel mensen zijn die niet zolang (kunnen) wachten totdat een kaakchirurg echt nodig is, en hun heil zoeken bij lokale initiatieven die in verschillende steden (b.v. Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Nijmegen, Eindhoven) zijn ontstaan.

De initiatieven lopen uiteen van een enkele tandarts die 1 keer in de maand iemand gratis behandelt, tot noodfondsen van verzekeraars en fondsen van hulporganisaties die 80% van de oninbare kosten voor tandheelkundige zorg aan illegale vreemdelingen vergoeden. Deze initiatieven kunnen niet als structurele oplossing gezien worden.

(Groningen, februari 2009)

Een tandarts is in verschillende behandelingen vanaf 2008 het gebit van een volwassen vrouw aan het renoveren. Hij is niet bekend met de veranderingen per januari 2009, en stopt de behandeling, omdat hij denkt dat er geen vergoeding meer voor hem mogelijk is. Behandelingen in 2008 gestart vallen nog onder de Regeling Stichting Koppeling. De tandarts blijkt niet goed op de hoogte van de betalingsregelingen.

¹⁰ http://www.lampion.info/uploads/_site_1/Pdf/Documenten/Lampion/IllegaalEnTandarts.pdf

3.2.3 Verloskundigen en kraamhulpen

Verloskundigen en kraamhulpen mogen 100% van de oninbare kosten gerelateerd aan de zwangerschap declareren. Hierdoor zou er geen financiële barrière moeten zijn tot de toegang van zorg voor illegale vreemdelingen. Het blijkt echter dat niet alle zorgverleners en instellingen van de nieuwe regeling op de hoogte zijn.

3.2.4 Fysiotherapeuten

Fysiotherapeuten kunnen alleen oninbare kosten declareren voor behandelingen van chronische aandoeningen vanaf de 10^e behandeling. De eerste negen behandelingen voor behandelingen van chronische aandoeningen moeten zelf bekostigd worden. Voor niet chronische aandoeningen kunnen geen kosten gedeclareerd worden. Dit geldt voor patiënten ouder dan 18 jaar. Tot 18 jaar mogen oninbare kosten tot negen behandelingen gedeclareerd worden. Fysiotherapeutische zorg is vrijwel niet toegankelijk voor illegale vreemdelingen, die dat niet kunnen betalen. In de praktijk loopt men een paar keer per jaar tegen een klein aantal vreemdelingen voor wie deze zorg, volgens de definitie van de Commissie Klazinga, medisch noodzakelijk is. Het leidt tot uitstellen van deze zorg en wordt als een groot probleem ervaren.

(Den Haag, april 2009)

In verband met kaakklachten is dhr B. (26) door zijn huisarts verwezen naar de kaakchirurg. Vermoedelijk zijn de kaakklachten symptomen van een Posttraumatisch Stress Syndroom, als gevolg van oorlogservaringen in zijn thuisland Burundi. De kaakchirurg neemt de klachten serieus en verwijst de patiënt door naar een gespecialiseerde fysiotherapeut. De fysiotherapeut geeft aan geen behandeling te willen geven zolang de patiënt niet voor de zorg kan betalen.

3.2.5 Eerstelijns GGZ

Het is positief dat eerstelijns GGZ sinds dit jaar mogelijkheden heeft om kosten van verleende zorg aan illegale vreemdelingen bij het CVZ te declareren. Deze groep heeft veel belang bij een goede toegang tot de GGZ, gezien hun zorgbehoefte. Er is nog geen zicht op de feitelijke toegang tot deze zorg in de praktijk.

3.2.6 Apotheken

Het contracteren van een beperkt aantal apotheken om zo specialistische dienstverlening te bieden kan een voordeel zijn. Daarover kan op dit moment nog geen conclusie worden getrokken. Er worden wel knelpunten ervaren die te maken hebben met de aanbestedingsprocedure, zie 'Algemene Knelpunten'. De fysieke toegang tot de geneesmiddelenzorg is verminderd door het beperkte aantal apotheken dat is gecontracteerd en de reistijd en reiskosten zijn vaak voor een patiënt gestegen. Momenteel is er in 72 gemeenten nog geen apotheek gecontracteerd. Vooral in de buitensteden is het een probleem om apotheken hiervoor bereid te vinden. Het CVZ erkent dat dit een punt van zorg is⁶. Hier heeft overigens de KNMP in hun brief, d.d. 19 maart 2008, aan de Leden van de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor gewaarschuwd.

In de praktijk wordt gezocht naar mogelijkheden om de fysieke barrières tot de geneesmiddelenzorg op te heffen. Op sommige plaatsen proberen niet-gecontracteerde

apotheken (oninbare delen van) rekeningen via de gedeclareerde apotheek bij het CVZ te declareren. Op deze manier kunnen meerdere apotheken die officieel niet gecontracteerd zijn toegankelijk blijven voor vreemdelingen. Deze constructie wordt door het CVZ niet erkend, maar door verschillende zorgverleners, hulporganisaties en patiënten als gewenst ervaren.

Door de term medisch noodzakelijke zorg te koppelen aan het basispakket van zorgverzekeringen is het niet meer mogelijk om de kosten van bepaalde medicijnen te declareren, als blijkt dat de patiënt in betalingsonmacht verkeert. Het gaat dan om medicatie waar vreemdelingen veel beroep op doen gezien hun zorgbehoefte. Uit de inventarisatie blijkt dat dit een punt van zorg is.

Ook is het dossier van de apotheek die is gecontracteerd in veel gevallen niet meer gekoppeld met dat van de behandelende huisarts. De apotheek bevindt zich immers op grotere afstand en behoort niet vanzelfsprekend tot het cluster waar ook de huisarts deel van uitmaakt. Dat kan resulteren in slechtere kwaliteit van zorg.

3.2.7 Laboratoria en diagnostische centra

Er zijn meldingen dat patiënten aan de balie van een laboratorium of diagnostisch centrum (DC) werden geweigerd, omdat zij het gehele bedrag van het onderzoek niet vooraf konden betalen. Een van de redenen zou kunnen zijn dat het baliepersoneel niet goed op de hoogte is van de betalingsregelingen. Een ander knelpunt is de verschillende invulling van de verhaalplicht. Er zijn signalen dat niet alle instellingen verwijzingen van huisartsen accepteren. De instellingen die hebben aangegeven wel ongedocumenteerde patiënten te willen helpen, vereisen een aparte brief van de huisarts waarin wordt vermeld (ofwel 'bewezen') dat de patiënt ongedocumenteerd is. Naast de misvatting dat huisartsen dit bewijs zouden kunnen of moeten leveren, bestaat de zorg dat zulke individuele voorwaarden een extra barrière kunnen zijn bij de toegang tot zorg.

(Amsterdam, april 2009)

Dhr F. (32) wordt aan de balie van een diagnostisch centrum (DC) geweigerd omdat hij de door de huisarts geïndiceerde bloed- en urineonderzoeken niet vooraf kan betalen. Tijdens een telefoongesprek met een medewerker van het DC vertelt deze dat alleen gebruik wordt gemaakt van de 'CVZ regeling' als de huisarts een briefje meestuurt waarop staat dat de zorg medisch noodzakelijk is. De betreffende huisarts gaf echter aan dat het DC vraagt om een verklaring waarin staat dat de patiënt niet in staat is om zelf een deel van de kosten bij te dragen.

3.3 Tweedelijns gezondheidszorg

3.3.1 Ziekenhuizen

Het is een grote verbetering dat met ingang van artikel 122a ziekenhuizen op wettelijke gronden de mogelijkheid hebben om oninbare kosten (deels) te declareren. Slechts een beperkt aantal ziekenhuizen, dat is gecontracteerd door het CVZ, kan van de financiële regeling gebruik maken, wanneer het gaat om planbare zorg. Er zijn signalen dat er minder patiënten bij de gecontracteerde ziekenhuizen worden weggestuurd. Dit kan momenteel nog onvoldoende gestaafd worden.

Desondanks worden verschillende knelpunten ervaren die te maken hebben met de aanbestedingsprocedure. Zo wordt de fysieke toegang tot de ziekenhuiszorg verminderd

door het beperkte aantal ziekenhuizen. Dit geeft voor de illegale vreemdelingen problemen van een hogere reistijd en reiskosten, die niet altijd betaald kunnen worden. Verschillende eerstelijns zorgverleners weten (nog) niet welke instellingen zijn gecontracteerd en soms moet worden doorverwezen naar een instelling buiten de eigen gemeente.

Ziekenhuizen hebben niet altijd voldoende capaciteit om een groot aantal illegale vreemdelingen op te nemen. Wanneer deze worden overgedragen aan een ander ziekenhuis levert het declareren problemen op. Ook worden onduidelijkheden gesignaleerd in het geval dat een patiënt moet worden overgedragen omdat een bepaald specialisme niet aanwezig is in het gecontracteerde ziekenhuis.

Het tijdstip van overdracht van een 'acute patiënt' die zorg behoeft waarbij doorverwijzing of overplaatsing naar gecontracteerd ziekenhuis medisch niet verantwoord is, kan problematisch zijn. Vervolgafspraken die planbaar zijn moeten plaats vinden in het gecontracteerde ziekenhuis. Dit gebeurt niet altijd op tijd zodat er meerdere DBC's moeten worden geopend hetgeen later financiële gevolgen kan hebben voor de patiënt.

Interne communicatie binnen ziekenhuizen is een groot probleem. Niet al het personeel beschikt daadwerkelijk over de (juiste) kennis. Er wordt gesignaleerd dat vooral baliepersoneel op verschillende plekken in het ziekenhuis niet op de hoogte is, zodat patiënten weggestuurd of onjuist geïnformeerd worden.

Het uitvoeren van de verhaalplicht leidt tot een belemmering van de toegankelijkheid tot de ziekenhuiszorg, zie 'Algemene Knelpunten'. Financiële afdelingen van ziekenhuizen geven aan dat de verhaalplicht en activiteiten om kosten te verhalen moeilijkheden oplevert. Illegale vreemdelingen hebben vaak geen vaste verblijfplek of postadres, waardoor rekeningen en herinneringen niet kunnen worden gestuurd en blijven liggen. Bovendien brengt de verhaalplicht veel kosten en tijdsinspanning met zich mee, die waarschijnlijk nooit op de patiënt verhaald kunnen worden.

(Amsterdam, april 2009)

Mw O. (36) is vier en een halve maand zwanger. Zij is nog niet bij een verloskundige geweest. De huisarts verwijst haar naar een gecontracteerd ziekenhuis voor verloskundige controles. Bij de balie van het ziekenhuis wordt de patiënte gevraagd om 300 euro vooraf te betalen. Mevrouw geeft aan dat zij dit bedrag niet heeft. Zonder betaling wordt de patiënte echter niet geholpen en zij keert naar huis terug.

Tijdens telefonisch contact met een hulporganisatie en een baliemedewerkster wordt ontkend dat er om geld is gevraagd. De reden dat mevrouw geweigerd is omdat "ze niet geregistreerd staat in het ziekenhuissysteem". Wat er precies is mis gegaan blijft onduidelijk.

3.3.2 Tweedelijns GGZ

De tweedelijns GGZ heeft mogelijkheden om kosten van verleende zorg aan illegale vreemdelingen bij het CVZ te declareren. Deze groep heeft veel belang bij een goede toegang tot de GGZ, gezien hun ziektebeeld. Er is nog geen zicht op de feitelijke toegang tot deze zorg in de praktijk sinds 1 januari 2009. Wel komen signalen binnen dat instellingen niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid om een contract met het CVZ af te sluiten.

3.4 *Derdelijns gezondheidszorg*

3.4.1 AWBZ en GGZ

Het CVZ zal in eerste instantie de instellingen contracteren waar op een bepaald moment vreemdelingen verblijven. Daarna zal het CVZ instellingen contracteren op het moment waarop zij voor het eerst een illegale vreemdeling opnemen. Op de lange termijn zal het CVZ, net als met andere instellingen van de niet-direct toegankelijke zorg, slechts met beperkte instellingen contracten afsluiten. Het CVZ is op moment van schrijven nog bezig om contracten af te sluiten. Er is op het moment geen zicht op of instellingen in de praktijk daadwerkelijk toegankelijker zijn geworden.

3.5 *Gezondheidszorg voor kinderen zonder wettelijke verblijfsstatus*

B. (15 jaar)

“De dokters doen gewoon helemaal niets. Ze weten dat we illegalen zijn en ze controleren gewoon niet goed. (...) Ik heb een plek op mijn hoofd en ben bij de dokter geweest en ik zei: ‘Hij wordt dik en doet heel veel pijn en mijn haren gaan altijd vallen’. De dokter zei: ‘Sorry, ik begrijp helemaal niks van je haar. Je moet naar het ziekenhuis gaan, naar een specialist, maar ik denk niet dat je dat aankan, dat kost veel geld.’ Moesten we ongeveer €135,- betalen.”

(uit: zie noot¹¹)

3.5.1 **Recht op zorg**

Artikel 24 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind¹² (IVRK) bepaalt dat elk kind recht heeft op de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor de gezondheidszorg. De Staten die partij zijn bij het IVRK hebben zich verplicht te waarborgen dat geen enkel kind het recht op toegang tot voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden. In artikel 24 lid 2 IVRK wordt nog eens expliciet vermeld dat de Staten ervoor moeten zorgen passende maatregelen te nemen voor de verlening van de nodige medische hulp en gezondheidszorg aan alle kinderen te waarborgen. Onderscheid op grond van ‘illegaal’ verblijf is dus niet toegestaan. De Nederlandse staat heeft de verantwoordelijkheid om de schendingen van het recht op gezondheidszorg te bestrijden. Bij het nemen van medische beslissingen die kinderen aangaan, dient het belang van het kind altijd voorop te staan. Kinderen dienen allereerst als kind te worden behandeld en pas in tweede instantie als vreemdeling.

De problemen rond de ontoegankelijkheid van gezondheidszorg voor kinderen zonder wettelijke verblijfsstatus lijken na de verandering van het zorgsysteem op 1 januari 2009 nog niet te zijn verholpen. Voorlichting aan alle actoren binnen de gezondheidszorg, waaronder aan de kinderen zelf, lijkt hierbij het kernbegrip om de toegankelijkheid te verbeteren. Zoals

¹¹ K.C. Braat, *Ik ben er wel, maar ze zien me niet, Ervaringen van ‘illegale’ kinderen in Nederland*, Amsterdam: Defence for Children International Nederland 2004, p. 84.

¹² In 1989 hebben de Verenigde Naties het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) aangenomen. Dit Verdrag is in 1995 voor Nederland in werking getreden. Centraal in het IVRK staan de belangen van het kind (*artikel 3 lid 1 IVRK*).

uit artikel 24 van het Kinderrechtenverdrag volgt, is gezondheidszorg voor 'illegale' kinderen geen gunst, het is een recht.

3.5.2 Zorgbehoefte

Uit onderzoek blijkt dat 'illegale' kinderen vaker te maken hebben met ontwikkelingsstoornissen en psychische klachten.¹³ Dit komt veelal omdat de kinderen in onzekere en stressvolle omstandigheden leven en de (sociale)leefomstandigheden onder de Nederlandse maatstaven zijn. De huisartsen die geïnterviewd zijn in dit onderzoek geven aan niet voldoende geïnformeerd te zijn over de relevante regelgeving. Daarnaast bevelen zij aan dat er een 100% vergoeding zou moeten komen en er zou een categoriale instelling voor zorg moeten komen voor deze kinderen in alle grote steden.

De Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) maken zich zorgen over de toegang van de gezondheidszorg voor kinderen zonder verblijfspapieren¹⁴. Bij het afwijzen van het asielverzoek, met soms detentie en uitzetting als gevolg, wordt onvoldoende rekening gehouden met de gezondheidssituatie van deze kinderen. Dit kan leiden tot gezondheidsschade.

3.5.3 Knelpunten in de toegang tot zorg

Er zijn signalen dat er zich nog steeds belemmeringen voordoen bij de toegang tot zorg voor kinderen zonder wettelijke verblijfsstatus. Dit komt veelal door gebrek aan kennis over de rechten en plichten bij de ouders, kinderen en personeel in de medische zorg.¹⁵ Een ander probleem is dat de toegang tot gezondheidszorg voor 'illegale' kinderen beperkt wordt omdat zij zich door veel regels en formulieren heen moeten worstelen alvorens zij geholpen worden. Dit blijkt onder andere uit recent onderzoek naar de toegankelijkheid van eerstelijns gezondheidszorg voor 'illegale' kinderen (uit: zie noot 13). De ontoegankelijkheid van de gezondheidszorg voor deze kinderen is extra zorgelijk vanwege hun kwetsbare positie en de vaak beschadigde psychische gesteldheid.

Het recht op gezondheidszorg voor 'illegale' kinderen omvat ook het recht op jeugdzorg. Toch gelden er in het geval van jeugdzorg beperkingen¹⁶: Zo wordt, omdat de situatie van deze groep snel kan veranderen, een indicatiebesluit niet afgegeven voor een jaar (zoals gebruikelijk is), maar slechts voor zes maanden. Na deze zes maanden wordt er opnieuw onderzocht of het kind nog steeds zorg nodig heeft. Een indicatie voor pleegzorg wordt slechts gegeven als dit in het belang van het kind is. In het indicatiebesluit moet dit belang extra gemotiveerd worden. Daarnaast is jeugdzorg slechts toegankelijk voor deze kinderen onder de achttien jaar (voor 'legale' kinderen tot 23 jaar) en kunnen de ouders van 'illegale' kinderen geen aanspraak maken op jeugdzorg.

Tevens worden nog steeds problemen gesignaleerd bij de vergoeding van zorg aan (verstandelijk) gehandicapte kinderen zonder verblijfsvergunning.¹⁷ Terwijl op basis van

¹³ Hurk, J. van den

'Gezondheidszorg is een Recht en geen gunst: onderzoek naar de toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor illegale kinderen'

2009, Beschikbaar via Pharos.

¹⁴ Standpunt Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland over de uitzetting en detentie van kinderen.

http://jgz.zorgmediatheek.nl/Portals/0/PDF/standpunt_AJN_uitzetten_kinderen_22-4-2008.pdf.

¹⁵ Om problemen door deze onwetendheid te verhelpen is de website www.iLegaalkind.nl gelanceerd. Deze website is geschreven op het niveau van kinderen, volwassenen en juristen en geeft een overzicht van de rechten van 'illegale' kinderen op het gebied van gezondheidszorg, maar ook op het gebied van onderwijs, nationaliteit en geboorte, sociale voorzieningen, detentie en jeugdbescherming.

¹⁶ Gerritse, L

Jeugdzorg voor 'illegale' kinderen, de toegankelijkheid en de werkwijze van de Bureaus Jeugdzorg in de hulp aan en bescherming van 'illegale' kinderen

2006, Defence for Children

¹⁷ Zie hiervoor een brief van 12 mei 2009 van de William Schrikker Jeugdbescherming aan het Programma Ministerie Jeugd en Gezin en een brief van 10 november 2008 van Defence for Children aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

artikel 23 IVRK gehandicapte kinderen juist recht hebben op bijzondere zorg en bescherming.

In het nieuwe zorgsysteem is een aantal keuzes gemaakt met het oog op zorg aan volwassen vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf. Deze keuzes kunnen echter negatieve gevolgen hebben voor kinderen en hun rechten daarmee onaanvaardbaar inperken. In beginsel is alle zorg die in Nederland aan kinderen wordt gegeven 'medisch noodzakelijke zorg'. Op basis van het kinderrechtenverdrag dient gezondheidszorg voor elk kind toegankelijk te zijn.

4 Samenvatting en Conclusies

De invoering van de nieuwe financiële regeling door CVZ omvat een aantal positieve ontwikkelingen, zoals het feit dat de 2^e en 3^e lijn de mogelijkheid hebben om declaraties (deels) te declareren voor betalingsonmachtige illegale vreemdelingen.

Deze inventarisatie geeft inzicht in een aantal knelpunten, die al vóór de invoering bestonden, alsmede een aantal nieuwe zaken, die de toegang van de zorg mogelijk méér belemmeren.

Algemeen

- Veel hulpverleners hebben onvoldoende informatie over de (nieuwe) financiële regelingen.
- De verhaalplicht is aangescherpt, waardoor risico op het schaden van de arts-patiënt relatie bestaat, evenals het verdwijnen van de patiënt uit het zorgproces door betalingsonmacht en angst.
- Er zijn geen instrumenten meer om de zorgbehoefte en zorgverlening aan illegale vreemdelingen te monitoren. Hierdoor is de gezondheidszorg voor deze groep, met mogelijke gevolgen voor de publieke gezondheidszorg, verminderd bewaakt.

Eerste Lijn

- Tandheelkundige zorg en fysiotherapie vallen in bepaalde situaties binnen de definitie van medisch noodzakelijke zorg, zoals uitgewerkt door de Commissie Klazinga. Tandartsen en fysiotherapeuten kunnen echter niet of slechts beperkt declareren bij het CVZ, voor betalingsonmachtige patiënten.
- De 80% regeling voor de direct toegankelijke zorg leidt tot het afhaken van een aantal zorgverleners voor het behandelen van illegale vreemdelingen.
- Het beperkte aantal gecontracteerde apotheken, soms op relatief afgelegen locaties, resulteert in een aantal steden tot een toename van reistijd, reiskosten en een lastigere doorverwijzing.
- Er zijn nog verschillende gemeenten waar nog geen contracten met apotheken zijn afgesloten: 72 lege percelen (van de 401);
- Er zijn signalen dat laboratoria en diagnostische centra extra 'bewijzen' verlangen waarmee de betalingsonmacht van de vreemdeling aangetoond kan worden.

Tweede Lijn

- Door het contracteren van een beperkt aantal ziekenhuizen zijn reistijd en –kosten toegenomen, is doorverwijzen soms moeilijker en kan (waar nodig) de overdracht naar een niet-gecontracteerd ziekenhuis problematisch zijn.
- Er zijn nog 4 lege percelen (van de 26) van regio's waar nog geen contracten met ziekenhuizen zijn afgesloten.

Concluderend kan worden gesteld worden dat er in principe positief wordt gereageerd op het creëren van de mogelijkheden van declareren van oninbare kosten voor verleende zorg aan illegale vreemdelingen voor ziekenhuizen en de AWBZ en GGZ zorg, maar dat er nog steeds toegangsproblemen bestaan tot de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast worden er

sinds 2009 nieuwe knelpunten ervaren.

In de eerste lijn is er sinds 2009 een grote financiële barrière tot de tandheelkundige en fysiotherapeutische zorg. Het lijkt erop dat de feitelijke toegang hierdoor sterk verminderd is. De huisartszorg, laboratoria en zorg gerelateerd aan de zwangerschap lijken nog steeds redelijk toegankelijk. De verhaalplicht kan wel tot een extra belemmering tot de toegang leiden. Het beperkte aantal gecontracteerde apotheken leidt in verschillende steden tot problemen met extra reistijd en reiskosten.

Ziekenhuizen die zijn gecontracteerd lijken betere hulpverlening te kunnen bieden. Echter, het blijkt lastig om de patiënt bij het gecontracteerde ziekenhuis te krijgen.

Over de feitelijke toegang tot AWBZ en GGZ zorg kan nog geen conclusie getrokken worden.

Over het algemeen blijkt dat veel illegale vreemdelingen de bemiddeling en coördinatie van hulporganisaties nodig hebben om onbelemmerd toegang tot zorgvoorzieningen te krijgen, terwijl het naar zorg leiden meestal niet het belangrijkste bestaansdoel van de organisatie is.

5 Aanbevelingen

Op basis van de inventarisatie komt het Breed Medisch Overleg tot een vijftal aanbevelingen:

1. Het verdient aanbeveling vast te houden aan de definitie medisch noodzakelijke zorg zoals die door de Commissie Klazinga is gedefinieerd, en dus vergoeding via het CVZ ook mogelijk te maken voor tandartsenzorg aan illegalen boven de 21 jaar, voor de eerste 9 behandelingen fysiotherapie, en voor voorgeschreven medicijnen die buiten het basiszorgpakket vallen.
2. Het is belangrijk duidelijkheid te scheppen in de activiteiten die de zorgverlener moet verrichten om te controleren of de illegale patiënt kan betalen. Een duidelijk en uniform incassoprotocol voor de groep illegale patiënten moet vastgesteld worden, waarbij rekening gehouden wordt met de specifieke kenmerken van deze doelgroep.
3. Informatievoorziening aan zowel de diverse groepen zorgverleners als de illegale patiënten is belangrijk om medisch noodzakelijke zorg te garanderen. Deze informatievoorziening is geen éénmalige activiteit, maar een voortdurend aandachtspunt. De informatie zal afgestemd moeten worden op de verschillende doelgroepen. Vastgelegd moet worden wie hiervoor verantwoordelijk is. Waar hulporganisaties die taak op zich nemen moeten ze daar ook voor gefaciliteerd worden.
4. De regionale platforms speelden bij de Regeling Stichting Koppeling een belangrijke rol in de uitwisseling van informatie over de toegankelijkheid van de zorg en in de aanpak van knelpunten daarin. Het verdient aanbeveling herstel van dit instrument te overwegen.
5. Het verdient aanbeveling om een jaar na invoering van de regeling de verdeling van de gecontracteerde instellingen over het land (apotheken en ziekenhuizen) opnieuw te bezien, en mogelijk aanvullend extra instellingen te contracteren. Bovendien zouden bij een volgende ronde aanbestedingen de criteria voor de contractering een duidelijker inhoudelijke invulling moeten krijgen.

Bijlage I: Financieringsstructuur voor 2009¹⁸

Vóór 1 januari 2009 bestonden verschillende regelingen waaruit zorgverleners oninbare rekeningen konden (laten) financieren.

1. Cure

a) Eerstelijnszorg: Stichting Koppeling

De Stichting Koppeling is op 28 april 1997 opgericht vooruit lopend op het in werking treden van de zogenoemde Koppelingswet op 1 juli 1998. Uit de parlementaire behandeling van de Koppelingswet bleek dat regering en parlement erkennen dat er een verplichting van overheid en private personen (waaronder artsen en verpleegkundigen) bestaat om aan illegalen bepaalde voorzieningen, zoals de verlening van medisch noodzakelijke zorg, niet te onthouden. Dit evenwel zonder dat deze rechtsplicht tegelijkertijd leidt tot een afdwingbaar recht voor illegalen. Er werd gesproken over een gebondenheid van zorgaanbieders, tegen de financiële consequenties waarvan de overheid niet zonder meer gehouden is dekking te verlenen.

Het zijn uiteraard de zorgaanbieders en -instellingen die in de praktijk worden geconfronteerd met de financiële gevolgen van de onverzekerde hulpvraag. De regering heeft bij de behandeling van de Koppelingswet aangegeven te willen voorzien in een zekere dekking van het voorzienbare risico dat de hier bedoelde zorgaanbieders en zorginstellingen zullen lopen¹⁹.

Met het onderbrengen van de taak van fondsbeheerder bij de daartoe in het leven geroepen Stichting Koppeling, heeft de regering aangesloten bij het advies "Gezondheidszorg voor illegaal verblijvende vreemdelingen: advies over de gevolgen van de Koppelingswet voor de gezondheidszorg" van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele samenleving van juli 1995²⁰.

De Stichting Koppeling had door een subsidie van de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS), jaarlijks een budget beschikbaar ter compensatie van de bovenmatige kosten voor zorgaanbieders (eerstelijnszorgaanbieders zoals verloskundigen, apothekers en tandartsen) die onbetaald medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan illegalen. De Regeling Stichting Koppeling bood zorgaanbieders een financieel vangnet. Alleen als een illegaal in Nederland verblijvende patiënt niet kan betalen (ook niet via een betalingsregeling of door derden), is de Regeling van toepassing. In het besluit houdende tijdelijke delegatie van subsidiebevoegdheden aan de Stichting Koppeling en de Stichting Opleiding Maatschappij en Gezondheid van 30 januari 2007²¹ worden subsidiebevoegdheden gedelegeerd aan de Stichting Koppeling, waarmee de wettelijke basis voor deze subsidieverstrekingen is gelegd. In de toelichting is aangegeven dat het besluit een tijdelijk karakter heeft, in verband met de beoordeling van bestaande zbo's in het licht van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen²² en de toezegging tijdens het algemeen overleg met de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 25 oktober 2006, over de stroomlijning van de financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen²³.

b) Ziekenhuiszorg: beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren

18 Kamerstuk 2007-2008, 31249, nr. 3, Tweede Kamer

19 Publicatienummer Nationale Raad voor de Volksgezondheid 15/95

20 Kamerstukken II 1994/95, 24 233, nr. 3, blz. 17-18

²¹ Stcr. 2007, 23

22 Stb. 2006, 587

23 Kamerstukken II, 2006/07, 29 689 en 19 637, nr. 123

In de tweede lijn vindt jaarlijks op lokaal niveau overleg plaats tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de hoogte van het ziekenhuisbudget. De hoogte van het ziekenhuisbudget wordt vastgesteld aan de hand van beleidsregels op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die betrekking hebben op diverse onderdelen van het budget. Eén van de beleidsregels is de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Deze beleidsregel geeft ziekenhuizen de mogelijkheid om, in overleg met de ziektekostenverzekeraars, de hoogte van hun budget mede te bepalen op grond van de omvang van de post dubieuze debiteuren. Voor de bepaling van de hoogte van de totale post dubieuze debiteuren gelden de voorschriften van de Regeling jaarverslaglegging, en deze wordt gecontroleerd door de accountant. De beleidsregel dubieuze debiteuren is bedoeld om (een deel van de) oninbare vorderingen van onder meer ziekenhuizen te bekostigen in geval zij, ondanks hun inspanningen de kosten van geleverde zorg te verhalen op onverzekerde zorgconsumenten, met oninbare vorderingen blijven zitten. Dat zijn onder andere vorderingen op onverzekerde illegalen. De totale omvang van de vergoeding die in de budgetten wordt opgenomen voor afschrijving op de post dubieuze debiteuren in de ziekenhuissector, bedraagt circa 37 miljoen euro (2006).

2. Care

Voor AWBZ-zorg bestond er voor 2009 geen voorziening. Echter, de Staat handelde naar het oordeel van de rechtbank 's-Gravenhage in kort geding van 26 juli 2006²⁴ onrechtmatig wanneer hij een adequate vergoeding van kosten van bepaalde aan illegalen verleende AWBZ-zorg achterwege laat. Het ging in genoemde zaak om aan illegalen verleende zorg, met name in het kader van opnames samenhangend met de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ).

Op grond van de uitspraak was de Staat verplicht enige vorm van vergoeding te treffen voor zorgaanbieders die dergelijke AWBZ-zorg aan illegalen hebben verleend, indien de patiënt niet kon betalen (ook niet via een betalingsregeling of door derden).

Bij AWBZ-zorg diende voorafgaand hieraan de mogelijkheid te worden bezien voor illegalen om rechtmatig verblijf te krijgen en langs die weg de kosten van die zorg vergoed te krijgen. Dit kon een rol spelen als het voor een vreemdeling niet verantwoord is om te reizen of als de AWBZ-zorg een onbepakt verblijf in Nederland veronderstelt.

²⁴ Stichting BAVO RNO Groep tegen de Staat der Nederlanden, Rechtbank 's Gravenhage, KG 06/686, LJN AY5099

Bijlage II: Financieringsstructuur vanaf 2009

In oktober 2008 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel Tegemoetkoming in de kosten voor de zorg voor illegale vreemdelingen aangenomen. Dit wetsvoorstel regelt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) de financiering van de oninbare kosten van medisch noodzakelijke zorg geleverd aan vreemdelingen zonder verblijfsvergunning. Deze wijziging van de Zvw is op 1 januari 2009 in werking getreden. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is sindsdien verantwoordelijk voor de uitvoering van deze financieringsregeling en de informatieverstrekking daarover.

Artikel 122a Compensatie inkomstenderving zorg aan vreemdelingen

1. Het College zorgverzekeringen verstrekt bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan:

- a. vreemdelingen als bedoeld in artikel 8, onderdeel f of h, van de Vreemdelingenwet 2000, voor zover het betreft vreemdelingen die in afwachting zijn van een beslissing op een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning als bedoeld in artikel 14 van die wet, dan wel vreemdelingen die in afwachting zijn van een beslissing op een bezwaarschrift of een beroepschrift naar aanleiding van een beslissing als hiervoor bedoeld en deze procedure krachtens de Vreemdelingenwet 2000 of op grond van een rechterlijke beslissing in Nederland mogen afwachten; en
- b. vreemdelingen als bedoeld in artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000.

2. Onder medisch noodzakelijke zorg wordt verstaan zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van deze wet of in artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van zorg of diensten, en slechts voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling, medisch noodzakelijk acht.

3. Geen bijdrage wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg:

- a. op de vreemdeling of een verzekeraar van de vreemdeling kunnen worden verhaald;
- b. op grond van een andere wettelijke bepaling kunnen worden vergoed; of
- c. hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is.

4. Indien zorg is verleend die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing, recept of zonder indicatie als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt verleend, bedraagt de bijdrage:

- a. 100% van de kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling; en
 - b. 80% van de kosten in de overige gevallen;
- voor zover deze kosten niet op grond van het derde lid zijn of kunnen worden betaald of buiten beschouwing dienen te blijven.

5. In bijdragen als bedoeld in het eerste lid voor andere zorg dan de zorg, bedoeld in het vierde lid, wordt voorzien door middel van met het oog op verlening van die zorg tussen het College zorgverzekeringen en zorgaanbieders gesloten overeenkomsten.

6. Indien een zorgaanbieder zowel in zorg als bedoeld in het vierde lid als in zorg als bedoeld in het vijfde lid kan voorzien, kan een overeenkomst als bedoeld in het vijfde lid zich tevens uitstrekken over de in het vierde lid bedoelde zorg en kunnen in die overeenkomst van het vierde lid afwijkende afspraken worden gemaakt.

7. Het College zorgverzekeringen zendt jaarlijks vóór 1 oktober aan Onze Minister een begroting van de kosten van de bijdragen, bedoeld in het eerste lid, voor het volgende kalenderjaar.

8. Het voor de bijdragen in een kalenderjaar beschikbare bedrag wordt vóór 1 december van het daaraan voorafgaande jaar door Onze Minister vastgesteld.

9. Het bedrag, bedoeld in het achtste lid, wordt gedekt uit 's Rijks kas en wordt door het College zorgverzekeringen afzonderlijk beheerd en geadministreerd.

10. De artikelen 40, tweede tot en met elfde lid, 72, tweede tot en met zesde lid, 73 en 75 zijn van overeenkomstige toepassing.

11. De zorgaanbieder die in aanmerking wenst te komen voor een bijdrage als bedoeld in dit artikel verstrekt het College zorgverzekeringen of door dat college aangewezen, bij de uitvoering van dit artikel betrokken personen, bij ministeriële regeling te bepalen gegevens die noodzakelijk zijn om het recht op en de omvang van een bijdrage te kunnen vaststellen, dan wel stelt hem deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking.

12. In afwijking van artikel 116 kan een zorgaanbieder tegen een op grond van dit artikel genomen besluit van het College zorgverzekeringen beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

Bijlage III: Declaratie- en protocolformulieren

CVZ College voor zorgverzekeringen

Declaratieformulier zorgverleners

Voor de levering van zorg aan bepaalde groepen in betalingsonmacht verkerende vreemdelingen zonder verblijfsvergunning.

Stempel zorgverlener

Gegevens zorgverlener

Naam: _____ AGB code: _____
Adres: _____
Postcode en plaats: _____
Telefoonnummers: _____ Bankrekeningnummer: _____

Persoonsgegevens vreemdeling

Initialen: _____
Geslacht: Man Vrouw
Geboortjaar: _____
Nationaliteit: _____

Kosten zorgverlening

Totale kosten € _____ Conform meegezonden nota's.
Betaling door vreemdeling € _____
Oninbare vordering € _____ x 80% = € _____ Declaratiebedrag.

Verklaring

Deze declaratie heeft betrekking op medisch noodzakelijke zorg. In een persoonlijk gesprek met de vreemdeling is, naar beste weten, het volgende vastgesteld:

- het betreft een vreemdeling als bedoeld in artikel 122a van de zorgverzekeringswet;
- de vreemdeling heeft niet de mogelijkheid om zich voor de kosten van de zorg te verzekeren;
- de kosten van de verleende zorg kunnen niet (volledig) op de vreemdeling verhaald worden.

Datum: _____
Naam zorgverlener: _____

Handtekening: _____

De declaratie-adressen vindt u op de achterzijde van dit formulier.

Formulieren zonder nota worden niet in behandeling genomen. U kunt dit formulier downloaden van www.cvz.nl onder 'financiering'. Daar vindt u ook een toelichting op de regeling.

1 Indien het geboortjaar onbekend is, dan maakt u zelf een schatting van de leeftijd. 2 Bij zwangerschap en bevalling: 100%.

CVZ College voor zorgverzekeringen

Protocolformulier apotheken

Voor de levering van farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg aan bepaalde groepen in betalings-onmacht verkerende vreemdelingen zonder verblijfsvergunning.

Stempel apotheek

Persoonsgegevens

Initialen: _____

Geslacht: Man Vrouw

Geboortjaar: _____

Nationaliteit: _____ *Zie de landentabel op de achterzijde.*

Verklaring

In een persoonlijk gesprek met de vreemdeling is door de medewerker van de apotheek vastgesteld dat de vreemdeling, naar beste weten,

- een vreemdeling is als bedoeld in de door de apotheek met het CVZ afgesloten opdrachtovereenkomst;
- niet bij machte is om de kosten van de verleende farmaceutische en/of hulpmiddelenzorg (volledig) te voldoen.

Datum: _____

Naam medewerker apotheek: _____

Handtekening: _____

U dient dit protocolformulier en het daaraan gehechte bijbehorende recept tot 1 november van het volgende jaar te bewaren. Het CVZ kan dit formulier bij u opvragen.
U kunt dit formulier downloaden van www.cvz.nl (onder financiering).

1 De eerste letter van de voornaam en de eerste letter van de achternaam.
2 Als het geboortjaar onbekend is, dan maakt u zelf een schatting van de leeftijd.

CVZ College voor zorgverzekeringen

Protocolformulier gecontracteerde ziekenhuizen

Voor de levering van ziekenhuiszorg aan bepaalde groepen in betalingsonmacht verkerende vreemdelingen

Instellingsstempel

Persoonsgegevens

Initialen: _____

Geslacht: Man Vrouw

Geboortjaar: _____

Nationaliteit: _____ *Zie de landentabel op de achterzijde.*

Verklaring

In een persoonlijk gesprek met de vreemdeling is door de medewerker van het ziekenhuis vastgesteld dat de vreemdeling, naar beste weten,

- een vreemdeling is als bedoeld in de door het ziekenhuis met het CVZ afgesloten opdrachtovereenkomst;
- niet de mogelijkheid heeft om zich voor de kosten van de zorg te verzekeren;
- niet bij machte is om de kosten van de verleende zorg (volledig) te voldoen.

Door het ziekenhuis zijn de volgende activiteiten ondernomen om betaling van de nota door de vreemdeling te bevorderen:

- de vreemdeling is verzocht om contante betaling van de geleverde zorg;
- er is op _____ een nota gezonden naar het adres van de vreemdeling;
- er is op _____ een herinnering gezonden naar het adres van de vreemdeling;
- de inbaarheid van de nota is onderzocht door een incassobureau;
- de vreemdeling is gewezen op de mogelijkheid om in termijnen te betalen;
- onderzocht is of de vreemdeling in staat is de nota gedeeltelijk te betalen.

Datum: _____

Naam medewerker ziekenhuis: _____

Handtekening: _____

Formulieren zonder originele nota worden niet in behandeling genomen.
U dient dit protocolformulier tot 31 december van het volgende jaar te bewaren.
U kunt dit formulier downloaden van www.cvz.nl (onder financiering).

Bijlage IV: Artikel Trouw (dd. 7.5.09)