

AUTEURS  
LINEKE VAN HAL  
FEMKE STOUTJESDIJK

Kennisplatform  
Integratie &  
Samenleving



Mei 2018

EEN VERKENNING VAN MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG VOOR ONGEDOCUMENTEERDE MIGRANTEN  
IN NEDERLAND

ALLEEN KRIJG JE HET NIET VOOR ELKAAR



## INLEIDING

Ongedocumenteerde migranten, dat wil zeggen mensen die zonder rechtsgeldige verblijfstitel in Nederland zijn, hebben net als ieder ander recht op medisch noodzakelijke zorg. Naar aanleiding van vragen vanuit het Multicultureel Ontmoetingscentrum Schilderswijk is vanuit de portaalfunctie van Kennisplatform Integratie & Samenleving (KIS) besloten te investeren in een kleinschalig onderzoek naar de zorg aan ongedocumenteerde migranten. Wij verkenden hoe 'het recht op toegang tot medisch noodzakelijke zorg' in de praktijk verloopt. Wij hebben de meest recente literatuur over het onderwerp bestudeerd en (nationale en lokale) stakeholders geïnterviewd.

## RECHT OP MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG

De toegang tot medische noodzakelijke zorg is verankerd in de Nederlandse wet- en regelgeving en in diverse internationale verdragen. Dit maakt dat de Nederlandse overheid de inspanningsverplichting heeft om het recht op zorg voor de gezondheid voor eenieder die zich op haar grondgebied begeeft te garanderen (Grit et al. 2012, in Derckx, 2017). Medisch noodzakelijke zorg is als volgt gedefinieerd in het rapport 'Arts en Vreemdeling':

*'die zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden geïndiceerd is en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.'*

(Commissie Klazinga, 2007)

In deze definitie ligt besloten dat de zorgverlener een bepalende rol heeft in wat medisch noodzakelijke zorg is. In de praktijk kan dit het weigeren van niet-acute medische gevallen tot gevolg hebben (Dorn et al., 2011, in Van Beijnum et al., 2016).

De overheid verwacht van zorgverleners dat zij medisch noodzakelijke zorg verlenen ongeacht iemands wettelijke status. In het rapport 'Arts en vreemdeling' geeft de 'Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen' richtlijnen en adviezen over hoe artsen kunnen handelen in situaties waar ongedocumenteerden om zorg vragen (Commissie Klazinga, 2007). Deze patiënten zijn vanwege hun verblijfstatus onverzekerbaar, maar zorgverleners kunnen op grond van de regeling 'Onverzekerbare Vreemdelingen' de

meeste kosten voor *medisch noodzakelijke zorg* grotendeels declareren bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK)<sup>1</sup>.

## POSITIE ONGEDOCUMENTEERDE MIGRANTEN IN NEDERLAND

Het aantal migranten zonder verblijfsrecht is moeilijk vast te stellen. Er wordt vaak verwezen naar de in 2012 gemaakte schatting door het Wetenschappelijk Onderzoeken Documentatiecentrum (WODC) van 35.530 mensen. Ongedocumenteerde migranten leven in Nederland zonder geldige verblijfspapieren en hebben geen geldige verblijfstitel, wat kan leiden tot detentie of uitzetting naar het land van herkomst. Dit maakt het leven voor deze mensen in vele opzichten moeilijk. De vluchtelingen onder hen hebben bovendien vaak traumatische ervaringen gehad. Ongedocumenteerde migranten proberen over het algemeen een zo onopvallend mogelijk bestaan te leiden in de marges van de Nederlandse samenleving. Doordat zij geen verblijfsrecht hebben, kan er geen aanspraak worden gemaakt op sociale voorzieningen en in de meeste gevallen is er gebrek aan onderdak en gezonde voeding. Naast het feit dat ze weinig om handen hebben, leven zij onder de voortdurende spanning om te worden opgespoord of uitgezet (Derckx, 2017). Deze benarde situatie leidt tot risico's voor de gezondheid en het welzijn van ongedocumenteerde migranten in Nederland (Van Beijnum et al., 2016).

## GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Verskillende onderzoeken (Oort et al., 2001; Laban et al., 2005; Gerritsen et al., 2006; Heeren et al., 2014) tonen aan dat in vergelijking met de mensen met een verblijfsrecht, de groep ongedocumenteerde migranten te maken heeft met een slechtere somatische- en psychische gezondheidssituatie en -beleving. Ongedocumenteerde migranten hebben als gevolg van traumatische ervaringen in het land van herkomst of door hun leefomstandigheden tijdens de migratie in het verblijfsland een verhoogde kans op psychiatrische aandoeningen (Heeren et al., 2014). Zo is bekend dat psychosociale- en psychiatrische problemen, infectieziekten, gynaecologische aandoeningen en zwangerschap gerelateerde problemen vaak voorkomen onder

<sup>1</sup> Sinds begin 2017 geeft het CAK uitvoering aan de financiële regeling. Voor meer informatie zie: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen>



deze groep mensen (Van Beijnum et al., 2016). Dokters van de Wereld concluderen in hun recente literatuurstudie (ibid.) dat “het overgrote deel van de problematiek te herleiden is tot een combinatie van complexe leefomstandigheden en uitgestelde- of ontoegankelijke medische zorg”.

### **TOEGANG TOT EN FINANCIERING VAN ZORG**

De toegang tot medische zorg heeft zowel te maken met de juridische status, kennis en het netwerk van ongedocumenteerden, als met de kennis, houding en vaardigheden van zorgverleners. Ongedocumenteerde migranten weten niet altijd wat hun rechten, plichten en mogelijkheden zijn en durven mede daardoor niet goed de stap te zetten richting zorg (Bollen et al., 2008, in van Beijnum et al., 2016). Daarnaast speelt de angst voor arrestatie of uitzetting mee en de onzekerheid om geen zorg te krijgen vanwege het ontbreken van een zorgverzekering en financiële middelen. Anderzijds wordt de toegang tot reguliere medische zorg belemmerd door gebrek aan kennis bij medische zorgverleners. Zij zijn namelijk niet altijd op de hoogte van het recht op ‘medische noodzakelijke zorg’ en het recht en de mogelijkheden van financiële compensatie. In de praktijk leiden deze misstanden, mede door taal- en cultuurverschillen, gemakkelijk tot miscommunicatie met ongedocumenteerde patiënten (Van Beijnum et al., 2016). Sommige zorgverleners zijn door de onbekende verblijfsduur van ongedocumenteerden huiverig om aan een behandeling te beginnen (College voor de rechten van de Mens et al., 2015).

Voor medicatie en ziekenhuiszorg kunnen ongedocumenteerde migranten terecht bij de door het CAK gecontracteerde ziekenhuizen en apotheken. Er kan aanspraak gemaakt worden op vergoeding van zorg die onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet valt of onder de Wet langdurige zorg. Dit betekent dat niet alle zorg die medisch noodzakelijk is, wordt vergoed (zoals bijvoorbeeld mondzorg voor volwassenen of fysiotherapie). Daarnaast hebben ongedocumenteerden te maken met een eigen bijdrage van vijf euro per geneesmiddel. Deze regeling belemmert de toegang tot medicijnen, aangezien ongedocumenteerden vaak niet de financiële middelen hebben om dit bedrag te voldoen. Diverse gemeenten compenseren deze eigen bijdrage.

### **BELANG VAN SIGNALEREN EN INFORMEREN**

Naar aanleiding van aanhoudende signalen dat ongedocumenteerden problemen ervaren in de (toegang tot de) medische zorg, drongen in 2015 de Nationale Ombudsman, Adviescommissie Vreemdelingenzaken en het College voor de Rechten van de

Mens erop aan om de maatregelen te monitoren op toegankelijkheid van zorg. Weigeringen en belemmeringen bij de toegang tot zorg worden echter niet centraal geregistreerd. Vanuit overheidswege wordt de noodzaak voor een centraal registratiesysteem niet onderschreven “omdat meldingen bij het CAK gedaan kunnen worden” (Derckx, 2017). De Ombudsman stelt dat de overheid in deze een assertiviteit verwacht die niet in verhouding staat tot de positie van ongedocumenteerde migranten. Zij hebben vaak geen sociaal netwerk en evenmin de kennis om adequaat te kunnen handelen om de toegang tot zorg op te eisen (Ombudsman, 2013). Het CAK geeft desgevraagd aan dat ongedocumenteerden geen contact met hen opnemen om weigeringen of belemmeringen te melden. De overheid lijkt dus onvoldoende zicht te hebben op de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden in de praktijk. Om de toegang tot medische zorg te waarborgen worden in de literatuur (e.g. Ombudsman, 2013; College voor de rechten van de Mens et al., 2015; Derckx, 2017) twee oplossingen frequent genoemd: het centraal monitoren van de daadwerkelijke toegang tot zorg voor ongedocumenteerden en het informeren van zorgverleners over het recht op medisch noodzakelijke zorg.

Het beter informeren van professionals in de zorg kan er aan bijdragen dat het verlenen van zorg aan ongedocumenteerde migranten vanzelfsprekend wordt binnen de zorgsector. Dibbets (2017) bracht in kaart in welke mate de acht landelijke huisartsenopleidingen het onderwerp ‘zorg aan ongedocumenteerden’ hebben opgenomen in het opleidingscurriculum. Dit blijkt zelden het geval te zijn. Dibbets (2017) ziet mogelijkheden om het onderwerp ‘zorg aan ongedocumenteerden’ duidelijker op de kaart te zetten. Er is bij de huisartsenopleidingen groeiende aandacht voor diversiteitsthema’s en de internationale roep om mensenrechteneducatie in medische opleidingen op te nemen, wordt gehoord. Het informeren van zorgverleners raakt niet alleen aan de huisartsenopleidingen, maar aan de brede beroepsgroep van zorgverleners.

Concluderend kan gesteld worden dat er sprake is van wet- en regelgeving die het recht op medisch noodzakelijke zorg borgt en op basis daarvan grotendeels de medisch noodzakelijke zorg vergoed. Door het ontbreken van centrale registratie is niet zichtbaar in hoeverre deze wet- en regelgeving voldoet in de praktijk. Een verkenning van literatuur en documenten laat knelpunten zien op terrein van toegang tot zorg en informatie over recht op en mogelijkheden voor medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerden. Wat hierin opvalt, is dat de knelpunten die in



2013 genoemd zijn, nog steeds actueel waren in 2017 (jaar van meest recente publicatie).

### **PRAKTIJKVERKENNINGEN VAN ZORG AAN ONGEDOCUMENTEERDE MIGRANTEN**

Bovenstaande bevindingen zijn met name gebaseerd op een verkenning van literatuur en andere documenten. Om beter te begrijpen hoe de zorg aan ongedocumenteerde migranten in de praktijk verloopt, interviewden we verschillende belanghebbenden. Om beter zicht te krijgen op lokale praktijken, zoomden we in op de steden Nijmegen en Rotterdam. We kozen hiermee voor een stad binnen de Randstad en een stad daarbuiten. Aan de hand van een topiclijst zijn gesprekken gevoerd met medewerkers van (nationale en lokale) steunorganisaties voor ongedocumenteerden, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, ministerie van Justitie en Veiligheid, Centraal Administratie Kantoor (CAK), GGD, huisartsen, een apotheker en een man die ongedocumenteerd in Nederland verblijft. Van elk interview is een verslag gemaakt. Deze verslagen zijn thematisch geanalyseerd. Ter validering zijn de praktijkbevindingen vervolgens besproken met een groep van vijftien betrokkenen uit de stad Den Haag (onder meer GGD, straatpastoraat, huisartsen, ziekenhuis en steunorganisaties). We kozen voor Den Haag, omdat daar de initiële vraag voor deze verkenning vandaan kwam. De praktijkverkenning richtte zich op de vraag welke bevindingen uit de literatuur we terugzien in de praktijk en hoe daar in de praktijk mee om wordt gegaan.

### **SIGNALEREN: KWETSBARE GROEPEN LOKAAL IN BEELD**

Op lokaal niveau hebben steunorganisaties zicht op groepen ongedocumenteerde migranten die in een extra kwetsbare positie verkeren. Het gaat hier bijvoorbeeld om mensen die onbekend in een bepaalde stad zijn. Zij weten vaak niet welke wegen zij moeten bewandelen om toegang tot zorg te verkrijgen. Ook de groep oudere ongedocumenteerden springt eruit, in het bijzonder dementerenden. Zij hebben extra behoefte aan een stabiele plek en langdurige zorg, die vaak niet voorhanden is. Dit geldt ook voor terminaal zieken, die in hun laatste fase rust en verzorging behoeven. Ongedocumenteerden die met verslavingsproblemen kampen, baren steunorganisaties zorgen vanwege de moeilijk toegang tot verslavingszorg. Ook verkeren ongedocumenteerden in een kwetsbare positie wanneer zij te maken hebben met de overgang van de ene vorm van zorg naar

de andere. Er komen dan weer andere vraagstukken en andere betrokkenen in beeld, waardoor er naar nieuwe oplossingen gezocht moet worden om de benodigde zorg te realiseren. Een illustratief voorbeeld hiervan is de herstelperiode na een ingreep. De tendens is dat patiënten zo kort mogelijk in het ziekenhuis verblijven en op een rustige (thuis)plek revalideren met hulp van een ondersteunend netwerk. Deze beide randvoorwaarden (stabiele plek en netwerk) ontbreken vaak.

### **INFORMEREN: GROOT INFORMATIE CONTRAST**

Uit de interviews komt naar voren dat de meeste zorgverleners, die op regelmatige basis met ongedocumenteerden te maken hebben, goed op de hoogte zijn van het recht op medisch noodzakelijke zorg en de mogelijkheden van vergoeding van zorgkosten. Dit contrasteert met zorgverleners, die maar af en toe met deze groep te maken hebben. Daar is veel onbekendheid van rechten en mogelijkheden. Kennis hierover is dus zeker geen gemeengoed.

Een belangrijke schakel in de toegang tot zorg wordt gevormd door de baliemedewerkers van bijvoorbeeld huisartsen en poliklinieken. Hoewel zij (zeker bij gecontracteerde ziekenhuizen) regelmatig met ongedocumenteerden te maken hebben, gebeurt het dat ongedocumenteerden in eerste instantie weggestuurd worden omdat zij niet verzekerd zijn, geen Burgerservicenummer hebben en/of zich niet willen registreren.

Om in informatie te voorzien, heeft het ROS (Rotterdamse steunorganisatie voor ongedocumenteerden) het Erasmuspaspoort ontwikkeld met informatie over de CAK-regeling en een aantal basisgegevens van de betreffende persoon. Dit initiatief is ontstaan doordat zij in de praktijk merkten dat veel huisartsen en zorgverleners nog niet op de hoogte zijn van de CAK-regeling wat de toegang voor ongedocumenteerde migranten bemoeilijkt. Stichting Gast (steunorganisatie uit Nijmegen) ondervangt het mogelijke gebrek aan informatie bij zorgverleners door ongedocumenteerden een informatiebrief mee te geven, door vooraf te bellen met de zorginstantie of door een vrijwilliger mee te laten gaan. Een van de huisartsen die we spraken, geeft aan dat hij vaak met grote letters op de envelop zet dat persoon weliswaar niet verzekerd is, maar dat er wel een regeling voor is. "[Het ziekenhuis] kan hier nog wel een verbeteringslag in maken", aldus deze huisarts.



Er is dus sprake van een groot informatie-contrast tussen zorgverleners, die op regelmatige basis met ongedocumenteerden te maken hebben, en zorgverleners die maar af en toe met deze groep te maken heeft. Steunorganisaties benoemen dat er informatie en materiaal beschikbaar is over zorg aan ongedocumenteerde migranten, maar dat deze informatie versnipperd is en het de groep zorgverleners, die onbekend is met deze thematiek, niet bereikt. Bovenstaande voorbeelden laten zien hoe zij op lokaal niveau dit contrast overbruggen.

## LOKALE OPLOSSINGEN VOOR TOEGANG TOT ZORG

Vaak genoemde knelpunten in de toegang tot zorg zijn de lange wachttijden bij de GGZ en de zorg die niet vergoed wordt via de regeling onverzekerbare vreemdelingen. Op lokaal niveau wordt er naar oplossingen gezocht voor deze barrières.

Vanuit een lokaal opvanghuis voor ongedocumenteerde vrouwen wordt bekeken of eerder **psychologische ondersteuning** geboden kan worden. Het idee is om, na screening door een GGZ-psycholoog, de vrouwen professionele EMDR-therapie aan te bieden in de vrouwenopvang.

---

*“Dit plan willen we in overleg met de GGZ opzetten. Omdat ze zes maanden bij ons in huis zitten en daar een stabiele situatie hebben. Kun je ze in ieder geval helpen met hun trauma’s. Dat ze beter slapen en rustiger in hun hoofd worden.”*

---

Om zorg mogelijk te maken, die niet via de regeling onverzekerbare vreemdelingen vergoed wordt, wordt op lokaal niveau samenwerking gezocht met bijvoorbeeld tandartsen en fysiotherapeuten die op **vrijwillige basis of tegen gereduceerd tarief** zorg verlenen.

---

*“We hadden een hele goede fysiotherapeut, die als vrijwilliger wilde helpen. Die is verhuisd. Er is nu weer een nieuwe fysiotherapeut die wil helpen, maar dat kan maar voor een beperkt aantal mensen. Ook de samenwerking met de tandarts is een zorg. Dit geldt ook wel voor brillen, maar er is een aardige opticien die helpt.”*

---

Toegang tot zorg geregeld krijgen, vraagt wat van het taalvermogen, mondigheid en lichaamsbewustzijn van ongedocumenteerden. Uit de interviews kwamen voorbeelden naar voren die laten zien hoe deze **vaardigheden van ongedocumenteerden** versterkt kunnen worden. Het belang van specifieke taalvaardigheid werd benoemd, zodat mensen in staat zijn hun gezondheidsklachten te benoemen, het oefenen van rollenspelen om de interactie tussen patiënt en zorgverlener in de Nederland beter te begrijpen, uitleg over hoe het Nederlandse zorgsysteem werkt.

## SAMENWERKEN

De organisaties die we gesproken hebben, benoemen dat ze op lokaal niveau met verschillende partijen samenwerken om de zorg aan ongedocumenteerden zo goed mogelijk te laten lopen. Als belangrijke samenwerkingspartners worden genoemd: steunorganisaties, huisartsen, tandartsen, gemeente, kerkelijke instanties, ziekenhuis, GGD, vrouwenopvang, Bed Bad Broodvoorzieningen. Een van de steunorganisaties licht toe wat het vraagt om samenwerking van de grond te krijgen:

---

*“Samenwerken vraagt samen om tafel gaan, uitleggen wie je bent en wat de noodzaak is. Zorgen dat het een gedeelde verantwoordelijkheid wordt.”*

---

Op het moment dat die samenwerking er is, zo geven de geïnterviewden aan, verloopt het doorverwijzen naar zorg of het vinden van (vaak tijdelijke) oplossingen een stuk makkelijker.

Samenwerking is niet altijd vanzelfsprekend. Zo zijn er partijen waarvan onderkent wordt dat samenwerking van belang is, maar komt deze (nog) niet goed van de grond. Wat betreft samenwerking met de **GGZ** zien we lokale verschillen. Op het moment dat er 'korte lijntjes' zijn en er vanuit steunorganisaties of huisartsen warme contacten zijn met medewerkers van een GGZ-instelling (zoals een psychiater of verpleegkundige), dan is doorverwijzen geen probleem. Zijn deze contacten er niet, dan zijn de toegangsproblemen groter. Een specifieke tak binnen de GGZ is de verslavingszorg. Ongedocumenteerden die verslaafd zijn, ondervinden belemmeringen in de toegang tot verslavingszorg, bijvoorbeeld bij het instromen in detox-programma's. Uit de interviews hierover komt naar voren dat vanwege de onstabiele levenssituatie van ongedocumenteerden en hun onzekere toekomstperspectief, vanuit de verslavingszorg de afweging gemaakt wordt om niet te investeren in behandeling omdat de kansen op herstel laag worden ingeschat. Een van de geïnterviewden geeft dan ook aan:

---

*“Samenwerking met de verslavingszorg moet beter want ongedocumenteerden worden nu aan de poort geweigerd.”*

---

De mensen die we in het kader van dit onderzoek spraken, gaven aan dat verslavingszorg vaak geen deel uitmaakt van de lokale samenwerking rondom de zorg voor ongedocumenteerden.

Een relatief nieuwe speler in het zorgveld is het (gemeentelijke) **wijkteam**. Uit vrijwel alle interviews komt naar voren dat er nog nauwelijks samenwerking met wijkteams is, terwijl deze wel een belangrijke rol kunnen spelen in het signaleren van gezondheidsproblemen van ongedocumenteerden en de toegang tot bepaalde vormen van zorg.



In de grotere steden zijn vaak **verschillende opvang- en steunorganisaties** actief. Hoewel zij allemaal in het belang van ongedocumenteerden werken, lijkt samenwerking hierbij niet altijd vanzelfsprekend.

---

*“Wat nog beter kan, is de onderlinge samenwerking tussen de meeste partijen die zich bezighouden met opvang, zoals bed, bad, brood. Er zijn veel vrijwilligers, maar met eigen ideeën. Samenwerken is een klus; het is nog niet goed geregeld. We zitten hier met vier groepen die zich bezighouden met vluchtelingen. Met elkaar bellen, is het probleem niet; maar hoe werk je echt samen? Wat we nu gaan doen: we hebben recent subsidie ontvangen voor trainingen, daar betrekken we de andere partijen ook bij, zodat we in ieder geval op de werkvloer goed samenwerken.”*

---

Uit vrijwel alle interviews komt naar voren dat samenwerking van belang is om ongedocumenteerde migranten beter te behandelen en door te verwijzen. In de praktijk blijkt dat samenwerking vaak afhankelijk is van contacten van individuele personen en niet structureel ingebed is op organisatieniveau. Dit maakt samenwerking kwetsbaar. Als de desbetreffende personen niet langer werkzaam zijn, stopt de samenwerking.

De interviews schetsten het beeld dat er weinig afstemming is tussen Rijksoverheid en lokale partijen. Hier lijkt wel behoefte aan, zoals het onderstaand citaat van een steunorganisatie laat zien:

---

*“We ervaren een afstand tussen regelingen die in ‘Den Haag’ tot stand komen, en wat er moet gebeuren als het gaat om verlenen van medisch noodzakelijke zorg.”*

---

Anderzijds komen knelpunten en afwegingen die op lokaal niveau spelen, niet bij medewerkers van de Rijksoverheid terecht.

## EEN GEZOND LEVEN VRAAGT MEER DAN MEDISCH NOODZAKELIJKE ZORG

De mensen die we spraken, plaatsen kanttekeningen bij de smalle focus van medische noodzakelijke zorg. “Wat heb je aan zorg als je geen onderdak hebt?”, vroeg een van de geïnterviewden zich retorisch af. Naast de noodzaak tot onderzoek, kwam in de interviews ook het belang van sport en bewegen en gezonde voeding naar voren.

---

*“Welzijn is een belangrijk stukje, anders krijgen ze de ellende die in hun hoofd zit er niet uit. Anders komen ze ook niet verder.”*

---

## ZELFDE KWESTIE: VERSCHILLENDE LOGICA'S

Doordat we met verschillende belanghebbenden over de zorg aan ongedocumenteerden spraken, werd zichtbaar dat deze kwestie vanuit verschillende perspectieven begrepen en benaderd werd. Of te wel: er is sprake van verschillende logica's. Logica kan begrepen worden als een “zinnig samenhangend cluster aan manieren van denken en doen” (Mol, 2006, 17). Een logica maakt begrijpelijk wat binnen een bepaalde context logisch handelen is. Het maakt dus nogal wat uit, vanuit welke logica handen en voeten gegeven wordt aan de zorg voor ongedocumenteerden. De interviews illustreren dat er verschillende logica's naast elkaar lijken te bestaan. Het vraagstuk van zorg aan ongedocumenteerden kan vanuit de ene logica heel andere problemen en oplossingen in zich dragen, dan vanuit de andere logica.

Vanuit de logica van wet- en regelgeving, wordt benadrukt dat het recht op medisch noodzakelijke zorg wettelijk geregeld is en dat er gebruik wordt gemaakt van de vergoedingsmogelijkheden. Vanuit de logica van procedures kunnen toegangsproblemen deels begrepen worden. Een baliemedewerker die aangeeft dat iemand eerst in het systeem geregistreerd moet worden voordat er zorg verleend kan worden. Of een zorgverlener die aangeeft dat er niet met de behandeling gestart kan worden omdat de verblijfssituatie instabiel is.

Vanuit de logica van het ministerie van Justitie en Veiligheid, dat onder meer verantwoordelijk is voor het terugkeerbeleid, wordt terugkeer naar het land van herkomst genoemd als een mogelijke oplossing voor de marginale gezondheidssituatie van ongedocumenteerden in Nederland. Vanuit een meer boekhoudkundige logica spelen weer andere issues en komen vragen over fraude en verdeling van publieke middelen om de hoek kijken. Zoals het CAK benoemt: “We controleren of het financieel klopt, maar kunnen fraude niet uitsluiten.” Of zoals een apotheker aangeeft: “Dan denk ik... daar gaat mijn belastinggeld.”

Deze aspecten worden minder relevant gevonden vanuit een ‘mensenrechtenlogica’ waarin het recht op gezondheidszorg centraal staat en het waarborgen van dit recht en verlenen van zorg aan wie dat nodig heeft, prevaleren. Bij ongedocumenteerden kan de logica van zelfbehoud de boventoon voeren, waarbij steeds de afweging gemaakt moet worden tussen in de marge verblijven of zorg zoeken.

Vanuit deze verschillende logica's werken mensen met de beste bedoelingen met elkaar samen, langs elkaar heen of werken elkaar soms tegen. Het expliciteren van deze logica's biedt inzicht in de eerder gedane constatering dat de knelpunten en oplossingen wat betreft centraal signaleren en informeren al jaren onveranderd op de agenda blijven. Problemen die vanuit



de ene logica gesignaleerd worden, kunnen een blinde vlek zijn binnen de andere logica, of niet urgent worden gevonden.

## CONCLUDEREND

Ondanks dat op basis van wet- en regelgeving de medisch noodzakelijke zorg toegankelijk zou moeten zijn voor ongedocumenteerde migranten, blijkt de praktijk zowel weerbarstiger als inventiever dan wet- en regelgeving veronderstellen. De knelpunten, die landelijk ervaren worden met betrekking tot toegang tot en financiering van zorg, worden vaak op lokaal niveau opgelost. De inzet van lokale oplossingen, in combinatie met een gebrek aan centrale monitoring, brengen verschillende issues en aandachtspunten naar voren.

Goed geïnformeerd zijn over het recht op medisch noodzakelijke zorg, de mogelijkheden voor vergoeding hiervan en over de instanties die hier een rol in spelen, is van belang voor de toegang tot zorg. We constateren dat er wat betreft bekendheid met deze zaken een groot contrast bestaat tussen zorgverleners die op regelmatige basis met ongedocumenteerden te maken hebben en zorgverleners die maar af en toe met deze groep te maken hebben. Dit vraagt om een betere en **gerichtere informatievoorziening**. We zien dat steunorganisaties hier op lokaal niveau oplossingen voor vinden. Maar er wordt op lokaal niveau ook aangegeven dat het verspreiden van informatie beter kan. Tegelijkertijd is het van belang de **kennis en vaardigheden van ongedocumenteerden te versterken**, met name als het gaat om het recht op medisch noodzakelijke zorg, inzicht in het Nederlands zorgsysteem, specifieke taalvaardigheid en wijze van interactie met zorgverleners.

Op lokaal niveau worden de verschillende **praktische oplossingen** voor die 'informatiecontrast' benoemd, zoals het verstrekken van een 'paspoort' aan ongedocumenteerden waarin hun rechten beschreven staan en die zij kunnen tonen aan zorgverleners. Of het ontwikkelen van een lokale 'sociale kaart' waar organisaties en contactpersonen vermeld staan bij wie zorgverleners en ongedocumenteerden terecht kunnen voor informatie of zorg. Wat betreft het faciliteren van de toegang tot zorg, is er op lokaal niveau sprake van netwerken van betrokken zorgverleners. Vanuit deze betrokkenheid spelen zorgverleners een rol bij doorverwijzingen naar specialistische zorg of verlenen zij vrijwillig of tegen gereduceerd tarief zorg.

Kenmerkend voor de (lokale) oplossingen die genoemd worden om de toegang tot en financiering van zorg te realiseren, is de **samenwerking** die hiervoor nodig is. Alleen krijg je het niet voor

elkaar, verbindingen tussen professionals, vrijwilligers en andere betrokkenen zijn cruciaal. Dit maakt duidelijk dat zorg voor ongedocumenteerden, net als de zorg voor anderen die op straat leven, een relationele kwestie is. Er is echter niet op alle (noodzakelijke) zorgdomeinen sprake van samenwerking. Ook komt uit de interviews naar voren dat er (te) weinig afstemming en verbinding is met de Rijksoverheid.

Problemen met toegang en financiering van zorg worden meestal - zo goed als mogelijk - op lokaal niveau opgelost. De kracht van deze oplossingen zit in de creativiteit en de 'korte lijntjes', maar is vaak niet structureel van aard. Dit komt onder meer doordat steunorganisaties afhankelijk zijn van vrijwilligers, tijdelijke projectgelden en donaties. Veel samenwerking die (toegang) tot zorg op lokaal niveau mogelijk maken, zijn bovendien gebouwd op individuele samenwerkingsrelaties. Samenwerking die is **ingebed op organisatieniveau**, biedt een duurzamer perspectief.

Op basis van deze verkenning benadrukken we het belang van centrale monitoring en duurzame samenwerking. Centrale monitoring kan bijdragen aan een betere toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerde migranten. Dit vraagt echter monitoring van zowel de belemmeringen als oplossingen voor de toegang tot zorg. Monitoring van belemmeringen maakt zichtbaar waar de informatieleemtes zitten, welke groepen extra kwetsbaar zijn en welke zorg slecht toegankelijk is. Monitoring van oplossingen laat zien hoe op lokaal niveau op deze belemmeringen ingespeeld wordt en kan als een vliegwiel dienen voor meer structurele oplossingen. Maar met monitoring alleen, ben je er nog niet. De bevindingen uit de monitor moeten waar nodig een impuls geven voor verandering.

Uit voorliggende verkenning wordt duidelijk dat duurzame verbetering van de toegang tot zorg vraagt dat er samenwerking is tussen een verscheidenheid van betrokkenen op lokaal- en nationaal niveau. De realisatie dat vanuit **verschillende logica's** gewerkt wordt aan dit vraagstuk, is een voorwaarde om samen te kunnen werken. Bewustwording van deze verschillen biedt een opstap om te komen tot een (deels) gedeelde probleemdefiniëring en daarbij behorende oplossingsrichtingen. Met elkaar in gesprek over hoe je de kwestie van medisch noodzakelijke zorg aan ongedocumenteerde migranten benadert, en wat je ziet als urgente knelpunten, is daarvoor een belangrijke basis. Zo kan er samen verschil gemaakt worden voor ongedocumenteerde migranten in een kwetsbare gezondheidssituatie.



## REFERENTIES

College voor de rechten van de Mens, Adviescommissie Vreemdelingenzaken, de Nationale Ombudsman (2015). *Verslag bijeenkomst 'zorgeloos op straat'*. <https://acvz.org/wp-content/uploads/2015/12/Verslag-bijeenkomst-Zorgeloos-op-straat.pdf>

Derckx, V.L. (2017). 'Medische zorg aan irreguliere migranten: een status quo', *TvGR 2017*, p. 121-134.

Dibbets, A. (2017). *'Zorg aan ongedocumenteerden' in de huisartsopleiding: Een inventarisatie*. Utrecht: Johannes Wier Stichting.

De Nationale Ombudsman. (2015). *Zorg over de grenzen. Rapport naar aanleiding van een klacht over het bureau medische advisering*. Den Haag: De Nationale Ombudsman.

Gerritsen, A., Devillé, W., Linden, F. van der, et al. (2006). Psychische en lichamelijke gezondheidsproblemen van en gebruik van zorg door Afghaanse, Iraanse en Somalische asielzoekers en vluchtelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 150, p. 1983-1989.

Heeren, M., Wittmann, L., Ehlert, U., Schnyder, U., Maier, T. & Muller, J. (2014). Psychopathology and resident status – Comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 818-825.

Klazinga, N.S., Bloemen, E.J.J.M., van Buuren, J.J.M., Goker, E., Kortmann, F.A.M., Legemate, J. Pronk, C.C. & Schwarz, R.V. (2007). *Arts en vreemdeling. Rapport van de Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. Zeist: a-d Druk.

Laban, C., Gernaat, H., Komproe, I., et al. (2005). Invloed van de duur van de asielprocedure op de prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Iraakse asielzoekers in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, p. 743-752.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen: Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Genneep B.V.

Oort, M. van, Kulu Glasgow, I., Weide, M. & Bakker, D. de, (2001). *Gezondheidsklachten van illegalen: een landelijk onderzoek onder huisartsen en spoedeisende-hulpafdelingen*. Utrecht: Nivel.

Van Beijnum, I., van Midde, M., Neevel, I. Oostvogels, M., Schimmel, S., Roëll, S., & Vleugels, K. (2016). *Status quo. Een lite-*

*ratuurstudie naar gezondheidsdeterminanten van ongedocumenteerde migranten in Europa en hun toegang tot zorg in Nederland*. Médecins du Monde the Netherlands / Dokters van de Wereld: Amsterdam.





Kennisplatform  
Integratie &  
Samenleving



## Colofon

Financier: Ministerie van Sociale Zaken en  
Werkgelegenheid  
Auteurs: Dr. L. van Hal  
F. Stoutjesdijk, MSc  
Met medewerking van: M. van der Hoff, MSc  
Foto omslag: L.E. Kruis  
Redactie: F.A. de Booy  
Ontwerp: Design Effects  
Uitgave: Kennisplatform Integratie & Samenleving  
P/a Kromme Nieuwegracht 6  
3512 HG Utrecht  
T (030) 230 3260

De publicatie kan gedownload worden via de website van het  
Kennisplatform Integratie & Samenleving: <http://www.kis.nl>.

ISBN 978-90-5830-883-2

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2018.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.  
Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron  
wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.  
Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is  
mentioned.

### KENNISPLATFORM INTEGRATIE & SAMENLEVING

Kennisplatform Integratie & Samenleving doet onderzoek, adviseert en biedt praktische tips en instrumenten over vraagstukken rond integratie, migratie en diversiteit. Daarnaast staat het platform open voor vragen, signalen en meningen en formuleert daar naar beste vermogen een antwoord op.

Deze kennisuitwisseling is bedoeld om een fundamentele bijdrage te leveren aan een pluriforme en stabiele samenleving. Blijf op de hoogte van alle projecten, vragen en antwoorden en andere kennisuitwisseling via [www.kis.nl](http://www.kis.nl), de [nieuwsbrief](#), [Twitter](#) en [LinkedIn](#).

Kennisplatform Integratie & Samenleving is een programma van het Verwey-Jonker Instituut en Movisie  
T 030 230 32 60 E [info@kis.nl](mailto:info@kis.nl) I [www.kis.nl](http://www.kis.nl)

