



## Ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot ziekenhuiszorg

### Onderzoeksrapport

Pharos, Juni 2010

## Colofon

© juni 2010, Pharos Kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid, Stichting Kinderpostzegels Nederland en Projecten in Nederland (PIN).

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt door druk, fotokopie of microfilm of op een andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

*Ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot ziekenhuiszorg* is ontwikkeld met medefinanciering van Stichting Kinderpostzegels Nederland en Projecten in Nederland (PIN) door Pharos, in samenwerking met Defence for Children International Nederland en UNICEF Nederland.



### Auteurs

Marjan Mensinga, Pharos  
Hester van Bommel, Pharos  
Martine Goeman, Defence for Children International Nederland  
Karin Kloosterboer, UNICEF Nederland

### Projectleider

Marjan Mensinga

Pharos

### Projectsecretariaat

Pharos  
Herenstraat 35  
Postbus 13318  
3507 LH Utrecht  
Telefoon 030 234 98 00  
E-mail [info@pharos.nl](mailto:info@pharos.nl)  
[www.pharos.nl](http://www.pharos.nl)

## Voorwoord

*'Kinderen kunnen niet zelf bepalen of ze naar de dokter gaan. Dit maakt ongedocumenteerde kinderen extra kwetsbaar. Voor de toegang tot zorg zijn zij afhankelijk van anderen. Als hun ouders te bang zijn om een arts te bezoeken, dan loopt het kind een extra gezondheidsrisico.'* (arts, geïnterviewd in 2009).

Voor u ligt het onderzoeksrapport *Een gezond leven voor iedereen. Ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot ziekenhuiszorg*. Dit onderzoek heeft als doel de knelpunten in de toegang tot ziekenhuiszorg en de kennis over de rechten en plichten van ongedocumenteerde kinderen in kaart te brengen. Hiertoe is kwalitatief onderzoek gedaan onder ongedocumenteerde kinderen, hun ouders en medewerkers en hulpverleners van ziekenhuizen in Nederland.

Dit rapport is bedoeld voor beleidsmakers, onderzoekers, medewerkers van ziekenhuizen en hulpverleners zoals artsen. Het onderzoek is uitgevoerd door Pharos (kennis- en adviescentrum migranten, vluchtelingen en gezondheid), in samenwerking met Defence for Children International Nederland en UNICEF Nederland, en mede mogelijk gemaakt door Stichting Kinderpostzegels Nederland en Projecten in Nederland (PIN).

We bedanken de dertien ziekenhuizen en hun medewerkers alsmede de ongedocumenteerde kinderen en hun ouders voor hun bijdrage aan het onderzoek. Zij hebben openhartig over hun ervaringen verteld waardoor wij dit rapport konden schrijven.

Juni 2010

Marjan Mensinga, Pharos  
Hester van Bommel, Pharos  
Martine Goeman, Defence for Children International Nederland  
Karin Kloosterboer, UNICEF Nederland

## Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
1.1.	Achtergrond .....	6
1.2.	Doelstelling onderzoek .....	7
1.3.	Leeswijzer.....	7
<b>2.</b>	<b>Conceptueel kader</b>	<b>9</b>
2.1.	Inleiding .....	9
2.2.	Ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot het ziekenhuis .....	9
2.2.1.	Rapporten .....	9
2.2.2.	Boeken .....	11
2.3.	Het recht op gezondheidszorg voor ongedocumenteerde kinderen ....	11
2.3.1.	Internationale verdragen .....	11
2.3.2.	Nationale wet- en regelgeving .....	14
2.3.3.	Beroeps- en gedragscodes zorgverleners .....	16
2.3.4.	Vergoeding van de zorg .....	17
2.4.	Best Interest of the Child ontwikkelingsmodel.....	18
2.5.	Conclusies.....	20
<b>3.</b>	<b>Methoden</b>	<b>21</b>
3.1.	Doel .....	21
3.2.	Onderzoeksvragen .....	21
3.3.	Methode van onderzoek.....	21
3.4.	Ethische overwegingen .....	23
<b>4.</b>	<b>Resultaten</b>	<b>24</b>
4.1.	Perspectief ongedocumenteerde kinderen.....	24
4.1.1.	Resultaten onderzoeksvraag 1 .....	24
4.1.2.	Resultaten onderzoeksvraag 2 .....	25
4.1.3.	Samenvatting .....	29
4.2.	Perspectief van de hulpverleners .....	30
4.2.1.	Resultaten van de voormeting .....	30
4.2.2.	Resultaten van de nameting .....	34
4.2.3.	Samenvatting .....	37
<b>5.</b>	<b>Conclusie, discussie en aanbevelingen</b>	<b>38</b>

<b>5.1. Conclusie.....</b>	<b>38</b>
<b>5.2. Discussie.....</b>	<b>40</b>
<b>5.3. Aanbevelingen .....</b>	<b>41</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage 1 – Topiclijst focusgroep illegale kinderen</b>	<b>45</b>
<b>Bijlage 2 – Topiclijst ziekenhuizen</b>	<b>47</b>

# 1. Inleiding

## 1.1. Achtergrond

In Nederland leven tussen de 100.000 en 150.000 mensen die ongedocumenteerden<sup>1</sup> worden genoemd. Ongedocumenteerden zijn mensen die niet rechtmatig in Nederland verblijven, vaak uitgeprocedeerde asielzoekers of mensen die nooit een aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend. In 2006 schatte het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) (Heijden, P.G.M. van der, et al 2006) van het ministerie van Justitie dat ongeveer 88.000 ongedocumenteerden van niet-Europese herkomst zijn en ongeveer 41.000 van Europese herkomst.

Ongedocumenteerde kinderen komen meestal niet in de officiële statistieken voor. De onderzoekers schatten dat er ongeveer 30.000 van deze kinderen in Nederland zijn (zie kader pag. 7). Jaarlijks worden ongeveer 2000 baby's van ongedocumenteerde moeders geboren. Het zijn schattingen, omdat niet met zekerheid te zeggen is hoeveel mensen ongedocumenteerd in Nederland zijn.

De ongedocumenteerde kinderen leven meestal met hun ouders die er (soms) voor hebben gekozen om ongedocumenteerd in Nederland te verblijven. Uit onderzoek blijkt dat deze kinderen extra kwetsbaar zijn voor gezondheidsrisico's en psychische problemen. Ongedocumenteerde kinderen lopen relatief meer kans op fysieke mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik en psychisch geweld dan andere kinderen. Ouders van deze kinderen kunnen hun eigen verdriet en frustraties afreageren op de kinderen. Tevens zijn hun woonomstandigheden, zoals hygiëne en privacy, vaak reden tot zorg (Kalverboer 2006; Brouns e.a. 2003; Van der Veen 2007).

Volgens de Vreemdelingenwet 2000 (artikel 10 lid 2) hebben ongedocumenteerden recht op (medisch noodzakelijke) gezondheidszorg, onderwijs (voor kinderen tot 18 jaar) en juridische ondersteuning. In 1998 heeft de Nederlandse overheid de Koppelingswet bekrachtigd. Voor ongedocumenteerden betekent dit dat zij uitgesloten zijn van veel sociale voorzieningen, zoals onderdak.<sup>2</sup> De medisch noodzakelijke zorg aan ongedocumenteerden werd van 1998 tot 31 december 2008 vergoed door het Koppelingsfonds. Vanaf 1 januari 2009 is de situatie gewijzigd en vergoedt het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een deel van de 'gederfde inkomsten' aan zorgverleners. Het is nog niet duidelijk wat deze wijziging betekent voor de toegang tot het ziekenhuis voor ongedocumenteerde kinderen.

Uit verschillende onderzoeken (Morelli & Braat 1999; Braat 2004; Gerritse 2006) en door meldingen bij onder andere Lampion<sup>3</sup> (2009), en de helpdesk van Defence for Children International Nederland, blijkt dat veel ongedocumenteerde kinderen, hun ouders en de professionals die met hen werken, (te) weinig weten over de rechten van het kind. Zo ontving Lampion in 2006 45 keer een vraag over problemen bij de toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerde kinderen. In 2007 waren hierover 18 vragen gesteld, in 2008 23 vragen en in 2009 39 vragen. Veel ouders zijn niet op de hoogte van het feit dat hun kind recht heeft op gezondheidszorg. Ze zijn bang om naar een ziekenhuis te gaan, omdat ze denken dat ziekenhuizen voor de overheid werken en hun naam en adres doorgeven aan de politie.

Uit het onderzoek *Ziek en geen papieren* van Van den Muijsenbergh (2004) is bekend dat ongedocumenteerden lang wachten voordat ze met een klacht naar de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis gaan. Ze zijn bang voor de hoge kosten die dit met zich meebrengt, willen lang

---

<sup>1</sup> Wij hebben ervoor gekozen om het woord 'ongedocumenteerd' te gebruiken in plaats van 'illegaal'. Dit laatste woord heeft een negatieve klank, terwijl er alleen maar verwezen wordt naar mensen die onrechtmatig in Nederland verblijven. Het kan zijn dat de mensen wel over documenten beschikken, maar niet over een geldig Nederlands verblijfsdocument.

<sup>2</sup> Het Europees Comité voor Sociale Rechten heeft Nederland veroordeeld voor dit beleid. In mei 2010 is actie gevoerd om het recht op onderdak voor ongedocumenteerde kinderen in de praktijk te brengen (zie [www.geenkindopstraat.nl](http://www.geenkindopstraat.nl)).

<sup>3</sup> Landelijk informatie- en adviespunt over zorg aan ongedocumenteerden (ondergebracht bij Pharos), [www.lampion.info](http://www.lampion.info)

doorwerken om geen inkomstenverlies te hebben, schamen zich soms en denken dat hun klachten vanzelf overgaan. Veelal komen ze zo in het informele circuit van bijvoorbeeld traditionele genezers terecht, met alle risico's van dien (Van den Muijsenbergh 2004).

Uit de publicatie *Zeker van zorg? Zorg voor onverzekerden!* van SIGRA (Stichting Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam) blijkt dat ongedocumenteerden in het algemeen slecht terecht kunnen bij zorginstellingen (SIGRA/AGIS 2006: 20). De toegang tot het ziekenhuis (en vooral doorverwijzing naar specialistische zorg) verloopt in de regel zeer moeizaam. Zelfs na een verwijzing van de huisarts kunnen zij worden geweigerd. Voor ongedocumenteerde kinderen bestaat de kans dat zij bij doorverwijzing naar het ziekenhuis de arts niet te zien krijgen (NIVEL 2009).

Vanuit de zorginstellingen en hulpverleners zijn er hiervoor verschillende redenen aan te wijzen. Uit het onderzoek *Ziek en geen papieren* (Van den Muijsenbergh 2004) blijkt dat zorginstellingen en artsen soms onwetend zijn over de financiële regelingen die voor ongedocumenteerde kinderen gelden. Ze zijn huiverig om deze kinderen meer dan acute zorg te verlenen. Een aantal keren zijn in 2007 bij de helpdesk van Lampion vragen gesteld over hoe verder te gaan nadat een specialist een noodzakelijke behandeling had voorgesteld, maar deze niet uitvoerde omdat het desbetreffende kind onverzekerd was en de kosten niet door anderen opgebracht konden worden.

Naast bovengenoemde onderzoeken en inzichten is tot nu toe weinig bekend over ongedocumenteerde kinderen en hun toegang tot zorg in Nederland. Bestaande literatuur over ongedocumenteerden en gezondheidszorg richt zich voornamelijk op volwassenen. Pharos vindt het belangrijk dat juist deze kwetsbare groep kinderen toegang heeft tot goede zorg en heeft daarom het initiatief genomen om onderzoek te doen naar de toegankelijkheid van ziekenhuizen voor deze kinderen.

## 1.2. Doelstelling onderzoek

Dit onderzoek heeft als belangrijkste doel het in kaart brengen van knelpunten ten aanzien van de ziekenhuiszorg aan ongedocumenteerde kinderen. De knelpunten worden zowel vanuit het perspectief van de kinderen als van de hulpverleners bekeken. Bovendien wordt de oude situatie (tijdens het Koppelingsfonds) met die van vandaag de dag (de nieuwe financieringsregeling) bekeken. Tot slot worden aanbevelingen ter verbetering gedaan. Pharos heeft in 2008 en 2009, in samenwerking met Defence for Children International Nederland en UNICEF Nederland, een exploratief onderzoek uitgevoerd.

## 1.3. Leeswijzer

Dit onderzoeksrapport is als volgt opgebouwd: in het eerste hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven. Hoofdstuk 2 schetst het conceptuele kader, waarin een literatuuroverzicht en de nationale en internationale wet- en regelgeving aan de orde komen. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksmethodiek beschreven. In hoofdstuk 4 komen de resultaten aan bod uit de focusgroepen met ongedocumenteerden en de interviews met medewerkers van dertien ziekenhuizen. Hoofdstuk 5 ten slotte bevat conclusies, een discussie en aanbevelingen.

**Hoe wordt een kind ongedocumenteerd?<sup>4</sup>****1. *Nooit een verblijfsvergunning aangevraagd***

Dit zijn kinderen die in Nederland zijn geboren uit 'illegale' ouders.

**2. *Uitgeprocedeerd***

Bijvoorbeeld kinderen van uitgeprocedeerde asielzoekers of alleenstaande minderjarigen zonder verblijfsvergunning.

**3. *Tijdelijke verblijfsvergunning gehad, die is verlopen en niet wordt verlengd***

Het gaat hier om kinderen die een tijdelijke verblijfsvergunning hebben gekregen omdat bijvoorbeeld de situatie in eigen land onveilig is. Als de vergunning verlengd moet worden, wordt er gekeken of het land van herkomst nog steeds onveilig is. Als het als veilig wordt beschouwd, wordt de verblijfsvergunning niet verlengd en is het kind vanaf dat ogenblik ongedocumenteerd.

**4. *Verblijfsvergunning gehad maar deze is ingetrokken***

Bijvoorbeeld kinderen die een verblijfsvergunning hadden omdat hun ouders getrouwd waren. Als de ouders gaan scheiden, kan het zijn dat een van de ouders de (afhankelijke) verblijfsvergunning verliest en als gevolg daarvan kan ook de verblijfsvergunning van de kinderen worden ingetrokken.

---

<sup>4</sup> Bron: [www.iLegaalkind.nl](http://www.iLegaalkind.nl)



## 2. Conceptueel kader

### 2.1. Inleiding

Om inzicht te krijgen in de wet- en regelgeving over de gezondheidszorg aan mensen die ongedocumenteerd in Nederland verblijven, is het van belang de context uit te werken waarin zorg aan ongedocumenteerden plaatsvindt. Als eerste komt in paragraaf 2.2 een literatuuroverzicht aan de orde. Vervolgens wordt in volgende paragrafen een overzicht gegeven van internationale verdragen, nationale wetgeving en beroepscode die van invloed zijn op het recht van kinderen op gezondheidszorg. Het gaat hier zowel om de toegankelijkheid als de financiering van de zorg voor ongedocumenteerden. Tot slot wordt het *Best Interest of the Child* model toegelicht; een ontwikkelingsmodel dat invulling geeft aan het belang van het kind.

### 2.2. Ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot het ziekenhuis

In de literatuur is tot nu toe weinig specifiek geschreven over ongedocumenteerde kinderen en gezondheidszorg in Nederland. Onderzoek naar ongedocumenteerde kinderen en toegang tot het ziekenhuis in Nederland is niet eerder gedaan. Gezondheidszorg voor kinderen wordt in de meeste literatuur in één adem genoemd met de zorg voor de ongedocumenteerde moeder. In dit rapport staan de kinderen centraal. Aangezien de literatuur over dit onderwerp zich toespitst op volwassen ongedocumenteerden, komt de zorg aan hen ook aan de orde. Het zijn immers de ouders die hun kinderen naar het ziekenhuis brengen. Als zij niet naar het ziekenhuis kunnen of durven, komt hun kind er ook niet terecht. In het onderstaande volgt een bespreking van de bevindingen van verschillende onderzoekers en andere betrokkenen.

#### 2.2.1. Rapporten

Defence for Children International Nederland heeft in 2006 het rapport *Jeugdzorg voor 'illegale' kinderen* (Gerritse 2006) uitgebracht. Dit rapport bestaat uit een quickscan onder 24 medewerkers van Bureau Jeugdzorg in veertien hoofdlocaties, naar de praktijk van hulpverlening aan en bescherming van kinderen zonder verblijfstitel. Uit dit onderzoek komt naar voren dat sommige medewerkers denken dat hun organisatie de gegevens over de verblijfstitel van hun ongedocumenteerde cliënten standaard moet doorgeven aan de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) of aan de vreemdelingenpolitie. Verderop schrijft de auteur: *'Mensen zonder verblijfsvergunning zullen terughoudend zijn om vrijwillig een beroep te doen op de jeugdzorg, uit angst voor onthulling van de 'illegale' verblijfspositie. Niet alle 'illegale' kinderen gaan naar school of bezoeken een huisarts zodat er een grote kans bestaat dat problemen onopgemerkt blijven'*. Het blijkt ook dat veel hulpverleners van Bureau Jeugdzorg niet op de hoogte zijn van het feit dat ongedocumenteerde kinderen recht hebben op jeugdzorg.

De auteur signaleert tevens dat ongedocumenteerde kinderen en hun ouders vaak geen vaste woon- of verblijfplaats hebben waardoor ze regelmatig moeten verhuizen. Een gestart hulpverleningstraject wordt dan voortijdig afgebroken. De overdracht naar een andere hulpverleningsinstelling kan problemen opleveren omdat de hulpverlener niet weet aan wie hij moet overdragen.

SIGRA heeft in 2006 een rapport uitgegeven, getiteld *Zeker van zorg? Zorg voor onverzekerden!*, waarin is beschreven hoe de zorg aan ongedocumenteerden is geregeld bij alle gezondheidsinstellingen in Amsterdam (SIGRA/AGIS 2006). De ziekenhuizen geven aan dat het aantal opnames van ongedocumenteerden ieder jaar toeneemt, van 234 in 1998 tot 588 in 2004. Het is niet bekend hoeveel kinderen daarbij zitten. Gemiddeld liggen deze onverzekerde patiënten 5,3 dagen in het ziekenhuis (SIGRA/AGIS 2006: 16). Van vier ziekenhuizen zijn de kosten bekend die in 2004 gemaakt zijn voor zorg aan onverzekerden. In totaal ging het om minimaal 5 miljoen euro. De

onderzoekers signaleren dat: *'het medewerkers veel tijd kost om patiënten verzekerd te krijgen<sup>5</sup> en patiënten krijgen in het ziekenhuis niet de zorg die ze nodig hebben. Daarnaast liggen ze op een zogenaamd verkeerd bed<sup>6</sup>, wat onnodig hoge kosten met zich meebrengt.'* Zowel in de verpleeghuizen als in de gehandicaptenzorg blijken instellingen geen onverzekerdenprotocol te hebben omdat: *'...er wordt nagegaan of de cliënt AWBZ-verzekerd is. Is dit niet het geval, dan wordt de cliënt niet geplaatst'* (SIGRA/AGIS 2006: 20).

Het rapport *Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor illegalen in Nederland: een update* (NIVEL 2009), is verschenen na afronding van dit onderzoek. Om die reden zijn de uitkomsten van het NIVEL niet meegenomen in de vragen van dit onderzoek. Toch is het relevant om het rapport te bespreken. Het schetst namelijk het kader waarmee de onderzoeksuitkomsten vergeleken kunnen worden. De onderzoekers van het NIVEL bekeken de toegang tot zorg in 2007. Ze vergeleken die vervolgens met de toegankelijkheid zoals gerapporteerd in hun onderzoek uit 1999. Daarnaast maken ze een klein uitstapje naar 2009, het jaar waarin de nieuwe financieringsregeling van kracht is geworden. Het NIVEL signaleert dat er een concentratie is van huisartsenzorg voor ongedocumenteerde patiënten, dat huisartsenpraktijken met veel ongedocumenteerden vaker problemen ervaren dan praktijken met weinig ongedocumenteerde patiënten en dat ongedocumenteerden veel psychische problemen en angstproblemen hebben. Daarnaast ervaren huisartsen problemen bij het bieden van nazorg omdat de patiënt vroegtijdig uit beeld verdwijnt of omdat een opname tot problemen leidt. Soms wil het ziekenhuis of verpleeghuis bij opname van een ongedocumenteerde vooraf financiële garanties hebben. Huisartsen geven niet vaak een rekening mee aan de ongedocumenteerde patiënt.

Van de 64 spoedeisende-hulpafdelingen (SEH's) in dit onderzoek zien 33 afdelingen regelmatig ongedocumenteerde patiënten. Iets meer dan de helft van de SEH's ervaart specifieke problemen met ongedocumenteerde patiënten bijvoorbeeld op het gebied van slechte financiering, moeizame betaling, complexe gezondheidsproblemen, psychische problemen of angsten. Deze angsten houden meestal verband met de ongedocumenteerde status. De nazorg ligt bijna altijd in handen van het ziekenhuis of de huisarts. Vier ziekenhuizen hebben een protocol voor zorg aan ongedocumenteerden. Bij een loopt het protocol via de financieel-economische administratie.

De SEH's zeggen bijna allemaal dat ze 'ongedocumenteerde patiënten behandelen als iedere andere patiënt.' Wat betreft de kosten van de hulpverlening bespreken de meeste SEH's deze met de patiënten voor of tijdens de behandeling. Zij sturen de rekening in het algemeen op naar het huisadres of naar een ander adres. In bijna tweederde van de SEH's (20) komt het voor dat ongedocumenteerde patiënten na afloop van een behandeling de kosten direct moeten betalen. Er zijn weinig SEH's die patiënten eerst laten betalen en dan pas behandelen. Van alle SEH's met ongedocumenteerde patiënten (33) zeggen er 26 dat hun afdeling altijd direct hulp dient te verlenen, ongeacht of de vergoeding gegarandeerd kan worden.

In de conclusie schrijven de onderzoekers: 'Baliëassistenten in ziekenhuizen zijn vaak slecht geïnformeerd over regelgeving en procedures aangaande ongedocumenteerde patiënten, waardoor het voorkomt dat ongedocumenteerden weggestuurd worden zonder dat een medisch specialist heeft beoordeeld of zorg verleend dient te worden.' Bij financiële knelpunten constateren de onderzoekers dat zowel hulpverleners als ongedocumenteerde patiënten slecht geïnformeerd zijn over de regelgeving en de mogelijkheden omtrent hulpverlening aan ongedocumenteerde patiënten.

---

<sup>5</sup> De ongedocumenteerde kan op grond van artikel 64 van de Vreemdelingenwet een verblijfsvergunning aanvragen voor de duur van zijn ziekte. De ziektekosten kunnen dan vergoed worden. Meestal helpt een maatschappelijk werker daarbij.

<sup>6</sup> Onder 'verkeerd bed' wordt verstaan dat de patiënt eigenlijk naar een AWBZ-instelling (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) moet voor verdere behandeling, maar daar wordt geweigerd omdat de kosten niet worden vergoed (of er is geen plaats) waardoor de patiënt in het ziekenhuis blijft liggen en niet de zorg krijgt die hij eigenlijk nodig heeft.

## 2.2.2. Boeken

In het boek *Ziek en geen papieren* (2004) bekijkt Maria van den Muijsenbergh de leefomstandigheden van ongedocumenteerde kinderen en hun specifieke gezondheidssituatie. De kinderen hebben relatief vaak psychische klachten door de onzekerheid waarin ze verkeren. De huisarts verwijst ongedocumenteerde patiënten vaker door naar het ziekenhuis dan andere patiënten. Dit heeft te maken met het feit dat ze met klachten komen die elders thuishoren. Bijvoorbeeld bij kiespijn zouden mensen naar de tandarts moeten gaan, maar die helpt hen niet, waardoor de huisarts ervoor kiest om ze naar de kaakchirurg te verwijzen (Van den Muijsenbergh 2004: 15). Door de omstandigheden waarin ongedocumenteerden leven is rust meestal onmogelijk en leidt gebrek aan geld soms tot het maar gedeeltelijk aanschaffen van de noodzakelijke medicijnen wanneer deze niet worden vergoed (idem: 16). Daarnaast hebben ongedocumenteerden een weerstand tegen elke vorm van registratie of het noemen van een adres, uit vrees voor opsporing.

## 2.3. Het recht op gezondheidszorg voor ongedocumenteerde kinderen

Het recht op gezondheidszorg wordt gezien als een belangrijk mensenrecht. In internationale verdragen, nationale wetten en beroepscodes komt dit recht uitgebreid aan bod. Op nationaal niveau speelt het begrip *medisch noodzakelijke zorg* daarnaast een belangrijke rol.

### 2.3.1. Internationale verdragen

#### Universele Verklaring van de Rechten van de Mens

De *Universele Verklaring van de Rechten van de Mens* (UVRM) werd in 1948 unaniem door de Verenigde Naties aangenomen. Hoewel de Verklaring op zichzelf niet bindend is, vormt deze wel de basis van vele grondwetten en mensenrechtenverdragen (een van de belangrijkste voorbeelden is het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind).

Het recht op gezondheidszorg staat beschreven in *artikel 25* van de UVRM. Dit artikel bepaalt dat eenieder recht heeft op een levensstandaard die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin. Hieronder valt het recht op gezondheid.

#### Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten

Het recht op gezondheid zoals geformuleerd in artikel 25 van de UVRM is nader uitgewerkt in het (juridisch bindende) *Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten* (IVESCR). *Artikel 12* van het IVESCR bepaalt dat eenieder recht heeft op een zo hoog mogelijke staat van lichamelijke en geestelijke gezondheid. In het *General Comment* van het VN-Comité voor Economische, Sociale en Culturele Rechten (het CESCR), wordt dit artikel nader uitgewerkt.<sup>7</sup> Dit document stelt dat artikel 12 samenhangt met diverse andere mensenrechtenverdragen en ook onontbeerlijk is voor de realisering van deze andere rechten.

Het CESCR onderscheidt twee elementen die van belang zijn voor het recht op gezondheid:

1. *Beschikbaarheid (availability)*: In elke lidstaat dient er een goed gezondheidszorgsysteem aanwezig te zijn. Hierbij moet worden gedacht aan voldoende zorgfaciliteiten, gekwalificeerd personeel en de benodigde medicijnen.
2. *Toegankelijkheid (accessibility)*: De elementen die bij punt 1 genoemd zijn moeten zonder discriminatie toegankelijk zijn voor iedereen.

Het General Comment geeft aan dat uit artikel 12 van het IVESCR enkele kernverplichtingen (*core obligations*) voor overheden voortvloeien. Deze kernverplichtingen bevatten onder meer een recht op toegang tot gezondheidszorg zonder discriminatie voor de meest kwetsbare groepen mensen (CESCR 2000, § 43 en 44).<sup>8</sup> Ongedocumenteerde kinderen behoren in veel landen tot de meest kwetsbare groepen. Vanwege die kwetsbaarheid dienen zij extra beschermd te worden. Ook hun recht

<sup>7</sup> *General Comment Committee on Economic, Social and Cultural Rights, E/C.12/2000/4.*

<sup>8</sup> *Zie voor meer informatie over kwetsbaarheid: www.evasp.eu.*

op toegang tot gezondheidszorg dient extra scherp bewaakt te worden. Discriminatie door weigering van toegang tot de beschikbare zorgfaciliteiten is vanwege hun kwetsbare positie zeer zorgwekkend.

### Europees Sociaal Handvest

Naast het bepaalde in het IVESCR is het recht op gezondheid ook opgetekend in *artikel 11* van het *Europees Sociaal Handvest* (ESH). Dit artikel bepaalt dat de staten die zich hebben aangesloten bij het ESH verplicht zijn om enerzijds maatregelen te nemen om ziektes en een slechte gezondheid te voorkomen en anderzijds de volksgezondheid te verbeteren. Ook andere artikelen van het ESH zijn van toepassing op het recht op gezondheidszorg, zoals *artikel 13* (recht op sociale en geneeskundige bijstand) en *artikel 17* (recht van moeders en kinderen op sociale en economische bescherming). Aangesloten landen kunnen aangeklaagd worden wanneer zij zich niet aan het ESH houden. Dit is op het gebied van ongedocumenteerde kinderen een aantal jaren geleden met Frankrijk gebeurd (zie kader).

#### Schending toegang gezondheidszorg ongedocumenteerde kinderen in Frankrijk

In 2003 heeft de internationale mensenrechtenorganisatie FIDH (International Federation of Human Rights Leagues) een proces aangespannen tegen Frankrijk bij het Europees Comité voor Sociale Rechten (ECSR). De FIDH was van mening dat Frankrijk de artikelen 13 (*recht op sociale en geneeskundige bijstand*) en 17 (*recht van moeders en kinderen op sociale en economische bescherming*) van het ESH heeft geschonden door ongedocumenteerden slechts gezondheidszorg te bieden in levensbedreigende situaties. Het comité beargumenteerde dit door te benadrukken dat artikel 17 van het ESH geschreven is in het licht van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind en dat aldus aan de bescherming van kinderen groot belang wordt gehecht. Door ongedocumenteerde kinderen slechts gezondheidszorg te bieden in levensbedreigende situaties en hen voor overige situaties lang te laten wachten, schendt Frankrijk artikel 17 van het ESH.<sup>9</sup>

### VN-Verklaring over de rechten van het kind

Vóór het ontstaan van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind in 1989, vonden de Verenigde Naties het van belang enkele basisvoorwaarden voor een goede ontwikkeling van een kind vast te leggen in een officiële verklaring. Deze VN-Verklaring over de rechten van het kind kwam in 1959 tot stand en bepaalde in *principe 4*:

*'The child shall enjoy the benefits of social security. He shall be entitled to grow and develop in health; to this end, special care and protection shall be provided both to him and to his mother, including adequate pre-natal and post-natal care. The child shall have the right to adequate nutrition, housing, recreation and medical services.'*

Hoewel deze VN-verklaring juridisch nog geen verplichtingen oplegde, werd duidelijk dat het voor een goede ontwikkeling van een kind van groot belang is dat het recht op gezondheid gewaarborgd wordt. De juridisch niet bindende verklaring werd uiteindelijk vervat in het juridisch wél bindende Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind.

### Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind

In 1989 hebben de Verenigde Naties het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) aangenomen. Dit Kinderrechtenverdrag is in 1995 voor Nederland in werking getreden. Centraal in het IVRK staan de belangen van het kind (*artikel 3 lid 1*). Het IVRK geldt voor alle kinderen, ongeacht bijvoorbeeld ras, geslacht, geloof maar ook ongeacht verblijfsstatus. In *artikel 24* is het recht van elk kind op gezondheidszorg zonder enige vorm van discriminatie vastgelegd.

Vier artikelen uit het IVRK worden aangemerkt als kernartikelen: *artikel 2* (non-discriminatie), *artikel 3* (belang van het kind), *artikel 6* (recht op ontwikkeling) en *artikel 12* (eigen mening van het kind). Het IVRK is een holistisch verdrag. Dat betekent dat alle artikelen onderling samenhangen. Hier wordt besproken hoe de kernartikelen 2, 3, 6 en 12 samenhangen met het recht op de grootst mogelijke mate van gezondheid (*artikel 24*).

<sup>9</sup> ECSR 8 september 2004, nr.14/2003, [www.coe.int](http://www.coe.int)

### **Artikel 24: Recht op gezondheidszorg zonder discriminatie**

Artikel 24 van het IVRK bepaalt dat elk kind recht heeft op de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor deze gezondheidszorg:

1. De Staten die partij zijn, erkennen het recht van het kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor geneeskundige verzorging en revalidatie. De Staten die partij zijn, streven ernaar te waarborgen dat geen enkel kind zijn recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden.
2. De Staten die partij zijn, streven de volledige verwezenlijking van dit recht na en nemen passende maatregelen, met name:
  - a om baby- en kindersterfte te verminderen;
  - b om de verlening van de nodige medische hulp en gezondheidszorg aan alle kinderen te waarborgen, met nadruk op de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg;
  - c om ziekte, ondervoeding of verkeerde voeding te bestrijden, mede binnen het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg, door, onder andere, het toepassen van gemakkelijk beschikbare technologie en door het voorzien in voldoende en voedzaam voedsel en zuiver drinkwater, de gevaren en risico's van milieuverontreiniging in aanmerking nemend;
  - d om passende pre- en postnatale gezondheidszorg voor moeders te waarborgen;
  - e om te waarborgen dat alle geledingen van de samenleving, met name ouders en kinderen, worden voorgelicht over en gesteund in het gebruik van de kennis omtrent de gezondheid en de voeding van kinderen, de voordelen van borstvoeding, hygiëne en sanitaire voorzieningen en het voorkomen van ongelukken;
  - f om preventieve gezondheidszorg, begeleiding voor ouders, en voorzieningen voor en voorlichting over gezinsplanning te ontwikkelen.
3. De Staten die partij zijn, nemen alle doeltreffende en passende maatregelen teneinde traditionele gebruiken die schadelijk zijn voor de gezondheid van kinderen af te schaffen.
4. De Staten die partij zijn, verbinden zich ertoe internationale samenwerking te bevorderen en aan te moedigen teneinde geleidelijk de algehele verwezenlijking van het in dit artikel erkende recht te bewerkstelligen. Wat dit betreft wordt in het bijzonder rekening gehouden met de behoeften van ontwikkelingslanden.

#### *Expliciet discriminatieverbod*

De Staten die partij zijn bij het IVRK hebben zich verplicht te waarborgen dat geen enkel kind zijn recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden. Lid 2 van dit artikel vermeldt nogmaals expliciet dat staten passende maatregelen dienen te nemen voor de verlening van de nodige medische hulp en om te zorgen dat gezondheidszorg voor alle kinderen gewaarborgd blijft. Bekeken in samenhang met de artikelen 2, 3, 6 en 12 van het IVRK betekent dit dat ongedocumenteerde kinderen recht hebben op de grootst mogelijke mate van gezondheid.

### **Artikel 2: Het recht om niet gediscrimineerd te worden**

Op grond van artikel 2 van het IVRK is bepaald dat kinderen het recht hebben niet gediscrimineerd te worden. Deze bepaling geldt voor de onderlinge verhouding tussen kinderen (alle kinderen hebben gelijke rechten) maar ook voor de verhouding tussen volwassene en kind. Bij de totstandkoming van het IVRK is er gediscussieerd over de vraag of kinderen die zonder juiste documenten in een land verblijven, uitgesloten mogen worden van het recht om niet gediscrimineerd te worden. Dit voorstel is afgewezen.

In artikel 2 wordt een aantal omstandigheden genoemd waarop kinderen niet gediscrimineerd mogen worden, voorbeelden zijn ras, geslacht en geloof. Ook 'een omstandigheid van de ouder' is een omstandigheid waarop kinderen niet gediscrimineerd mogen worden. Een voorbeeld van een 'omstandigheid van de ouder' is illegaal verblijf. Het eventuele ongedocumenteerde verblijf van de ouder(s), is geen rechtvaardiging voor discriminatie van het kind.

#### *Samenhang met artikel 24*

Bekeken naar de samenhang met het recht op gezondheidszorg heeft artikel 2 van het IVRK tot gevolg dat kinderen niet uitgesloten mogen worden van het recht op gezondheidszorg op grond van illegaal verblijf van hun ouder(s).

### **Artikel 3: Het belang van het kind voorop**

Artikel 3 van het IVRK bepaalt dat bij alle beslissingen die kinderen aangaan, het belang van het kind voorop dient te staan. Artikel 3 lid 1 bepaalt:

*'Bij alle maatregelen betreffende kinderen, ongeacht of deze worden genomen door openbare of particuliere instellingen, voor maatschappelijk welzijn of door rechterlijke instanties, bestuurlijke autoriteiten of wetgevende lichamen, vormen de belangen van het kind de eerste overweging.'*<sup>10</sup>

De frase 'bij alle maatregelen betreffende kinderen' heeft tot gevolg dat artikel 3 van het IVRK ook van toepassing is op maatregelen die niet uitdrukkelijk in het IVRK vervat zijn (Ruitenbergh 2003: 61).

#### *Samenhang met artikel 24*

Bekeken in samenhang met artikel 24 van het IVRK valt af te leiden dat bij het nemen van medische beslissingen die kinderen aangaan, het belang van het kind altijd voorop dient te staan. Kinderen moeten allereerst als kind behandeld worden en pas in tweede instantie als vreemdeling.

#### **Artikel 6: Recht op een goede ontwikkeling**

Artikel 6 van het IVRK legt het recht op leven en ontwikkeling vast. De Staten die partij zijn bij het IVRK erkennen dat kinderen recht op leven hebben en waarborgen de ontwikkeling van een kind. De ontwikkeling van ongedocumenteerde kinderen is vaak geschaad door hun moeilijke leven. Hun onzichtbaarheid maakt hen kwetsbaar. Door deze kwetsbaarheid hebben deze kinderen extra bescherming nodig.

#### *Samenhang met artikel 24*

Een continue ontwikkeling zoals verwoord in artikel 6 van het IVRK, is de basis voor de best mogelijke gezondheid van een kind.

#### **Artikel 12: Recht op een eigen mening**

Artikel 12 van het IVRK bepaalt dat een kind het recht heeft gehoord te worden en het recht heeft op participatie. Waar artikel 13 het heeft over het recht op vrijheid van meningsuiting in het algemeen, beperkt artikel 12 zich tot beslissingen die het kind aangaan.<sup>11</sup> In die gevallen heeft een kind het recht zijn of haar mening te geven en dient er ook geluisterd te worden naar deze mening. Voor het recht op gezondheidszorg betekent dit dat er naar een kind moet worden geluisterd wanneer het aangeeft pijn te hebben. Met de informatie die hieruit voortkomt moet ook daadwerkelijk iets gedaan worden.

#### *Samenhang met artikel 24*

Artikel 12 van het IVRK bevat het recht om een mening te geven, het recht om gehoord te worden maar ook het recht om mee te beslissen over medische handelingen die het kind aangaan. In samenhang met artikel 24 van het IVRK betekent dit dat kinderen aanspraak kunnen maken op de rechten van artikel 12 bij medische situaties.

### **2.3.2. Nationale wet- en regelgeving**

Het recht op gezondheidszorg voor ongedocumenteerde kinderen (en volwassenen) is in Nederland vastgelegd in diverse wetten en beroepscodes. De afgelopen jaren is de wet- en regelgeving rondom zorg aan ongedocumenteerden in ontwikkeling geweest. Deze ontwikkelingen zullen hieronder worden toegelicht.

#### **Vreemdelingenwet 2000**

De Koppelingswet van 1998 bepaalde dat ongedocumenteerden uitgesloten zouden worden van sociale voorzieningen. Hierbij werd uitdrukkelijk bepaald dat gezondheidszorg niet onder deze uitsluiting viel: gezondheidszorg diende toegankelijk te blijven. De Koppelingswet is later vervat in *artikel 10* van de *Vreemdelingenwet 2000*. Dit artikel bepaalt dat ongedocumenteerden recht hebben op 'medisch noodzakelijke zorg' (zie het kader). Tijdens de behandeling van de Koppelingswet in de Tweede Kamer is bepaald dat zorgaanbieders en zorginstellingen géén rol hebben in het actief

<sup>10</sup> In de Nota van Toelichting bij de ratificatiewet van het IVRK (kamerstuk 22855 (R1451), no. 3, p. 15), wordt over de afweging van het belang van het kind tegen andere belangen gesteld: *'Het is evenwel met de bedoeling van het Verdrag in overeenstemming te achten dat, in geval van conflict van belangen, het belang van het kind als regel de doorslag behoort te geven.'*

<sup>11</sup> Kamerstukken II 1992/93, 22 855 (R1451), nr. 3 (MvT).



opsporen en aangeven van ongedocumenteerden.<sup>12</sup> Het weigeren van zorg is strafbaar volgens het Wetboek van Strafrecht (*artikel 308 en 309*) als het tot gevolg heeft dat iemand zwaar lichamelijk letsel oploopt.

### **Medisch noodzakelijke zorg**

Onder artsen is *medisch noodzakelijke zorg* een discutabel begrip dat vaak voor verwarring zorgt. Sommige artsen zien medisch noodzakelijke zorg als zorg tijdens een 'acute noodsituatie'. Anderen zien het als alle medische zorg die een arts nodig vindt om iemand beter te maken, zonder onderscheid des persoons. Tijdens het debat over de Koppelingswet in 1996 leidde het begrip tot veel discussie. De eerder gebruikte term 'acute noodsituatie' werd verworpen. Minister Borst-Eilers beargumenteerde dit als volgt: *'Het amendement van de heer Rouvoet gaat over de terminologie 'gezondheidszorg in acute noodsituaties'. Hij wil die term veranderen in 'de verlening van noodzakelijke medische zorg'. Ik wil daarop zeggen dat het kabinet de voorkeur geeft aan de term 'de verlening van medisch noodzakelijke zorg'. Dan is het namelijk de arts die de noodzaak van de zorg vaststelt. Over de term 'noodzakelijke medische zorg' kunnen immers weer eindeloze discussies ontstaan, omdat anderen dan blijkbaar uitmaken wat noodzakelijk is. Het lijkt een kleinigheid, maar het is ook een gebruikelijke terminologie.'*

De heer Rouvoet reageerde hierop door te stellen: *'Voorzitter! De minister heeft daar volstrekt gelijk in. Ik zal mijn amendement op dat punt dus zeker wijzigen. Voor mij was de achtergrond dat het ging om de professionele verantwoordelijkheid. Die komt veel beter tot uitdrukking in de reactie die ik nu heb gekregen.'* Er werd benadrukt dat het gebruik van de term medisch noodzakelijke zorg ervoor kon zorgen dat voorkomen werd dat iemand terecht kwam in een acute noodsituatie. Als voorbeeld noemde men chronisch zieken.<sup>13</sup>

In 2007 poogde de commissie-Klazinga het begrip medisch noodzakelijke zorg te verhelderen door te spreken van 'verantwoorde en passende medische zorg'. Op de vraag of de te verwachten verblijfsduur een rol kan spelen bij het wel of niet geven van medisch noodzakelijke zorg werd geantwoord dat *'als de verblijfsduur in Nederland onduidelijk is of nog lang zal zijn, het belang van continuïteit van adequate medische zorg zwaarder moet wegen.'* De commissie bepaalde dat in die gevallen de te verlenen medische zorg gelijk dient te zijn aan de reguliere zorg voor verzekerden. De aanbevelingen van de commissie-Klazinga zijn beschreven in de publicatie *Arts en vreemdeling* (Klazinga 2007).

### *Medisch noodzakelijke zorg bij kinderen*

De invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg is overgelaten aan de arts. De arts kan hierbij als stelregel aanhouden dat het moet gaan om verantwoorde en passende medische zorg. Met deze omschrijving kan zorg beter afgestemd worden op de specifieke situatie. Bij het verlenen van zorg aan kinderen is er echter altijd sprake van medisch noodzakelijke zorg en is weigering van zorg strafbaar. Weigeren zorg te verlenen aan ongedocumenteerde kinderen is extra zorgelijk vanwege hun kwetsbare positie.

### **De Wet op de Jeugdzorg<sup>14</sup>**

Het recht op gezondheidszorg voor ongedocumenteerde kinderen omvat ook het recht op jeugdzorg. De Wet op de Jeugdzorg (WJz) bepaalt in *artikel 3* dat ongedocumenteerde kinderen geen recht hebben op jeugdzorg maar dat hiervoor wel een uitzondering kan worden gemaakt. Die uitzondering wordt gemaakt in het Uitvoeringsbesluit van de Wet op de Jeugdzorg. *Artikel 7* in dat Uitvoeringsbesluit bepaalt dat jeugdzorg toegankelijk is voor ongedocumenteerde kinderen jonger dan 18 jaar. Daarbij gelden wel een viertal beperkingen:

1. De duur van het indicatiebesluit moet in overeenstemming zijn met de verwachte duur van verblijf in Nederland. Omdat de situatie van ongedocumenteerde kinderen snel kan veranderen, wordt een indicatiebesluit niet afgegeven voor een jaar (zoals gebruikelijk), maar slechts voor zes maanden. Na deze maanden wordt er opnieuw onderzocht of het kind nog steeds zorg nodig heeft.

<sup>12</sup> Aanhangsel Handelingen II 2007/08, nr. 840.

<sup>13</sup> Kamerstukken II 1996/97, 24 233, nr. 43 (Het Amendement-Rouvoet).

<sup>14</sup> Voor meer informatie: Gerritse 2006.

2. 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.
3. Jeugdzorg is slechts toegankelijk voor ongedocumenteerde kinderen onder de 18 jaar (voor 'legale' kinderen tot 23 jaar).
4. De ouders van ongedocumenteerde kinderen kunnen geen aanspraak maken op jeugdzorg.

### 2.3.3. Beroeps- en gedragscodes zorgverleners

In de medische beroepscode staat beschreven welke zorg de zorgverlener in welke omstandigheden moet verlenen. Verschillende tuchtcolleges voor de gezondheidszorg zien toe op de toepassing van deze beroepscode. Als een zorgverlener een beroepscode schendt, kan dit gevolgen voor hem hebben.

#### Beroepscode arts

Een arts is in noodsituaties verplicht om zorg te verlenen. Niet-betaling mag hierbij geen rol spelen. Bij een niet-spoedeisende situatie mag een arts de patiënt niet in de steek laten; de arts moet hulp blijven verlenen. Als de patiënt echter niet betaalt, mag de arts wel overgaan tot opschorting van niet-spoedeisende hulp.

#### Beroepscode verpleegkundigen

In 2007 is de Nationale Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden tot stand gekomen. In punt 2.1 van deze beroepscode wordt beschreven dat iedere zorgvrager recht heeft op zorg. Er wordt expliciet vermeld dat: *'... etnische afkomst, nationaliteit, cultuur, leeftijd, geslacht, seksuele geaardheid, ras, geloof, levensbeschouwing, politieke overtuiging, sociaal-economische status, lichamelijke of verstandelijke beperking, aard van de gezondheidsproblemen, levensstijl niet van belang zijn voor de vraag of iemand zorg krijgt.'* De verpleegkundige moet elke zorgaanvrager en zijn naasten met hetzelfde respect tegemoet treden. In het inleidende stuk wordt benadrukt dat de beroepscode is ontwikkeld in het licht van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind en de Nederlandse Grondwet. De beroepscode vermeldt dat de verpleegkundige of verzorgende op de hoogte dient te zijn van de relevante onderdelen van deze wetgeving.

#### Beroepscode tandartsen

Tandartsen mogen patiënten niet weigeren bij kennelijke (pijn)klachten. Een tandarts mag wel weigeren een patiënt in de praktijk op te nemen.

#### Beroepscode verloskundigen

Verloskundigen mogen patiënten die vragen om verloskundige (noodzakelijke) hulp niet weigeren. Zij mogen de behandeling slechts stopzetten als een patiënt door een andere verloskundige kan worden geholpen.

#### Gedragscode en standpunt kinderartsen

In juni 2006 is een gedragscode van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)<sup>15</sup> aangenomen. Deze gedragscode ziet onder meer toe op de behandeling van ongedocumenteerde kinderen. Op grond van deze gedragscode zijn kinderartsen verplicht ongedocumenteerde kinderen te helpen. Hierbij maakt het geen verschil of zij wel of niet verzekerd zijn. In de gedragscode staat ook beschreven dat een kinderarts hulpverleners in moet schakelen als dat nodig is voor een optimale genezing. Ook moet een kinderarts bezwaar maken als een kind dat onder zijn behandeling staat, onvrijwillig wordt overgeplaatst (ook als deze overplaatsing naar het buitenland is).<sup>16</sup>

#### Standpunt kinderartsen

De vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) heeft in 2008 een standpunt opgesteld over de uitzetting en detentie van ongedocumenteerde kinderen.<sup>17</sup> Bij het afwijzen van het

<sup>15</sup> vindplaats: [www.nvk.nl](http://www.nvk.nl)

<sup>16</sup> Bron: Medisch Contact, 25 mei 2006

<sup>17</sup> Standpunt Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland over de uitzetting en detentie van kinderen. Vindplaats: [www.defenceforchildren.nl](http://www.defenceforchildren.nl)



asielverzoek en het als gevolg daarvan soms opsluiten en uitzetten van kinderen, wordt onvoldoende rekening gehouden met de gezondheidssituatie van deze kinderen. Dit kan leiden tot gezondheidsschade. De (psychosociale) gezondheid en ontwikkeling van ongedocumenteerde kinderen kan worden geschaad door:

- langdurige onzekerheid over de verblijfsstatus bij de ouders;
- het onderbreken van continuïteit van zorg door (bedreiging met) uitzetting;
- uitzetting nadat een kind geworteld is in de Nederlandse samenleving.

Daarnaast is de kans op hechtingsproblematiek en verwaarlozing van kinderen door traumatische problemen bij hun ouders vergroot en is er sprake van een algemeen vergroot risico op ontwikkelingsstoornissen en psychiatrische problematiek bij deze kinderen. Net als orthopedagoge Kalverboer en anderen (2006) is ook AJN van mening dat kinderen die langer dan vijf jaar in Nederland verblijven, niet meer mogen worden uitgezet omdat dit schade kan veroorzaken aan hun verdere ontwikkeling.

### 2.3.4. Vergoeding van de zorg

#### Oude situatie: Koppelingsfonds 1998-2008

In de jaren negentig raakten ongedocumenteerden steeds meer afgesneden van hulp door huisartsen, tandartsen, specialisten en ziekenhuizen. Door de Koppelingswet van 1998 en andere uitsluitingswetten konden ongedocumenteerden zich niet meer verzekeren tegen ziektekosten. Artsen en andere hulpverleners waren echter vanwege hun beroeps gedragsregels verplicht om aan iedereen, verzekerd of niet, *medisch noodzakelijke zorg*<sup>18</sup> te verlenen, dus ook aan ongedocumenteerden.

Na de invoering van de Koppelingswet ontstond in Amsterdam een particulier initiatief<sup>19</sup>, het Koppelingsfonds van de Stichting Koppeling, om 'bij te dragen aan het oplossen van knelpunten in de gezondheidszorg aan onverzekerde en insolvente vreemdelingen zonder verblijfsvergunning door het bieden van financiële compensatie voor inkomensschade bij zorgverleners'. De Stichting Koppeling richtte zich met name op de knelpunten bij eerstelijnszorgverlening (huisartsen, apothekers, verloskundigen, kraamzorg, tandartsen). De Koppelingswet is later vervat in artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000. Dit artikel bepaalt dat ongedocumenteerden recht hebben op medisch noodzakelijke zorg.

Het Koppelingsfonds werkte regionaal. Daarbij bood het niet alleen compensatie aan hulpverleners, maar probeerde het ook bij te dragen aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor ongedocumenteerden. Als belangrijkste voorwaarden voor compensatie golden dat de verleende zorg medisch noodzakelijk was en dat de zorg was verleend aan een persoon die zich op grond van zijn verblijfsstatus in Nederland niet kon verzekeren en ook daadwerkelijk niet verzekerd was. Ziekenhuizen, ggz-instellingen en AWBZ-instellingen (tweede- en derdelijnszorg) konden geen beroep doen op het Koppelingsfonds. Zij moesten de kosten voor de zorg aan ongedocumenteerden binnen de post dubieuze debiteuren onderbrengen. Over de hoogte van het budget maakten deze instellingen jaarlijks afspraken met de ziektekostenverzekeraars.

Ongedocumenteerden waren en zijn zowel onder het Koppelingsfonds als onder de nieuwe regeling in beginsel zelf aansprakelijk voor de betaling van de verleende zorg. Ziekenhuizen moeten aantonen dat de medische kosten niet op de ongedocumenteerde patiënt te verhalen zijn. Dit kunnen zij doen door in eerste instantie te proberen een betalingsregeling met de patiënt te treffen. Als dat niet lukt, kunnen zij een aantal rekeningen sturen naar het adres waaronder de patiënt bekend staat.

<sup>18</sup> Zie het kader in paragraaf 2.3.2.

<sup>19</sup> Zie onder andere [www.lampion.info](http://www.lampion.info), *Financiering – Oude regeling*.

**Nieuwe situatie: Regeling uitgevoerd door het CVZ<sup>20</sup>**

Op 1 januari 2009 is een nieuwe regeling ingegaan, die uitgevoerd wordt door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Deze regeling maakt onderscheid tussen twee soorten medisch noodzakelijke zorg:

1. Direct toegankelijke zorg, dit is zorg die zonder recept, verwijzing of indicatie kan worden ingeroepen en die direct moet worden verleend. Hieronder valt de meeste eerstelijnszorg (met uitzondering van farmaceutische hulp) en de acute ziekenhuiszorg. De tegemoetkoming aan de zorgverlener bedraagt 80 procent van de oninbare kosten. De reden hiervoor is dat men de zorgverlener wil stimuleren zelf de kosten te innen van de (ongedocumenteerde) patiënt. De oninbare kosten voor zorg bij zwangerschap en bevalling worden voor 100 procent vergoed.
2. Niet-direct toegankelijke zorg, deze zorg is pas toegankelijk na recept, verwijzing of indicatiestelling. Het gaat dan om zorg geleverd door apotheken, ziekenhuizen, ggz-instellingen, verpleeghuizen en ambulancediensten. Alleen zorgaanbieders die het CVZ voor dit doel heeft gecontracteerd, kunnen aanspraak maken op een tegemoetkoming in de kosten. De voorwaarden hiervoor zijn:
  - een (gedeeltelijk) *onbetaalde rekening*;
  - de patiënt is *onverzekerd én onverzekerbaar* als gevolg van de Koppelingswet;
  - het moet gaan om *medisch noodzakelijke zorg*, door de zorgaanbieder bepaald;
  - de zorg moet onderdeel zijn van het *basiszorgpakket of de AWBZ*.

**Tandartsen**

Alle tandartsen kunnen een tegemoetkoming krijgen van 80 procent van de kosten<sup>21</sup> van:

- tandartszorg conform het basiszorgpakket, verleend aan een patiënt jonger dan 22 jaar;
- kaakchirurgie, volledig uitneembare prothetische voorzieningen en voor bijzondere tandheelkunde.

**AWBZ- en ggz-instellingen**

Vóór 1 januari 2009 bestond voor de oninbare kosten van ongedocumenteerden in AWBZ- en ggz-instellingen geen vergoedingsregeling. Na invoering van de nieuwe regeling worden deze kosten wel vergoed. Het CVZ contracteert in eerste instantie de instellingen waar op dat moment ongedocumenteerden verblijven. Vervolgens worden nieuwe instellingen gecontracteerd op het moment waarop er voor het eerst een ongedocumenteerde patiënt wordt opgenomen.

**Fysiotherapie**

Ook hier wordt de basisverzekering gevolgd. De fysiotherapeut kan van de eerste negen behandelingen, met een mogelijke verlenging van negen behandelingen voor dezelfde aandoening, de oninbare kosten voor zorg aan ongedocumenteerden jonger dan 18 jaar gecompenseerd krijgen. Wanneer het gaat om een chronische aandoening<sup>22</sup> is het aantal behandelingen niet begrensd. Voor ongedocumenteerden ouder dan 18 jaar geldt een aantal beperkingen. De fysiotherapeut kan geen vergoeding krijgen voor de oninbare kosten van de eerste negen behandelingen. Voor de tiende of latere behandeling krijgt de fysiotherapeut slechts een vergoeding van de kosten als er sprake is van een chronische aandoening zoals genoemd in de Zorgverzekeringswet. Fysiotherapeuten kunnen de gemaakte kosten declareren via de GGD en ontvangen een vergoeding van 80 procent van de gederfde inkomsten.

**2.4. Best Interest of the Child ontwikkelingsmodel**

Bij een concrete toepassing van de wet- en regelgeving op een individuele zaak van een kind is het noodzakelijk een goede belangenafweging te maken. Enerzijds is er het belang van het kind, anderzijds zijn er de belangen van de staat en de openbare orde. Vooral bij zaken die ongedocumenteerde kinderen betreffen, kan zo'n belangenafweging soms moeilijk te maken zijn. Het ontwikkelingsmodel dat de orthopedagogen Kalverboer en Zijlstra ontwikkelden kan een handvat bieden bij het invullen van het belang van het kind. Het *Best Interest of the Child* model geeft inzicht in

<sup>20</sup> Bron: [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>21</sup> Dit geldt voor de kosten die niet (volledig) door de patiënt of ouders betaald kunnen worden.

<sup>22</sup> Een lijst met in aanmerking komende aandoeningen is te vinden op <http://wetten.overheid.nl>

het belang van het kind (*artikel 3 IVRK*) en kan eventuele verstoringen in de ontwikkeling van het kind (*artikel 6 IVRK*) voorspellen of tonen (Kalverboer & Zijlstra 2006: 10).

### Best Interest of the Child model

<b>Belang van het kind en voorwaarden voor ontwikkeling</b>
1. Adequate verzorging <i>Zorg voor gezondheid, fysiek welbevinden, bijvoorbeeld kleding, voeding, onderdak.</i>
2. Een veilige fysieke directe omgeving <i>Lichamelijke bescherming van het kind in het gezin, geen mishandeling, geen toxische invloeden, geen gevaarlijke woning.</i>
3. Affectief klimaat <i>Geborgenheid, steun en begrip van de ouders, passend bij het kind.</i>
4. Ondersteunende opvoedingsstructuur <i>Regelmaat, stimulering, controle, grenzen stellen, ruimte voor eigen initiatief, niet te veel/te weinig verantwoordelijkheid bij het kind.</i>
5. Adequaat voorbeeldgedrag ouder <i>Kind kan gedrag, optreden, normen en waarden van ouders overnemen.</i>
6. Interesse <i>Ouder toont belangstelling voor kind en zijn leefwereld.</i>
7. Continuïteit in opvoeding en verzorging, toekomstperspectief <i>Ouders bouwen veilige hechtingsrelatie op met het kind. Basisvertrouwen in stand gehouden door beschikbaarheid van ouder.</i>
8. Veilige fysieke bredere omgeving <i>Veilige buurt en samenleving. Geen oorlog.</i>
9. Respect <i>Omgeving van het kind neemt behoeftes en gevoelens van het kind serieus.</i>
10. Sociaal netwerk <i>Het kind en het gezin hebben verschillende beschikbare steunbronnen.</i>
11. Educatie <i>Het kind krijgt scholing en opleiding en kan zijn talenten ontplooien.</i>
12. Omgang met leeftijdsgenoten <i>Het kind heeft omgang met andere kinderen in verschillende situaties, passend bij het ontwikkelingsniveau van het kind.</i>
13. Adequaat voorbeeldgedrag samenleving <i>Het kind heeft contact met anderen van wie hij gedrag, waarden en normen kan overnemen.</i>
14. Stabiliteit in levensomstandigheden, toekomstperspectief <i>Veranderingen in het leven zijn aangekondigd en inzichtelijk. Identificatiefiguren en steunbronnen blijven bestaan. Samenleving biedt kind toekomstperspectief.</i>

Toelichting: De eerste zeven factoren gaan over de ontwikkelingsvoorwaarden in het gezin, de volgende zeven over die in de samenleving. De factoren 1 tot en met 6 en 8 tot en met 13 betreffen de actuele situatie, de factoren 7 en 14 de toekomst en het verleden.

### Toepassing en gebruik van het model

Afwezigheid of een beperking van een van de voorwaarden uit dit model kan schade aan de ontwikkeling van het kind tot gevolg hebben. Het ontwikkelingsmodel van Kalverboer en Zijlstra is diverse malen gebruikt in rechterlijke procedures waarbij de worteling van kinderen centraal stond. De rechtbank heeft aangegeven dat een rapport waarin het ontwikkelingsmodel verwerkt is van zodanig belang is dat het gebruikt moet worden bij beslissingen over kinderen die al geruime tijd in Nederland verblijven.<sup>23</sup> De Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State heeft in een latere procedure beslist dat een rapport waarin gebruik is gemaakt van het ontwikkelingsmodel, slechts door een rechter meegewogen moet worden als het rapport speciaal gemaakt is voor de specifieke situatie van het desbetreffende kind.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> Rb. 's Gravenhage 21 augustus 2008, Awb 07/45882.

<sup>24</sup> ABRvS 27 november 2008, nr. 200802463/1. Zie hiervoor tevens: Kalverboer 2009.

## 2.5. Conclusies

Tot op heden is weinig onderzoek gedaan naar de zorg aan ongedocumenteerde kinderen. De beschikbare kennis over deze zorg is veelal gebaseerd op onderzoek gedaan onder ongedocumenteerden in het algemeen. Uit het literatuuroverzicht komt naar voren dat veel ongedocumenteerden (waaronder de ouders van ongedocumenteerde kinderen) bang zijn om naar een ziekenhuis te gaan. Ze denken dat ze het risico lopen dat medewerkers hen aangeven bij de politie. Verder zijn ze bang voor de hoge kosten. Ouders en hulpverleners zijn vaak niet op de hoogte van het recht van het kind om door een arts onderzocht te worden. Het komt voor dat ouders met hun kinderen aan de balie geweigerd worden omdat ze niet kunnen betalen. Hulpverleners zijn niet altijd op de hoogte van de zorgplicht die ze jegens het ongedocumenteerde kind hebben. Spoedeisende hulp wordt volgens de literatuur altijd verleend, wel worden er soms na afloop afspraken gemaakt over betaling van de geleverde zorg.

Uit een analyse van internationale verdragen blijkt dat het recht op gezondheid (zorg) voor ongedocumenteerden goed in deze wet- en regelgeving verankerd is. Ook in nationale wet- en regelgeving zijn de internationale normen langzaam maar zeker overgenomen. In de beroeps codes van de diverse hulpverleners wordt expliciet beschreven dat er een verplichting bestaat tot het verlenen van zorg, ongeacht iemands verblijfsstatus.

Tussen wet- en regelgeving en de huidige praktijk lijkt echter een discrepantie te bestaan. De rechten en plichten die er zijn op basis van (inter)nationale wet- en regelgeving en jurisprudentie, komen niet overeen met de uitvoeringspraktijk. Dit onderzoek spitst zich erop toe deze discrepantie te verkennen op het gebied van ziekenhuiszorg aan ongedocumenteerde kinderen. De onderzoeks aanpak, resultaten en aanbevelingen staan in de volgende hoofdstukken beschreven.

### 3. Methoden

#### 3.1. Doel

Het doel van dit onderzoek is tweeledig:

1. Het perspectief van de ongedocumenteerde kinderen: Zijn zij (en hun ouders) op de hoogte van hun rechten en plichten met betrekking tot gezondheidszorg? En welke knelpunten ervaren zij in de toegang tot het ziekenhuis, zowel voor als na de invoering van de nieuwe regeling?<sup>25</sup>
2. Het perspectief van de hulpverleners en de ziekenhuizen: Zijn de diverse medewerkers van het ziekenhuis op de hoogte van de wet- en regelgeving ten aanzien van de zorg aan ongedocumenteerde kinderen? En welke knelpunten ervaren zij in de zorg aan deze groep, zowel voor als na de invoering van de nieuwe regeling?

#### 3.2. Onderzoeksvragen

Naar aanleiding van het conceptueel kader (zie hoofdstuk 2) zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. In hoeverre zijn ongedocumenteerde kinderen en hun ouders op de hoogte van hun rechten en plichten met betrekking tot gezondheidszorg?
2. In hoeverre zijn hulpverleners in ziekenhuizen op de hoogte van de wet- en regelgeving ten aanzien van het verlenen van zorg aan ongedocumenteerde kinderen?
3. Welke knelpunten ervaren ongedocumenteerde kinderen en hun ouders bij de toegang tot ziekenhuiszorg?
4. Welke knelpunten signaleren ziekenhuizen bij de financiering van de zorg aan ongedocumenteerde patiënten?
5. Welke criteria en procedures hanteren ziekenhuizen voor de toegang tot zorg?
6. Is er een verschil waar te nemen tussen de voormeting (Koppelingsfonds) en de nameting (CVZ-regeling) in de toegang tot het ziekenhuis voor ongedocumenteerde kinderen?

#### 3.3. Methode van onderzoek

Om deze vragen te beantwoorden is gekozen voor een kwalitatief en exploratief onderzoek met twee deelstudies. Eén onder ongedocumenteerde kinderen en hun ouders en één bij de ziekenhuizen. In beide deelstudies is zowel een voor- als een nameting gedaan. De voormeting was in 2008, ten tijde van het Koppelingsfonds.<sup>26</sup> De nameting vond plaats in de eerste helft van 2009, nadat de nieuwe financieringsregeling was ingegaan.

##### **Deelstudie 1: Perspectief ongedocumenteerde kinderen**

Om het perspectief van de ongedocumenteerde kinderen in kaart te brengen, zijn er met hen in 2008 en 2009 gesprekken gevoerd. Het gaat hier om één op één gesprekken in een groepsetting en persoonlijke interviews. Omdat het soms om hele jonge kinderen ging, zijn er ook ouders geïnterviewd. De respondenten zijn voornamelijk via organisaties als het ROS<sup>27</sup> en ASKV/Steunpunt Vluchtelingen<sup>28</sup> geworven. Beide organisaties richten zich op ondersteuning van ongedocumenteerden. De respondenten (zowel uit 2008 en 2009) waren afkomstig uit Somalië, Marokko, Kaapverdië, Filippijnen, China, Angola, Bosnië en Nigeria.

In de voormeting zijn twee groepsgesprekken en een aantal diepte-interviews gehouden. De groepsgesprekken vonden plaats in Amsterdam en Rotterdam. In Amsterdam bestond de groep uit vijf respondenten, een aantal ouders met kleine kinderen en een aantal kinderen van gemiddeld 12 jaar. In Rotterdam waren twaalf respondenten aanwezig, waarvan de leeftijd rond de 16 tot 18 jaar lag. Eén

<sup>25</sup> Nieuwe regeling: zie paragraaf 2.3.4.

<sup>26</sup> Koppelingsfonds: zie paragraaf 2.3.4.

<sup>27</sup> Rotterdams Ongedocumenteerden Steunpunt

<sup>28</sup> Amsterdams Solidariteit Comité Vluchtelingen

moeder was met haar kinderen meegekomen. Daarnaast zijn er tijdens de voormeting nog zes diepte-interviews gehouden in Amsterdam, tijdens een informeel samenzijn met ongedocumenteerde vrouwen en hun kinderen. In totaal zijn er drieëntwintig ongedocumenteerden gesproken waarvan zeven kinderen of jongeren onder de 18 jaar, acht ouders met jonge kinderen en acht jongeren tussen de 19 en 23 jaar. Gemiddeld genomen woonden de respondenten acht jaar in Nederland.

De nameting bestond voornamelijk uit diepte-interviews met ongedocumenteerde jongeren onder de 18 jaar en vragen aan ongedocumenteerde vrouwen tijdens een voorlichtingsbijeenkomst. Het bleek niet mogelijk om tijdens de nameting met dezelfde respondenten te spreken als bij de voormeting. Voor de nameting was het namelijk belangrijk om respondenten te interviewen die gebruik hadden gemaakt van ziekenhuiszorg in 2009, of dat geprobeerd hadden. Alleen op die manier kan er wat gezegd worden over de toegang tot ziekenhuiszorg in relatie tot de nieuwe wetgeving. Uiteindelijk zijn slechts zes respondenten (nogmaals) geïnterviewd. Hiervan waren twee jongeren onder de 18 jaar en drie moeders en één tante met jonge kinderen. Ook zij waren gemiddeld acht jaar in Nederland.

De focusgroepgesprekken met ongedocumenteerde kinderen, jongeren en ouders zijn gehouden middels een topiclijst (zie bijlage 1). Deze lijst is gebaseerd op het conceptueel kader. De kinderen en hun ouders is expliciet naar hun ervaringen met de toegang tot het ziekenhuis gevraagd. In hun antwoorden spraken zij ook regelmatig over de huisarts. Uiteindelijk is ervoor gekozen om over de huisarts en andere hulpverleners zoals de tandarts, verloskundige en fysiotherapeut eveneens vragen te stellen.

Bij de analyse van deze gesprekken is gekeken naar de voor- en nameting. Welke knelpunten signaleerden de kinderen, jongeren en hun ouders tijdens het Koppelingsfonds? En zijn deze knelpunten opgeheven met de invoering van de nieuwe regeling in 2009 of zijn er nieuwe knelpunten ontstaan? In hoofdstuk 4 zullen we bij de bespreking van de resultaten hierin een onderscheid maken, indien relevant en mogelijk.

### **Deelstudie 2: Perspectief medewerkers ziekenhuizen**

Voorafgaand aan het onderzoek zijn vijftig ziekenhuizen, verspreid over Nederland, per telefoon en brief benaderd om aan dit onderzoek mee te doen. Dertien ziekenhuizen hebben positief gereageerd en hebben meegedaan, acht uit de Randstad en vijf uit de rest van het land. In ieder ziekenhuis zijn drie respondenten benaderd die verschillende functies hebben. Daarnaast zijn maatschappelijk werkers uit tien ziekenhuizen geïnterviewd. Dit heeft geleid tot 49 respondenten: dertien managers financiële administratie, negen spoedeisende-hulpartsen en vier kinderartsen, tien maatschappelijk werkers en dertien baliemedewerkers. Allen zijn twee keer geïnterviewd.

De eerste interviews (voormeting) werden gehouden in 2008, toen het Koppelingsfonds nog bestond. De tweede reeks interviews (nameting) vond plaats in mei/juni 2009 nadat de nieuwe regeling was ingevoerd. Iedere respondent kreeg algemene vragen en vragen die specifiek op zijn/haar beroep van toepassing waren aan de hand van gestructureerde vragenlijsten (zie bijlage 2 voor de topiclijst). Deze vragen zijn gebaseerd op de literatuur en informatie verkregen uit de gesprekken met de ongedocumenteerde kinderen, jongeren en ouders. Tevens is informatie gebruikt die via de helpdesk van Lampion is verkregen. De interviews zijn telefonisch afgenomen of face-to-face, afhankelijk van de beschikbare tijd van de respondent.

#### *Methode van data-analyse*

Nadat alle interviews zijn uitgewerkt, zijn ze samengevoegd en ingedeeld naar:

- gecontracteerd ziekenhuis of niet-gecontracteerd ziekenhuis;
- provincie of Randstad.

Bij het analyseren van de resultaten uit de dertien ziekenhuizen zijn de antwoorden per functie samengevoegd. Hierdoor wordt duidelijk welke knelpunten als dezelfde worden ervaren en hoeveel ziekenhuizen een bepaald beleid uitvoeren ten aanzien van ongedocumenteerde patiënten. Daarnaast is een vergelijking gemaakt van knelpunten tijdens de voor- en nameting: welke knelpunten zijn blijven bestaan en welke zijn opgelost door invoering van de nieuwe regeling? En zijn er nieuwe knelpunten bijgekomen?

### 3.4. Ethische overwegingen

In dit onderzoek spelen ook ethische vraagstukken. Zo kan het gebeuren dat uit de gesprekken met ongedocumenteerde kinderen en hun ouders blijkt dat zij zorg nodig hebben, maar deze niet zoeken en/of krijgen. De onderzoekers hebben in dergelijke gevallen na de interviews informatie verschaft over rechten en plichten en advies gegeven over zorgmogelijkheden.

Tijdens de interviews met de medewerkers en hulpverleners van de ziekenhuizen is in een aantal gevallen extra informatie gegeven over de rechten en plichten van ongedocumenteerde kinderen. Eenmaal heeft de onderzoeker aan een baliemedewerker een protocol gegeven van een ander ziekenhuis om te laten zien hoe men daar handelt wanneer een ongedocumenteerde patiënt zich aan de balie meldt.

Tot slot: In dit rapport zijn enkele belangrijke of opmerkelijke citaten weergegeven. Alle gebruikte namen zijn daarbij gefingeerd om de privacy van de respondenten te beschermen.



## 4. Resultaten

### 4.1. Perspectief ongedocumenteerde kinderen

In deze paragraaf zullen de resultaten van de (groeps)interviews met ongedocumenteerde kinderen, jongeren en ouders worden weergegeven aan de hand van twee onderzoeksvragen: 1) In hoeverre zijn de ongedocumenteerde kinderen en hun ouders op de hoogte van hun rechten? en 2) Welke knelpunten ervaren ongedocumenteerde kinderen en hun ouders bij de toegang tot zorg? Wanneer er verschil is in resultaten verkregen uit 2008 of 2009, en dit mogelijk samenhangt met de wetwijziging, zal dit genoemd worden.

#### 4.1.1. Resultaten onderzoeksvraag 1

##### In hoeverre zijn de ongedocumenteerde kinderen en hun ouders op de hoogte van hun rechten?

Om antwoord te krijgen op deze eerste onderzoeksvraag zijn diverse vragen gesteld aan de jongeren, zoals: Weet je waar je recht op hebt? Ga je naar school? en Ben je op de hoogte van het feit dat wanneer je ziek bent, hulpverleners je altijd moeten helpen? Uit diverse groeps gesprekken en interviews in Amsterdam komt duidelijk naar voren dat geen van de aanwezigen precies weet wat zijn of haar rechten zijn. Ook de jongeren in de groep in Rotterdam weten niet wat hun rechten zijn. Eén jongen, 17 jaar oud, weet te vertellen dat je als ongedocumenteerde niet mag werken en dat je nergens recht op hebt zonder geldige papieren. *'Alleen vluchtelingenorganisaties en kerken bieden ons hulp.'* Wanneer in deze groep gesproken wordt over rechten van ongedocumenteerden, geeft dezelfde jongen aan dat dit in de praktijk niet zo werkt.

*'Ik ging naar de huisarts vanwege longklachten en kreeg toen een verwijfsbrief mee om naar het ziekenhuis te gaan met de verdenking van tuberculose. In het ziekenhuis was het de bedoeling dat er foto's gemaakt zouden worden van mijn longen maar bij de balie van het ziekenhuis werd ik geweigerd en ben ik niet geholpen.'* (Karim, 17 jaar, groepsinterview 2008)

Hoewel alle ongedocumenteerden een betaalplicht hebben ten aanzien van de verkregen zorg, zijn zij vaak niet in staat de hoge rekeningen te betalen. Soms proberen ziekenhuizen een betalingsregeling te treffen (dit komt verder aan de orde bij onderzoeksvraag 2), maar dit gebeurt niet altijd. Ouders worden soms gedwongen om rekeningen te betalen, anders krijgt hun kind geen gezondheidszorg. Zo vertelt een moeder dat zij niks wist van de mogelijkheid om een betalingsregeling te treffen met het ziekenhuis. Hulpverleners hebben haar dat niet verteld. Ouders die een rekening echt niet kunnen betalen, weten niets af van de mogelijkheid van het ziekenhuis om een beroep te doen op het CVZ voor gedeelde inkomsten.

*'Ik betaal altijd voor alle behandelingen. Wel betaal ik pas na de behandeling, maar het is wel heel erg duur.'* (moeder, groepsinterview 2009)

In het kort komt het erop neer dat ongedocumenteerden vrijwel niets weten over hun rechten, maar ook niet over hun plichten zoals het (gedeeltelijk) betalen voor gezondheidszorg.

Opvallend is dat alle kinderen en jongeren naar school gaan. De kinderen vinden dit erg leuk en belangrijk. Een aantal jongeren heeft een mbo-opleiding afgerond. De moeders vertellen dat hun kinderen veel stressklachten hebben en daarom niet altijd naar school durven gaan. Een jongen van 11 uit groep 7 vertelt dat bij hem een politieagent in de klas kwam:

*'Ik was heel bang en durfde niks te zeggen. Gelukkig kwam hij alleen maar om wat te vertellen over de politie.'*

Zijn zusje van 13 zit in groep 8. Zij is niet bij de voorlichtingsbijeenkomst geweest, ze durfde niet.

Een andere moeder met een zoon van 17 vindt dat het nu heel lastig wordt voor haar zoon op school. Hij volgt een mbo-opleiding en moet stage lopen. Omdat hij geen verblijfsvergunning heeft, mag hij



deze stage niet uitvoeren. Dit betekent dat hij zijn opleiding niet kan afronden.<sup>29</sup> Deze situatie veroorzaakt veel stressklachten, zowel bij de jongen als zijn moeder.

#### 4.1.2. Resultaten onderzoeksvraag 2

##### Welke knelpunten ervaren ongedocumenteerde kinderen en hun ouders bij de toegang tot zorg?

###### Knelpunten in de ziekenhuiszorg

Een veel gehoord knelpunt in de toegang tot ziekenhuiszorg is de angst voor politie en justitie en voor het Nederlandse gezondheidssysteem. Eenmaal binnen het ziekenhuis ervaren de respondenten twee knelpunten: de hoge kosten en de houding van baliemedewerkers.

###### Angst

Veel respondenten zijn bang dat de huisarts en ziekenhuizen hun gegevens doorgeven aan de politie en ze hierdoor in de problemen komen. Dat dit niet geheel onterecht is blijkt uit opmerkingen die ongedocumenteerden te horen krijgen. Hieronder een voorbeeld van een veertienjarige jongen die onder behandeling is bij een neuroloog in het ziekenhuis voor zijn epilepsie:

*'Eén keer zei de arts tegen mij en mijn moeder dat als we de rekeningen niet betaalden hij de politie zou laten komen naar ons huis om onze bezittingen mee te nemen.'*

*'Hoe reageerden jullie hierop?'*

*'Eigenlijk niet, we schrokken niet zo, want we hebben toch niet veel bezittingen. Maar we hebben dit wel bij het ongedocumenteerdensteunpunt gemeld en zij hebben het geregeld met de rekeningen.'* (Mohammed, 14 jaar, interview 2009)

Een moeder vertelt dat ze met haar kind altijd naar de Kruispost<sup>30</sup> gaat, zij durft niet naar een huisarts of ziekenhuis vanwege de angst voor justitie. Ook twee jongeren geven aan dat zij om die reden niet snel naar een huisarts of ziekenhuis zullen gaan.

Naast angst voor de politie is er ook de angst voor het 'onbekende'.

*'Ik ga nooit naar een arts, ik durf niet. Ik ken de regels niet en straks moet ik heel veel betalen en dat kan ik niet.'* (moeder, groepsinterview 2009)

Een negentienjarig (zwanger) meisje gaf aan angst te hebben voor het 'systeem' in Nederland.

*'Ik ben bekend met hepatitis B. Voorheen werd ik hiervoor tweemaal per jaar gecontroleerd maar nu ben ik sinds een jaar niet meer verzekerd. Mijn huisarts probeerde me door te verwijzen naar een gynaecoloog, maar zelf had ik te veel angst om hulp in te roepen bij een ziekenhuis. Ik ben niet meer geweest.'*

Eén respondent ondervond last van het nieuwe financieringssysteem. Deze jongen is al vanaf 2007 onder behandeling bij een specialist in een ziekenhuis vanwege zijn epilepsie. Omdat dit ziekenhuis sinds januari 2009 geen contract heeft met het CVZ moet deze jongen naar een andere specialist in een ander ziekenhuis. De jongen vindt het niet prettig dat hij naar een ander ziekenhuis moet, maar hij heeft geen andere keuze. De specialist waar hij twee jaar in behandeling is geweest, heeft zijn dossier doorgestuurd naar het andere ziekenhuis en hem gezegd dat hij zelf een afspraak moet maken daar. Op het moment van het interview (medio 2009) had hij nog geen afspraak gemaakt in het gecontracteerde ziekenhuis.

<sup>29</sup> Op 13 april 2010 heeft de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap in een brief aangekondigd dat ongedocumenteerde jongeren voortaan stage mogen lopen ([www.iLegaalkind.nl](http://www.iLegaalkind.nl)).

<sup>30</sup> De Kruispost is een voorziening in Amsterdam waar ongedocumenteerden en anderen medische en psychosociale hulp kunnen krijgen.

De jongen vertelde zich goed te voelen en geen insulten meer te hebben gehad.

*'Ik vind het wel raar dat ik voor controle dan naar iemand anders moet.'* (Mohammed, 15 jaar, interview 2009)

De angst voor het medische systeem en de angst voor het doorgeven van persoonlijke gegevens aan de politie kunnen voor veel ongedocumenteerden extra drempels vormen om de kwalitatief goede en adequate zorg te ontvangen die ze nodig hebben.

### **Kosten**

Ongedocumenteerden zijn bang voor hoge rekeningen en betalingsregelingen waaraan ze niet kunnen voldoen. Deze angst zit diep en maakt de drempel om hulp in te roepen hoog. Alle respondenten gaven aan dat ze bereid waren om te betalen voor de zorg, mits het een reële betalingsregeling betreft. Hulpverleners verzuimen echter vaak mee te delen dat er een passende betalingsregeling getroffen kan worden. Uit de interviews bleek dat men meestal eerst een betalingsregeling moest ondertekenen voordat er werd behandeld, of dat mensen direct moesten betalen.

*'Ik werd verplicht om te tekenen voordat ik of mijn dochter een behandeling konden ondergaan. Het maakte niet uit of het over mezelf of over mijn kind ging. Ik heb het tekenen meerdere malen geweigerd, wat tot veel discussie leidde. Hierbij dreigde het ziekenhuis zelfs de politie in te schakelen als ik niet wilde betalen. Uiteindelijk is het zo ver gekomen dat rekeningen via het incassobureau liepen en soms verdubbeld waren en ik ook op straat kwam te staan door mijn huisbaas.'* (Moeder met dochter van 11 jaar, groepsinterview 2008)

*'Mijn oudste zoon van 18 heeft sinds zijn vijfde epilepsie. Hij moet regelmatig voor een poli-controle naar de neuroloog. In het ziekenhuis, waar de poli-controles plaatsvinden, loopt het vaak erg ongemakkelijk. Ook na verwijzing vragen ze altijd naar geld voor een onderzoek of behandeling. Gelukkig helpt het steunpunt hierbij en hoef ik niks te betalen.'* (moeder, groepsinterview 2008)

*'Bij mij wordt altijd geëist eerst bij bureau opname te betalen voordat ik behandeld kan worden. Ook tijdens mijn zwangerschapsperiode heb ik regelmatig rekeningen gekregen voor controles bij de gynaecoloog, ik wist me hier geen raad mee.'* (moeder, groepsinterview 2008)

Alhoewel het meestal goed gaat bij de spoedeisende-hulpafdeling van een ziekenhuis wil het wel voorkomen dat ongedocumenteerden eerst moeten betalen alvorens behandeld te worden of direct moeten betalen na de behandeling.

*Een meisje van 4 jaar oud, in Nederland geboren uit een Chinese moeder en Maleisische vader, beiden ongedocumenteerd in Nederland, heeft begin september 2009 haar voet tussen de spaken gekregen. Moeder ging met haar zus (wel legaal in Nederland) en dochter naar de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Het meisje bleek haar voet gebroken te hebben. Het meisje is geholpen, maar de ouders moesten direct 270 euro betalen. Dit hebben ze uiteindelijk betaald hoewel ze gevraagd hebben of het ziekenhuis gebruik wilde maken van de regeling van het CVZ.*

*Voor de nazorg zijn de ouders bewust naar een ander ziekenhuis gegaan. Bij de eerste controle bleek dat het voetje niet goed ingegipst was, dit is opnieuw gedaan. Inmiddels is het meisje al twee keer voor nacontrole geweest en ze moet binnenkort terugkomen. Het gips is eraf, maar het meisje loopt nog mank. De ouders hebben geen rekeningen meer ontvangen. (interview met een tante van het meisje 2009)*

### **Baliemedewerkers**

Een ander knelpunt bij de toegang tot zorg in het ziekenhuis is de balie. Veelal houden baliemedewerkers ongedocumenteerden tegen als ze zich niet kunnen legitimeren en geen verzekeringsbewijs kunnen laten zien. Mensen die bekend zijn met een steunpunt voor ongedocumenteerden bellen bij weigering soms ter plekke met het steunpunt. Zo kan de baliemedewerker telefonisch uitleg krijgen over hoe te handelen. Maar andere ongedocumenteerden die niet bekend zijn met een steunpunt laten zich wegsturen en gaan ziek terug naar huis.

Daarnaast heerst er bij ongedocumenteerden het gevoel niet serieus genomen te worden aan de balie. Zo vertelt een moeder van een dochter van 11 jaar met veel hoofdpijnklachten:

*'Wat me ook dwarszit is dat ik vaak het gevoel heb niet serieus te worden genomen met de klachten van mijn dochter. Bij de balie geloven ze me vaak niet en pas als ze zien dat mijn kind er slecht aan toe is, is men bereid haar te helpen. Dit geeft heel veel stress.'* (moeder, groepsinterview 2008)

*'Twee weken gelden wilde ik een afspraak maken bij de gynaecoloog voor mijn bevalling. Mijn verloskundige zei dat ik dit moest doen. In het ziekenhuis weigerde de baliemedewerkster dit omdat ik geen verblijfsvergunning heb.'*

*'Wat heb je toen gedaan?'*

*'Ik ben toen naar huis gegaan. Ik ga nu thuis bevallen.'* (Haby, 19 jaar, groepsinterview 2008)

## Overige knelpunten

### Huisarts

De meeste respondenten zien de huisarts als een knelpunt in de toegang tot de zorg. Het duurt vaak lang voor ze een afspraak met de huisarts krijgen, ze hebben het gevoel niet serieus genomen te worden en ze worden vaak afgescheept met paracetamol.

*'Soms moeten we wel drie weken wachten om geholpen te worden terwijl we alleen een recept moeten hebben voor mijn medicijnen tegen de epilepsie. Eén keer was het zelfs zo erg dat ik een zware aanval kreeg en ik hard op de grond viel met mijn hoofd. Mijn hoofd moest gehecht worden en toen ben ik met de ambulance naar het ziekenhuis gebracht.'* (Mohammed, 14 jaar, groepsinterview 2008)

*'We hebben nu een andere huisarts bij ons in de buurt, hier hoeven we niet lang te wachten. We hebben ook geen rekening gekregen van de huisarts.'* (Mohammed, 15 jaar, interview 2009)

*'In de praktijk waar ik altijd heen ga, ga ik het liefst naar de man, de vrouw doet altijd zo moeilijk.'* (moeder, groepsinterview 2009)

*Ena, een jonge vrouw van 18 afkomstig uit Bosnië, heeft veel maagklachten. Zij is daarmee naar de huisarts gegaan. Na het consult bij de huisarts werd haar direct gevraagd te betalen. Ena gaf aan dit niet te kunnen. Waarop de huisarts boos werd en zei dat ze wel moest betalen. Uiteindelijk accepteerde de huisarts dat en heeft ze niet betaald. Omdat de maagklachten niet over gingen is Ena weer naar de huisarts gegaan. Volgens haar moest ze veel langer wachten dan de rest van de patiënten in de wachtkamer. Toen haar naam werd geroepen vroeg de doktersassistente ook direct of ze het consult kon betalen. Weer moest Ena aangeven dat ze dit niet kon betalen. Ze kreeg nu een recept mee voor de apotheek. Alleen heeft de huisarts dit recept (bewust) niet ondertekend, omdat ze ongedocumenteerd is, denkt Ena. Vervolgens kreeg ze geen medicatie mee omdat het recept niet was ondertekend. Via via heeft ze toen een andere huisarts gezocht en deze behandelt haar gelukkig 'normaal'.* (interview 2008)

### Apotheek

Tijdens de gesprekken en interviews werd de apotheek regelmatig genoemd als knelpunt. Enerzijds vanwege de kosten en anderzijds vanwege de toegang. Sinds 2009 zijn er een aantal apotheken per stad of gebied gecontracteerd door het CVZ. Hierdoor is het voor ongedocumenteerden vaak niet duidelijk waar ze naartoe moeten voor hun medicijnen of deze apotheek is voor hen te ver weg.

*'Wij moeten zelf de kosten voor de medicatie betalen bij de apotheek. Het gaat om een bedrag van 20 euro per maand terwijl we maar 72 euro per maand hebben.'* (moeder van vier kinderen, groepsinterview 2008)

*'We hebben nu een andere apotheek, maar toen we de medicijnen aan het begin van het jaar gingen halen, zeiden ze dat de medicijnen die hij nodig had voor epilepsie, niet vergoed werden. We moesten deze zelf betalen. Dit is dus niet veranderd met onze andere apotheek.'* (moeder van vier kinderen, groepsinterview 2009)

Tijdens de gesprekken met de kinderen en ouders, bleek dat veel van hen niet op de hoogte waren dat ze sinds 2009 niet meer naar elke apotheek kunnen gaan. Hierdoor ontstaat het idee dat ze niet meer welkom zijn bij hun 'oude' apotheek.

### **Fysiotherapie<sup>31</sup>**

Tijdens de groeps gesprekken en interviews kwam regelmatig de fysiotherapie ter sprake als knelpunt. Er zijn een aantal voorbeelden van respondenten waaruit blijkt dat fysiotherapiepraktijken ongedocumenteerden weigeren te behandelen of dat de ongedocumenteerde patiënt een groot deel van de gemaakte kosten zelf moet betalen.

*Een Somalisch meisje van 6 jaar, dochter van een moeder met vier kinderen, heeft enige tijd terug haar arm gebroken en kan nu haar elleboog niet meer volledig buigen. Een duidelijke beperking is zichtbaar. Tijdens een nacontrole in het ziekenhuis geeft de orthopedisch chirurg een briefje mee met het telefoonnummer van een fysiotherapeut, maar geen verwijsbrief. Als het gezin contact opneemt met de betreffende fysiotherapeut, wordt medegedeeld dat het meisje geen therapie krijgt omdat zij niet verzekerd is. De moeder gaat vervolgens maar zelf met haar dochter oefenen, maar nog steeds kan die haar elleboog niet helemaal buigen en strekken. (groepsinterview 2008)*

### **Tandarts**

Tijdens de gesprekken geven een aantal jongeren (ouder dan 18) aan graag gebruik te willen maken van tandartsenzorg maar dat dit erg moeilijk is. Ook zien ouders knelpunten in de schooltandartsenzorg.

*Een moeder vertelt dat er op de school van haar kinderen een schooltandarts komt, die ze zelf moet betalen. Haar kinderen gaan hier niet naar toe. De kosten voor een gewone tandarts worden wel vergoed voor deze jonge kinderen, maar deze regelmatige controles niet. Zij begrijpt niet waarom dit zo is.*

Veel respondenten zeggen geen klachten te hebben aan hun tanden, maar periodieke controles vinden nauwelijks plaats. Angst, kosten en de toegankelijkheid spelen ook hier een grote rol.

Tot slot een moeder van een dochter van 11 jaar:

*'Het zou niet moeten uitmaken of je ongedocumenteerd of legaal bent, gezondheid is van iedereen!'*

### **Positieve ervaringen**

Zoals hiervoor beschreven staat komen tijdens alle (groeps)interviews (in 2008 en 2009) veel knelpunten naar voren bij de toegang tot ziekenhuiszorg. Kinderen, jongeren en hun ouders hebben echter ook positieve ervaringen met de gezondheidszorg. In de gesprekken gaat het niet alleen over de ziekenhuiszorg maar ook over eerstelijnszorg zoals de huisarts, tandarts en apotheek.

### **GGD**

Over het algemeen zijn de respondenten positief over de toegankelijkheid van de GGD. Met name het consultatiebureau is goed te bereiken. De meeste moeders geven aan dat hun kinderen de inentingen hebben gekregen. Ook vinden de moeders het prettig dat men kijkt of hun kind zich goed ontwikkelt.

### **Verloskundige en kraamzorg**

Tijdens de gesprekken en interviews zijn er nauwelijks respondenten die negatieve ervaringen met de verloskundigen en kraamzorg melden.

*'De controles bij de verloskundige verlopen goed. Via de GGD heb ik een verloskundige waarvoor ik niet hoeft te betalen.'* (Haby, 19 jaar, groepsinterview 2008)

---

<sup>31</sup> Voor kinderen tot 18 jaar worden de eerste negen behandelingen fysiotherapie door CVZ vergoed. Dit in tegenstelling tot volwassenen.

Ook een Chinese moeder, die inmiddels een baby heeft van een paar maanden oud, geeft aan dat de kraamzorg goed was geregeld. Ze heeft er ook niet voor hoeven te betalen.

### **Huisarts**

Hoewel in dit onderzoek respondenten ook negatieve ervaringen hebben, blijkt in zowel de voor- als nameting dat ongedocumenteerden redelijk makkelijk toegang hebben tot de huisarts. Uit de gesprekken komt wel naar voren dat dit vooral te maken heeft met de huisarts als persoon.

*'De huisarts kent ons, hij kent onze situatie, we komen er regelmatig vanwege astmatische klachten van mijn zoontje van 11 maanden oud.'* (moeder, interview 2009)

*'Ik ga altijd naar mijn huisarts, hij spreekt ook Spaans dus dat is heel fijn. Ik heb daar nooit problemen en wordt altijd geholpen.'* (moeder, interview 2009)

*'Ik kom regelmatig bij de huisarts voor mijn zoon van 11 vanwege zijn astmatische klachten. De kosten worden altijd vergoed. Ik heb hier geen problemen.'* (moeder, interview 2008)

### **Ziekenhuis**

Net als bij de huisartsenzorg geldt ook voor de ziekenhuiszorg dat wanneer je eenmaal 'binnen' bent in een ziekenhuis, bij een specialist of afdeling, het minder moeilijk wordt om (vervolg)afspraken te maken. Respondenten die klachten hadden waarvoor ze regelmatig naar het ziekenhuis moesten, hadden geen problemen om vervolgsafspraken te maken.

*'Mijn oudste zoon heeft sikkelcelanemie. In 2004 ging het heel slecht met hem en is hij uiteindelijk opgenomen in het ziekenhuis. Ik kon hem thuis niet langer meer verzorgen. Eigenlijk had ik eerder willen gaan, maar ik durfde niet. Ik was bang om opgepakt te worden. Ik kreeg daarna een rekening van €10.000. Ik kon die niet betalen en heb het ook niet betaald. Door hulp en bemiddeling van een steunorganisatie heb ik hier ook nooit meer wat op gehoord. Mijn zoon is inmiddels 18 jaar en volwassen. Hij is nog wel een paar keer opgenomen geweest in het ziekenhuis. Door zijn sikkelcelanemie heeft hij een grote wond op z'n been. De betaling van de rekeningen is geregeld. Inmiddels wordt hij regelmatig gecontroleerd en biedt het ziekenhuis hem een soort 'zorgpakket' aan waarin telkens verschillende onderzoeken plaatsvinden. Ik ben dus erg tevreden en opgelucht over de goede zorg van dit ziekenhuis.'* (moeder, interview 2008)

*'Toen ik net in Nederland kwam had ik veel last van buikklachten. Het bleek een blindedarmontsteking. Ik moest acuut worden geopereerd. Ik was toen 13 jaar. We hoefden niks te betalen en de artsen waren heel aardig.'* (Carmen, 17 jaar, groepsinterview 2008)

*'Ik heb laatst een bloedonderzoek moeten ondergaan omdat ik last heb van duizelingen. Ik wacht nog op de uitslag. Maar ik heb geen rekening gekregen, ze deden ook niet moeilijk.'* (Abdellah, 16 jaar, groepsinterview 2008)

### **Steunpunten voor ongedocumenteerden en kerkelijke organisaties**

Veel respondenten geven aan dat bemiddeling van diverse regionale steunpunten absoluut noodzakelijk is. Zij zijn van mening dat ze hierdoor bij een arts (zowel ziekenhuisarts als huisarts) zijn terechtgekomen, geen rekeningen hoefden te betalen of juist een redelijke betalingsregeling konden treffen. Door deze organisaties hebben zij ook begrepen hoe het Nederlandse zorgsysteem in elkaar steekt en dat het bijvoorbeeld heel normaal is als je een paar dagen moet wachten voordat je bij de huisarts of specialist terecht kan.

### **4.1.3. Samenvatting**

Ongedocumenteerde kinderen en hun ouders zijn niet bekend met hun rechten en plichten ten aanzien van de gezondheidszorg. Ze zijn bang voor de politie en stellen een beroep op de gezondheidszorg zo lang mogelijk uit. Bemiddeling door de regionale steunpunten voor ongedocumenteerden zijn belangrijk voor de ouders en hun kinderen. Als deze uiteindelijk naar een hulpverlener gaan, ervaren ze de toegang tot de huisarts, verloskundige en kraamzorg over het



algemeen als positief. Wanneer ze eenmaal bekend zijn bij de huisarts en het ziekenhuis geven vervolgspraken meestal geen probleem.

Veel ongedocumenteerden zijn bang voor de politie. Ze denken dat het ziekenhuis hen aangeeft wanneer ze voor een behandeling komen. Eenmaal heeft een hulpverlener gedreigd met de politie als de ouder van het ongedocumenteerde kind niet eerst zou betalen. Daarnaast merken sommige ouders op dat ze niet verder komen dan de balie van het ziekenhuis omdat ze geen verzekering hebben en zich niet kunnen identificeren.

## 4.2. Perspectief van de hulpverleners

Het aantal ongedocumenteerde kinderen dat ziekenhuizen per jaar in behandeling krijgen, verschilt sterk per ziekenhuis. Geïnterviewde ziekenhuismedewerkers schatten dat het in ziekenhuizen buiten de Randstad per jaar om ongeveer tien kinderen zal gaan. In de Randstad gaat het echter om meer dan honderd per jaar. Exacte getallen zijn er niet omdat men geen aparte registratie van ongedocumenteerde kinderen en volwassenen bijhoudt. Een respondent uit een klein ziekenhuis buiten de Randstad:

*'We hebben jaarlijks te maken met een zeer kleine groep ongedocumenteerde kinderen (tussen de tien en twintig gemiddeld). Het is dus geen hot item hier.'*

In de Randstad zijn ongedocumenteerden daarentegen een relatief grote groep. Een respondent uit een groot ziekenhuis zegt:

*'Illegaliteit is iets waar we bijna dagelijks mee te maken hebben, deze mensen kosten ook meer tijd en energie dan gebruikelijk.'*

### 4.2.1. Resultaten van de voormeting

#### 1. Welke criteria en procedures hanteren ziekenhuizen voor de toegang tot zorg?

Wanneer een patiënt zich bij de balie meldt voor behandeling, moet hij zijn zorgverzekeringspasje laten zien en daarna een identificatiedocument (ID) zoals een paspoort, rijbewijs of ID-kaart. Daarbij wordt het burgerservicenummer (BSN) gecontroleerd. Ongedocumenteerden hebben vaak geen paspoort en zeker geen zorgverzekering. Zij mogen vanwege de Koppelingswet geen gebruikmaken van sociale voorzieningen, waardoor zij zich niet kunnen verzekeren tegen ziektekosten. Een aantal respondenten begrijpt dat de vraag naar een ID en BSN kan afschrikken. Identificatie is echter wettelijk verplicht omdat in het verleden ziekenfondspasjes werden uitgewisseld. Dit leverde soms levensgevaarlijke situaties op. Zo kan de eigenaar van het pasje een andere bloedgroep hebben dan degene die het pasje leent en er kan vervuiling van het medisch dossier optreden. Nadat is geconstateerd dat de patiënt zich niet kan identificeren en geen zorgverzekering heeft, krijgen ongedocumenteerden in alle dertien ziekenhuizen een bepaalde code in het medisch systeem waardoor bekend wordt dat zij niet kunnen betalen. Vervolgens krijgen zij een ponskaartje, waarna een arts van de spoedeisende hulp bepaalt of de klacht wel of niet spoedeisend is.

#### **Spoedeisende hulp**

Na constatering van spoedeisende zorg wordt in alle dertien ziekenhuizen direct met de behandeling gestart. Het gaat om een levensbedreigende of acute situatie waarbij niet ingrijpen schadelijk kan zijn voor de patiënt. Tien artsen laten weten zeer voorzichtig te zijn bij het wel of niet verlenen van spoedeisende hulp. Een arts vertelt dat het ernstige consequenties voor hem kan hebben als hij niet behandelt en naderhand blijkt dat het toch om spoedeisende hulp ging:

*'We nemen daarom weinig risico's met dit soort situaties en laten een patiënt niet zomaar naar huis gaan bij weigering tot betaling, er moet honderd procent zekerheid over bestaan dat een patiënt geen levensgevaar loopt.'*

Artsen beseffen goed dat levensbedreigende situaties kunnen ontstaan wanneer ze geen hulp bieden. Daarnaast vrezen ze dat ze zich moeten verantwoorden voor een rechter.

Nadat de patiënt de noodzakelijke behandeling heeft gehad, probeert men hem alsnog te laten betalen. Wanneer hij dit niet kan (of niet wil) wordt de patiënt gevraagd een formulier te tekenen waarin staat dat hij of de familie garant staat voor betaling. Volgens de medewerkers van de financiële administratie betekent dit niet dat er daadwerkelijk betaald wordt, want: *'Van een kale kip kun je immers niet plukken.'* Het lukt ziekenhuizen alleen sporadisch om de rekening rechtstreeks te innen.

Vier maatschappelijk werkenden verklaren dat hun ziekenhuis na spoedeisende hulp geen rekening stuurt naar de opgegeven huisadressen. Niet alleen omdat ze ervan uitgaan dat de rekening toch niet betaald wordt, maar vooral omdat het zorgwekkende situaties kan opleveren. Het komt voor dat verhuurders de rekening vinden en vervolgens de (ongedocumenteerde) huurder het huis uitzetten omdat niet bekend mag worden dat er ongedocumenteerden wonen. Op de vraag of een ziekenhuis een incassobureau inschakelt, antwoordt een financieel medewerker dat zijn ziekenhuis dat wel doet. Bij de andere ziekenhuizen gebeurt dat niet. De kosten die incassobureaus in rekening brengen zijn vaak veel hoger dan het bedrag van de rekening. Een van de financieel medewerkers zegt daarover:

*'Die tuinstoel onder de brug ga je toch ook niet weghalen?'*

### **Niet-spoedeisende hulp**

Alle baliemedewerkers geven aan dat een niet-spoedeisende klacht pas wordt behandeld nadat is betaald. Wanneer de patiënt niet in staat blijkt om te betalen, verlenen vijf van de dertien ziekenhuizen geen hulp. Ook niet aan ongedocumenteerde kinderen. Verwijzing via een huisarts maakt geen verschil: 'Eerst betalen, dan pas zorg' is de regel. Een baliemedewerker zegt:

*'Illegaliteit is op zich iets dat fout is, dus waarom zou gratis zorg aan deze groep verleend moeten worden?'*

De overige acht ziekenhuizen, voornamelijk in de provincie, verlenen ondanks het niet betalen wel de gevraagde (niet-spoedeisende) zorg. Een baliemedewerker vertelt dat zijn ziekenhuis als drempel 25 euro vraagt. Slechts 10 procent van de ongedocumenteerden betaalt dit bedrag daadwerkelijk. De andere patiënten worden toch behandeld, uit sociale overwegingen. Vier respondenten (buiten de Randstad) antwoorden dat hun ziekenhuis ook ongedocumenteerden behandelt die niet vooraf betalen omdat:

*'... lichte klachten kunnen overgaan in spoedeisende klachten. Dit kost uiteindelijk meer dan de lichte klacht meteen behandelen.'*

## **2. Zijn artsen en maatschappelijk werkenden van het ziekenhuis op de hoogte van de plicht om zorg te verlenen aan ongedocumenteerde kinderen?**

### **Spoedeisende hulp**

Wanneer kinderen zonder documenten het ziekenhuis binnen komen voor spoedeisende hulp, krijgen ze in alle dertien ziekenhuizen direct zorg zonder betaling vooraf. De zorg is hetzelfde als bij andere kinderen. De artsen vertellen dat ze vanuit hun beroepsethiek verplicht zijn zorg te verlenen aan iedereen die dit nodig heeft. De term zorgplicht viel regelmatig. Een van de artsen zegt dat zorgplicht en (ongedocumenteerde) kinderen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn:

*'We hebben immers te maken met een zeer kwetsbare groep in de samenleving. Kwetsbaar omdat bij veel ongedocumenteerden de angst bestaat om in aanraking te komen met politie bij de toegang tot zorg.'*

De meeste artsen en maatschappelijk werkers zijn zich bewust van deze angst en beseffen dat de drempel tot toegang van ziekenhuizen laag moet zijn. Zeker als het om spoedeisende zorg gaat.

Wanneer een ongedocumenteerde patiënt echt niet kan betalen wordt in sommige ziekenhuizen gekeken of het mogelijk is de patiënt, na zorgverlening, snel te ontslaan. Bij kinderen gebeurt dit niet. Kinderen mogen volgens de respondenten nooit de dupe zijn van het niet-verzekerd zijn van hun ouders.

**Niet-spoedeisende hulp**

Voor hulp die niet spoedeisend is geven twee artsen aan dat zij ongedocumenteerde kinderen (en volwassenen) pas behandelen nadat betaald is. De overige elf artsen, waaronder vier kinderartsen, verklaren wel een behandeling te starten, ongeacht of er vooraf betaald is of niet. Vijf artsen, waaronder de artsen die alleen behandelen nadat betaald is, blijken niet bekend te zijn met de rechten van het kind. Men weet niet dat medische zorg aan ongedocumenteerde kinderen altijd verleend moet worden, ook als hun ouders daarvoor geen geld hebben.

Volgens een maatschappelijk werker zijn er in zijn ziekenhuis onder artsen verschillende opvattingen over zorg aan ongedocumenteerden: De eerste opvatting is: *'De ongedocumenteerde betaalt niet voor de behandeling, dus ik behandel niet.'* De tweede is: *'Ik behandel de ongedocumenteerde hetzelfde als iedere andere patiënt'*, en de derde: *'Ik behandel wel, maar doe alleen het hoogst noodzakelijke'*. Deze respondent probeert ongedocumenteerde kinderen bij de arts 'onder te brengen' die hen hetzelfde behandelt als alle andere patiënten.

**Nazorg**

Wat betreft de nazorg en verwijzing naar de gespecialiseerde zorg geven alle artsen en maatschappelijk werkenden aan te zorgen dat dit zo goed mogelijk gaat. Een arts zegt:

*'Als ziekenhuis heb je te maken met de zorgplicht voor iedere patiënt, de achtergrond van diegene mag daar geen invloed op hebben.'*

**3. Welke knelpunten signaleren ziekenhuizen bij het verlenen van zorg en de financiering van zorg aan de ongedocumenteerde patiënt?**

Voor de beantwoording van deze vraag zijn de respondenten ingedeeld in functiegroepen:

- A. Baliemedewerkers.
- B. Artsen en maatschappelijk werkenden.
- C. Financiële administratie.

**A. Baliemedewerkers**

Baliemedewerkers zijn voor iedereen de eerste toegang tot het ziekenhuis. Om die reden zijn ze een belangrijke schakel in dit onderzoek. Ze vertellen allemaal dat communicatie met ongedocumenteerden een probleem is. Ongedocumenteerden, stellen zij, weten niet voor welke zorg ze (direct) moeten betalen. Door deze onwetendheid loopt de discussie aan de balie soms zo hoog op dat men een maatschappelijk werker erbij vraagt om de betalingsplicht nogmaals uit te leggen. Een respondent van de inschrijfbalie zegt daarover:

*'Huisartsen moeten ongedocumenteerde patiënten niet alleen doorsturen met een verwijsbriefje maar ook uitleg geven over de kosten die zij zelf moeten maken.'*

De (meeste) kinderen worden wel behandeld zonder betaling vooraf.

**B. Artsen en maatschappelijk werkenden**

Uit de literatuur (Van den Muijsenbergh 2004) komt naar voren dat ongedocumenteerde ouders hun kind soms eerder uit het ziekenhuis meenemen dan de arts goed vindt. Meestal omdat ze bang zijn voor de politie of om ergens geregistreerd te staan. De meeste van onze respondenten zeggen dit zelf niet te hebben meegemaakt. Uit één ziekenhuis is een jonge patiënt wel zomaar door zijn ouders uit het ziekenhuis meegenomen. Twee respondenten hebben uitdrukkelijk aan de ouders de garantie moeten geven dat zij zich geen zorgen hoeven te maken over politie en justitie. Een maatschappelijk werker uit een academisch ziekenhuis:

*'Ongedocumenteerden zijn weinig bekend met de geheimhoudingsplicht van artsen. Dat is een slechte zaak want op deze manier wordt de drempel om hulp in te roepen voor medische zorg alsmaar hoger.'*

Volgens een andere maatschappelijk werker bestaat er soms onduidelijkheid bij ongedocumenteerden over hun eigen rechten in de gezondheidszorg.

*'In de praktijk komt het erop neer dat zij vooral bang zijn voor hoog oplopende kosten.'*



Meerdere respondenten herkennen dit beeld. Het tegenovergestelde komt ook voor: in een aantal gevallen laten de ouders hun kinderen langer dan noodzakelijk in het ziekenhuis liggen vanwege de slechte thuisomstandigheden. Alle respondenten stellen dat zij bij ongedocumenteerde kinderen extra bedacht zijn op de thuissituatie. Zij schakelen vaak een maatschappelijk werker in, die bij de ouders langsgaat en kijkt naar de huisvesting en de hygiëne. Tevens informeren ze de ouders over de zorg die thuis aan het kind geboden moet worden. Blijkt dit niet in orde te zijn of niet mogelijk te zijn, dan kan de opnameduur van het kind verlengd worden.

Sommige respondenten voelen zich zelfs verplicht deze kinderen langer op te nemen. Een respondent (uit de Randstad) geeft als voorbeeld dat voor twee patiëntjes, van wie een ouder alcoholverslaafd was, langere zorg in het ziekenhuis nodig was. Over het algemeen menen de respondenten dat ongedocumenteerde kinderen niet veel extra zorg nodig hebben.

### **Nazorg**

Op het moment dat de kinderen ontslagen worden, gaat het contact tussen de arts en het ongedocumenteerde kind (en zijn ouders) vaak verloren. Poliafspraken vlak na een opname worden meestal wel nagekomen. Maar doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg komt moeilijk op gang of kan niet worden geboden. De artsen veronderstellen dat ouders bang zijn voor de kosten. Andere veronderstellingen die de artsen noemen zijn: taalproblemen, het zwervende bestaan, trauma's of onvoldoende bekendheid met de Nederlandse gezondheidszorg.

Doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg als revalidatiecentra gaat zeer moeizaam; mensen komen vaak niet op hun afspraak. Zeven artsen zien vooral de kosten als struikelblok. Deze zorg valt onder de AWBZ en werd tot voor kort niet vergoed.<sup>32</sup> Het is ongedocumenteerde mensen wel duidelijk dat er revalidatie geboden wordt maar het werkelijke belang ervan wordt nogal eens onderschat. Veel patiënten raken na ontslag uit het oog en de artsen weten niet hoe het verder met hen gaat:

*'We hebben te maken met een groep die vaak geen vaste woon- en verblijfplaats heeft en daardoor moeilijk te traceren is.'*

Naast revalidatie omvat de nazorg ook fysiotherapie en medicatie. Met name medicatie wordt door de ouders niet altijd opgehaald. Een probleem is dat zij vaak niet weten waarvoor ze wel of niet moeten betalen. Artsen maken zich daarover zorgen omdat het niet geven van medicijnen aan het kind van invloed kan zijn op het genezingsproces. Een maatschappelijk werker:

*'Wanneer het lukt wil het ziekenhuis nog wel eens een voorraad medicijnen meegeven, bijvoorbeeld bij hiv/aidspatiënten mits deze medicijnen op voorraad zijn in het ziekenhuis.'*

Bij kinderen moet alles goed geregeld zijn voordat zij naar huis mogen. Wat betreft een andere respondent zijn de hoge kosten voor het ziekenhuis niet eens het belangrijkste:

*'Het gaat er vooral om dat patiënten in het ziekenhuis niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Bovendien raken ze door het lange wachten nogal eens gefrustreerd, wat vaak tot wrijving op de afdeling leidt. Patiënten in een verkeerd bed veroorzaken ook nog eens langere wachttijden voor anderen.'*

### **C. Financiële administratie**

Respondenten van de grotere ziekenhuizen in de Randstad vinden dat de overheid hen financieel meer moet bijstaan ten aanzien van het 'ongedocumenteerdprobleem', bijvoorbeeld door de post dubieuze debiteuren aan te vullen. Ze zien het als een maatschappelijk probleem waar niet alleen de ziekenhuizen verantwoordelijk voor zijn. De respondenten van de financiële administratie vinden allemaal dat er geen *gratis zorg* geboden moet worden:

*'Iedereen moet opdraaien voor de kosten voor zorgverlening, dus ook de ongedocumenteerden.'*

Men verwacht dat het in de samenleving op veel weerstand zal stuiten als bepaalde groepen, zoals ongedocumenteerden, niet hoeven te betalen voor gezondheidszorg. Ongedocumenteerden moeten

<sup>32</sup> Sinds de invoering van de nieuwe regeling wordt deze zorg door het CVZ vergoed.

zich dan ook coöperatief opstellen als ze niet kunnen betalen. Ziekenhuizen zullen in dat geval makkelijker een passende betalingsregeling treffen.

## 4.2.2. Resultaten van de nameting

### 1. Welke criteria en procedures hanteren ziekenhuizen voor de toegang tot zorg?

De criteria voor ongedocumenteerde kinderen om voor zorg in aanmerking te komen zijn het zelfde gebleven als in de voorafgaande periode, toen het Koppelingsfonds nog bestond. Als het geen spoedeisende zorg is, kunnen de kinderen nu echter doorverwezen worden naar gecontracteerde ziekenhuizen in de omgeving.

Tijdens de voormeting verleenden vijf ziekenhuizen alleen planbare (niet-acute) zorg als vooraf betaald was. Na invoering van de nieuwe regeling hebben twee van deze ziekenhuizen een contract gesloten met het CVZ. Ongedocumenteerde kinderen worden nu in deze ziekenhuizen ook behandeld als de ouders niet in staat zijn om direct te betalen. De andere drie ziekenhuizen sturen de kinderen door naar een gecontracteerd ziekenhuis of ze behandelen het kind zelf, als er voor de behandeling betaald wordt.

### 2. In hoeverre zijn artsen en maatschappelijk werkers op de hoogte van de plicht tot het verlenen van zorg aan ongedocumenteerde kinderen?

Van de drieëntwintig artsen en maatschappelijk werkenden zijn twintig op de hoogte van de invoering van de nieuwe regeling. Ze weten wat deze regeling inhoudt. Sinds de invoering ervan is het een aantal keer gebeurd dat artsen ongedocumenteerde kinderen hebben moeten overplaatsen naar een gecontracteerd ziekenhuis. Zo heeft een van de respondenten uit een klein ziekenhuis onlangs een patiëntje doorgestuurd naar een gecontracteerd ziekenhuis omdat er kostbare scans gemaakt moesten worden.

De drie respondenten die nog niet bekend zijn met de nieuwe regeling komen uit kleinere ziekenhuizen buiten de Randstad. Zij geven aan niet zo veel ongedocumenteerde kinderen te zien. Bij hen gaat het om hooguit vijf tot tien patiëntjes per jaar. Zij denken dat ze daarom niet goed op de hoogte zijn van alle wetten en regels omtrent de zorgverlening aan ongedocumenteerde kinderen. Sommige respondenten vertellen niet altijd te weten of mensen ongedocumenteerd zijn, zoals een van hen zegt:

*‘Dat is vaak een zaak die meer bij het financieel management en de baliemedewerkers ligt.’*

### 3. Welke knelpunten signaleren ziekenhuizen bij het verlenen van zorg en de financiering van zorg aan de ongedocumenteerde patiënt?

#### A. Baliemedewerkers

Baliemedewerkers menen dat ongedocumenteerden niet goed op de hoogte zijn van hun plicht tot betalen voor zorg. Een respondent geeft als voorbeeld een ongedocumenteerde man die zich aan de balie erg agressief gedroeg nadat hem verteld was dat hij moest betalen. De man dacht dat na invoering van de nieuwe regeling de zorg gratis zou zijn. De beveiliging werd gealarmeerd. Andere respondenten bevestigen dat ze nu vaker dan voor de invoering van de regeling te maken hebben met situaties waarin ongedocumenteerden zich agressief gedragen omdat ze niet weten dat ze onder de nieuwe regeling moeten betalen. De respondenten vinden dit een zorgwekkende situatie.

De baliemedewerkers reageren overwegend positief op de invoering van de nieuwe regeling. Volgens hen bestaat nu meer duidelijkheid over hoe te handelen wanneer een ongedocumenteerde zorg nodig heeft.

*‘Er geldt nu een protocol wat er met ongedocumenteerde patiënten dient te gebeuren op het moment dat zij zich met een klacht melden.’*

In de grote steden blijkt het niet altijd makkelijk om patiënten met planbare zorg naar de gecontracteerde ziekenhuizen door te verwijzen.

*‘Ongedocumenteerden reageren soms verontwaardigd als zij horen dat ze niet ter plekke geholpen kunnen worden. Het zou goed zijn als zij vooraf al op de hoogte zijn van wat er mogelijk staat te gebeuren als zij een ziekenhuis bezoeken. Dit leidt voor ons ook tot minder discussies aan de balie.’*

Volgens deze respondent zou het praktischer zijn als de patiënten die niet-spoedeisende zorg nodig hebben, direct zelf een gecontracteerd ziekenhuis zouden benaderen.

Alle baliemedewerkers stellen dat ze nooit bedreigd hebben met politie. Ook niet als ongedocumenteerden boos waren omdat ze doorverwezen werden, of eerst moesten betalen. Wel merken ze op dat het aangaan van betalingsregelingen angst kan opwekken bij ongedocumenteerden omdat het onduidelijk is waar ze een handtekening voor zetten en wat de consequenties kunnen zijn.

### **B. Artsen en maatschappelijk werkenden**

Twintig artsen en maatschappelijk werkenden zijn bekend met de invoering van de nieuwe regeling. Zij merken op dat dit positief voor ongedocumenteerde kinderen is. Vaak komen de ouders in een laat stadium van de ziekte van hun kind naar het ziekenhuis. Een kinderarts:

*‘Mogelijk zal het risico op dit probleem nu kleiner zijn aangezien het nieuwe systeem ook de niet-spoedeisende zorg dekt.’*

Desondanks beseffen de artsen en maatschappelijk werkenden dat, met name in de Randstad, de drempel om zorg te vragen hoog ligt want de angst voor de politie is groot.

Voor de planbare zorg worden ongedocumenteerde kinderen doorverwezen naar een gecontracteerd ziekenhuis in de regio. Positief is dat de gemiddelde specialist in zo'n ziekenhuis goed op de hoogte is van de toestand van ongedocumenteerden. Maar er zijn ook negatieve gevolgen. Een arts vertelt over een jonge ongedocumenteerde patiënt die opgenomen was en door de nieuwe regeling naar een ander ziekenhuis moest verhuizen voor verdere behandeling. Dit zorgde voor veel verwarring bij de patiënt:

*‘Het is lastig aan een ongedocumenteerde uit te leggen dat je als ziekenhuis in bezit bent van alle apparatuur en benodigdheden om diegene te helpen en hij/zij toch elders geholpen moet worden.’*

Dezelfde arts meldt dat het ook administratief veel rompslomp oplevert om alle administratie door te sturen naar een ander (gecontracteerd) ziekenhuis.

Twee artsen vinden het vreemd dat de ziekenhuizen waarin zij werken – in het bezit van een hoogwaardig traumacentrum voor spoedeisende zorg – niet gecontracteerd zijn door het CVZ. Een ander zorgwekkend punt vinden zij dat ieder ziekenhuis een bepaalde specialisatie heeft, bijvoorbeeld tropische ziektes. Als nu blijkt dat een patiënt een bepaalde tropische ziekte heeft en het ziekenhuis heeft geen contract met het CVZ, dan mogen ze de zorg wel leveren, maar krijgen deze behandeling niet vergoed. De ongedocumenteerde patiënt zou in zo'n geval dus overgeplaatst moeten worden naar een gecontracteerd ziekenhuis, maar die heeft dat specialisme misschien niet in huis.

Vier artsen van de grotere ziekenhuizen, merken op dat zij patiënten die langdurig op een afdeling liggen, neurologische patiënten en patiënten die zich spontaan op de spoedeisende hulp melden, liever niet overplaatsen naar gecontracteerde ziekenhuizen. Het is namelijk erg ingewikkeld. De zogenaamde *langliggers* en neurologische patiënten met hersenletsel of uitvalverschijnselen zouden eerder naar een gespecialiseerde AWBZ-instelling overgeplaatst moeten worden en dan pas naar een gecontracteerd ziekenhuis. De artsen vinden dat het in het belang van de patiënt is om hem een plek te geven waar hij de zorg krijgt die hij nodig heeft.

In de praktijk wordt een relatief kleine groep patiënten direct verwezen naar een gecontracteerd ziekenhuis. Dit zijn bijvoorbeeld zieke ongedocumenteerden die in opvanginstaties als het

Wereldhuis in Amsterdam verblijven. De begeleiders van deze instanties zijn goed bekend met de nieuwe regeling en sturen patiënten door naar de juiste ziekenhuizen.

### **Nazorg**

Sinds de invoering van de nieuwe regeling kunnen ongedocumenteerde kinderen geplaatst worden in een AWBZ-gerelateerde instelling. De kosten voor deze hulp werd voor de invoering van de nieuwe regeling niet vergoed. Met de huidige regeling krijgt de AWBZ-instelling een contract met het CVZ zodra deze een ongedocumenteerd kind opneemt. De zorg wordt volgens afspraak vergoed tot 95 procent van de gemaakte kosten. Sinds de nieuwe regeling van kracht is, maakt een aantal respondenten zich zorgen. Doordat hun ziekenhuis een regiofunctie heeft, moeten ze alle ongedocumenteerden opnemen. Ze zijn bang dat de afdelingen overvol zullen raken. Als dit gebeurt zullen ze zorg moeten gaan inkopen bij andere ziekenhuizen. Het CVZ geeft aan in dit soort situaties de kosten te zullen vergoeden.

Ten tijde van het Koppelingsfonds was de doorstroming van patiënten naar AWBZ-gerelateerde instellingen voor revalidatie niet optimaal. Ongedocumenteerde patiënten lagen soms langer dan gebruikelijk op een ziekenhuisafdeling, terwijl ze andere zorg nodig hadden (verkeerde-bedproblematiek). Sinds de invoering van de nieuwe regeling loopt de doorstroming beter omdat deze zorg nu wel wordt vergoed.

### **C. Financiële administratie**

De medewerkers van de financiële administratie van ziekenhuizen die veel met ongedocumenteerde zorgvragers te maken hebben, zien de kosten als een van de grootste knelpunten. Exacte bedragen kunnen ze niet noemen maar ze spreken over miljoenen euro's. De kleinere ziekenhuizen buiten de Randstad ervaren dit minder als een probleem. Bij hen gaat het om tienduizenden euro's. Het declareren van de zorgkosten is door de komst van de nieuwe regeling veranderd. Tijdens het Koppelingsfonds verrekende de medische administraties alle kosten die voor ongedocumenteerde patiënten gemaakt zijn via de post dubieuze debiteuren. Ziekenhuizen die niet gecontracteerd zijn, maken voor (planbare) zorg nog steeds gebruik van de post dubieuze debiteuren.

Een medewerker van de financiële administratie van een (niet-gecontracteerd) academisch ziekenhuis ziet de nieuwe regeling als volgt:

*'Voor 1 januari was het zo: u hoort hier niet, u bent niet ziek. Nu is het: u hoort hier niet, u moet naar een nabijgelegen ziekenhuis dat gecontracteerd is.'*

Een aantal medewerkers van de financiële administratie bleek ontevreden omdat het CVZ hun ziekenhuis (met veel ongedocumenteerde patiënten) niet gecontracteerd heeft. Zij vinden het vreemd dat kleine ziekenhuizen, verspreid over de provincie en met aanzienlijk minder ongedocumenteerden, wel een contract hebben. Zij behandelen nog steeds veel ongedocumenteerden en krijgen alleen de spoedeisende hulp voor 80 procent vergoed en de verloskundige zorg voor 100 procent. De medewerkers van gecontracteerde ziekenhuizen zijn positief over de 100 procent vergoeding van niet-spoedeisende en verloskundige zorg.

Acht medewerkers geven aan dat zij naar een gecontracteerd ziekenhuis doorverwijzen als zij vooraf op de hoogte zijn van de zorg die de patiënt nodig heeft. Patiënten waarvan verwacht wordt dat de kosten niet zo hoog zullen zijn, verwijzen ze niet door. Als echter blijkt dat de zorg toch duurder gaat worden, dan moet men alsnog doorsturen.

*'Zeker in het geval als bijvoorbeeld een dure MRI-scan gemaakt moet worden, die 600 euro kost.'*

De andere vijf respondenten verwijzen patiënten wel naar een gecontracteerd ziekenhuis bij planbare zorg. Respondenten bevestigen dat dit vervelend kan zijn voor de patiënt en ook voor de arts.

Waar de meeste respondenten positief over oordelen is dat de in- en uitstroom van ongedocumenteerden beter in te schatten is.

*‘Voorheen had je als ziekenhuis een instroomgarantie en een uitstroomprobleem. Dat is nu anders; nu heb je een uitstroomgarantie, wat heel apart is. Voorheen was het zo dat je een moeder met een licht gehandicapt kind niet zomaar uit kon plaatsen. Dat is nu anders. Die mensen kun je nu goed onder brengen. Dit is in het belang van moeder en kind en in het belang van een vrije plaats in het ziekenhuis.’*

### 4.2.3. Samenvatting

Ten tijde van het Koppelingsfonds verleenden alle dertien ziekenhuizen zonder betaling vooraf spoedeisende zorg aan ongedocumenteerde kinderen. Voor zorg die niet spoedeisend was, verleenden twee ziekenhuizen pas hulp nadat betaald was. Van de hulpverleners bleken vijf artsen niet bekend met het Verdrag inzake de Rechten van het Kind.

Baliemedewerkers ervaren met name de communicatie met ongedocumenteerden als een probleem. Ook omdat de ongedocumenteerden vaak niet weten dat ze voor zorg moeten betalen. Een baliemedewerker vindt dat de huisarts niet alleen moet verwijzen maar ook moet uitleggen dat iemand die ongedocumenteerd in Nederland is, voor de zorg moet betalen.

Artsen en maatschappelijk werkenden zien vooral angst voor de politie en de hoge kosten als knelpunten. Als ouders bang zijn, zullen zij een noodzakelijk ziekenhuisbezoek langer uitstellen dan goed is voor het kind. De nazorg of doorverwijzing naar een gespecialiseerde hulpverleningsinstelling verloopt voor ongedocumenteerde kinderen vaak moeizaam, mede vanwege de kosten voor de ouders.

Nadat de nieuwe regeling is ingevoerd in 2009 is de hulp voor ongedocumenteerde kinderen toegankelijker geworden. Spoedeisende hulp krijgen ze in dezelfde mate als vroeger tijdens het Koppelingsfonds. Voor niet-spoedeisende hulp worden de kinderen nu doorverwezen naar een gecontracteerd ziekenhuis. Voor artsen is het makkelijker geworden om kinderen door te verwijzen naar bijvoorbeeld een revalidatiecentrum omdat dit onder de nieuwe regeling – in tegenstelling tot de oude – wel wordt vergoed. Een aantal artsen van niet-gecontracteerde ziekenhuizen hebben moeite om een kind dat ze al lang in behandeling hebben, door te verwijzen naar een gecontracteerd ziekenhuis.

Baliemedewerkers constateren dat ongedocumenteerden nog steeds niet goed op de hoogte zijn van hun betalingsplicht. Ze hebben tegenwoordig zelfs vaker te maken met ongedocumenteerden die boos zijn wanneer ze hierop gewezen worden. Voor de baliemedewerkers is er meer duidelijkheid over hoe te handelen wanneer een ongedocumenteerde zich meldt omdat daarvoor nu protocollen zijn.

De financiële medewerkers beschouwen de behandelingskosten als probleem, zeker als het ziekenhuis niet gecontracteerd is. Hun ziekenhuis verleent meestal ook (planbare) hulp die niet wordt vergoed. Daarom vragen zij de artsen naar de verwachte kosten voor de behandeling. Als die te hoog uitvallen, verzoeken ze de arts om de patiënt naar een gecontracteerd ziekenhuis door te verwijzen.

## 5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

### 5.1. Conclusie

Hieronder volgen per onderzoeksvraag de voornaamste uitkomsten.

#### **1. In hoeverre zijn de ongedocumenteerde kinderen en hun ouders op de hoogte van hun rechten (en plichten) met betrekking tot gezondheidszorg?**

Zowel bij de voor- als nameting blijkt dat de ongedocumenteerde kinderen en hun ouders slecht op de hoogte zijn van hun rechten en plichten ten aanzien van (de toegang tot) gezondheidszorg. De ouders weten niet dat artsen een geheimhoudingsplicht hebben, waardoor ze een noodzakelijk ziekenhuisbezoek voor hun kind uitstellen. Sommige jongeren geven hun gegevens niet graag aan de baliemedewerker omdat ze bang zijn voor aangifte bij de politie. Deze uitkomsten bevestigen het beeld dat ook in de literatuur naar voren komt. Uit het onderzoek van het NIVEL (2009) blijkt dat ongedocumenteerden vanwege hun ongedocumenteerde status bang zijn om naar het ziekenhuis te gaan. De nieuwe financieringsregeling heeft op dit punt onvoldoende verbetering gebracht.

#### **2. In hoeverre zijn hulpverleners in ziekenhuizen op de hoogte van hun plichten tot het verlenen van zorg aan ongedocumenteerde kinderen?**

Tijdens de voormeting blijken vijf van de dertien artsen niet op de hoogte van de rechten en plichten van ongedocumenteerde kinderen. Bij niet-spoedeisende zorg verlenen twee pas hulp aan deze kinderen als de ouders hebben betaald. De vier kinderartsen zijn er allen wel van op de hoogte dat ze ongedocumenteerde kinderen gezondheidszorg moeten bieden. Alle dertien artsen verlenen direct spoedeisende hulp aan ongedocumenteerde kinderen. Na de noodzakelijke behandeling probeert de financiële afdeling een betalingsregeling met de ouders te treffen.

De baliemedewerkers van ziekenhuizen zijn bij de voormeting geen van allen op de hoogte van de rechten van ongedocumenteerde kinderen als er niet-spoedeisende zorg nodig is. Ze weten wel wat de plichten zijn. Dit komt overeen met de bevindingen van hetzelfde NIVEL-onderzoek (2009). De baliemedewerkers merken op dat ongedocumenteerden slecht op de hoogte zijn van de betalingsplicht. Bij doorverwijzing van de huisarts of bij niet-spoedeisende zorg lichten alle baliemedewerkers de ouders erover in dat het kind pas behandeld wordt na betaling van een bepaald bedrag. Als de ouders vooraf niet kunnen betalen, worden ze in vijf van de dertien ziekenhuizen weggestuurd zonder dat een arts het kind heeft gezien. Ook deze bevinding komt overeen met die van het NIVEL (2009) en is in strijd met artikel 12b (toegankelijkheid zonder discriminatie) van het IVESCR en artikel 24 (recht op gezondheidszorg zonder discriminatie) van het Kinderrechtenverdrag. In de acht andere ziekenhuizen krijgen de ongedocumenteerde kinderen wel hulp van een arts, (ook) als ze niet vooraf betalen.

Tijdens de nameting blijken drie artsen niet op de hoogte te zijn van de invoering van de nieuwe regeling. Zij komen uit de kleinere ziekenhuizen buiten de Randstad en hebben slechts sporadisch te maken met ongedocumenteerden. De overige artsen en maatschappelijk werkenden zijn wel op de hoogte van de nieuwe regeling en ervaren deze als positief.

Alle baliemedewerkers zijn positief over de nieuwe regeling. Ze hebben nu protocollen over hoe te handelen wanneer een ongedocumenteerde patiënt zich meldt. De baliemedewerkers stellen dat ongedocumenteerden slecht op de hoogte zijn over de betalingsplicht. Na invoering van de nieuwe regeling hebben ze vaker te maken met boze ongedocumenteerden aan de balie. Het NIVEL (2009) heeft daarentegen vastgesteld dat baliemedewerkers, ook na invoering van de nieuwe regeling, slecht geïnformeerd zijn over regelgeving en procedures betreffende ongedocumenteerden en zorg.



### **3. Welke knelpunten ervaren ongedocumenteerde kinderen en hun ouders bij de toegang tot ziekenhuiszorg?**

De ongedocumenteerde kinderen en hun ouders blijken niet of nauwelijks op de hoogte van de nieuwe regeling. Er is bijna geen onderscheid te maken in hun antwoorden in 2008 en 2009. Vanuit het perspectief van de ongedocumenteerden is er dus weinig tot niets veranderd in de toegang tot ziekenhuiszorg. Zij zien nog steeds bezwaren in het vragen van zorg, zeker als men hiermee voor 2009 een negatieve ervaring heeft gehad.

Een van de oorzaken is dat er veel angst heerst bij deze groep. Angst voor politie en justitie, angst voor het 'onbekende', angst voor hoge kosten, angst om afgewezen te worden, angst om opgepakt te worden. Deze angst is voor de meesten een reden om geen gebruik te maken, of veel later dan nodig is, van de gezondheidszorg.

Naast het grote knelpunt angst, lijkt het alsof het zorgaanbod afhangt van de persoon in kwestie. Waarom komt de ene ongedocumenteerde patiënt wel terecht bij een arts en wordt de ander geweigerd bij de balie zonder een arts te zien? Sommige ouders voelen zich door de baliemedewerker niet serieus genomen, pas wanneer die ziet dat het kind er slecht aan toe is, is men bereid te helpen.

Zowel uit de literatuur als uit dit onderzoek blijkt dat ziekenhuizen de kosten van de zorg op ongedocumenteerden proberen te verhalen. Zij zijn daartoe ook wettelijk verplicht. De ziekenhuizen geven wel aan dat ze samen met de ongedocumenteerde patiënt een betalingsregeling proberen op te stellen. Als een ongedocumenteerde meewerkt aan deze regeling, dan is het ziekenhuis vaak coulant bij het innen van het geld. Er wordt dan rekening gehouden met de financiële situatie van de patiënt.

Een specialist dreigde de politie en een incassobureau in te schakelen als niet werd betaald. Deze specialist handelt in strijd met zijn beroepscode en de internationale verdragen en regelingen ten aanzien van kinderen.

Ouders met kleine kinderen weten vaak goed de weg te vinden naar het consultatiebureau. Daarnaast is het opvallend dat geen van de respondenten taal noemde als knelpunt. De respondenten die de Nederlandse taal slecht beheersen, nemen meestal een familielid of bekende mee die voor hen het woord kan voeren.

### **4. Welke knelpunten signaleren ziekenhuizen bij de financiering van de zorg aan ongedocumenteerde patiënten?**

Tijdens de voormeting moesten ziekenhuizen afspraken maken met hun verzekeraar over de hoogte van de post dubieuze debiteuren. De zorg aan ongedocumenteerden werd hieruit betaald. Ziekenhuizen in de Randstad behandelden meer ongedocumenteerden dan die buiten de Randstad. Mede om deze reden was deze post voor hen hoger en stuurden ze vaker achteraf een rekening naar de ongedocumenteerde patiënt. Voor ongedocumenteerden waren ziekenhuizen buiten de Randstad makkelijker toegankelijk omdat er minder ongedocumenteerden kwamen, waardoor financiële administraties coulanter met onbetaalde rekeningen om konden gaan.

*Na invoering van de nieuwe regeling is de drempel voor planbare zorgverlening aan ongedocumenteerde kinderen lager geworden. Zes artsen vinden doorverwijzing van ongedocumenteerde kinderen die al in behandeling zijn naar gecontracteerde ziekenhuizen niet positief. Een andere arts vindt dat het veel rompslomp oplevert om alle administratie door te sturen naar een volgend (gecontracteerd) ziekenhuis. Een paar artsen vinden het vreemd dat hun ziekenhuis niet gecontracteerd is terwijl ze een hoogwaardig traumacentrum voor spoedeisende zorg hebben.*

### **5. Welke criteria en procedures hanteren ziekenhuizen voor de toegang tot zorg?**

Uit de voormeting blijkt dat alle ziekenhuizen spoedeisende hulp direct verlenen. Na de hulp wordt geprobeerd de ongedocumenteerde patiënt voor de zorg te laten betalen. Bij de

planbare zorg zijn er verschillen merkbaar. De baliemedewerkers proberen de ongedocumenteerde zorgvrager vooraf te laten betalen. Als dat niet lukt, krijgen ongedocumenteerden in vijf ziekenhuizen geen hulp, zien ze geen arts. Dit geldt ook voor ongedocumenteerde kinderen, zelfs als zij een verwijzing hebben van de huisarts. De baliemedewerkers menen zowel tijdens de voormeting als de nameting dat ongedocumenteerden niet altijd hun rechten en plichten ten aanzien van gezondheidszorg kennen.

Bij de nameting hebben de geïnterviewde baliemedewerkers van hun ziekenhuis een protocol gekregen en nu verwijzen ze, indien nodig, de ongedocumenteerde kinderen en hun ouders naar de gecontracteerde ziekenhuizen. Uit het NIVEL-onderzoek (2009) blijkt echter dat lang niet alle ziekenhuizen een protocol voor baliemedewerkers hebben.

Voor de ongedocumenteerden zelf betekent de nieuwe wet dat ze geen discussie meer hoeven te voeren met baliemedewerkers over zorg. Iedere patiënt, kind of volwassene, wordt behandeld (als het spoedeisend is) of doorverwezen naar een gecontracteerd ziekenhuis voor planbare zorg.

#### **6. Is er een verschil waar te nemen tussen de voormeting (Koppelingsfonds) en de nameting (CVZ) in de toegang tot het ziekenhuis voor ongedocumenteerde kinderen?**

Helaas is deze onderzoeksvraag met de onderzoeksgegevens die er zijn onvoldoende te beantwoorden vanuit het perspectief van ongedocumenteerde kinderen en hun ouders.

Tijdens de voormeting is door ieder ziekenhuis spoedeisende hulp verleend aan ongedocumenteerde kinderen als dat nodig was. Planbare zorg en doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg ging moeizaam. Ongedocumenteerde kinderen werden in vijf ziekenhuizen bij de balie geweigerd omdat hun ouders niet vooraf konden betalen. De nazorg verliep zeer moeizaam omdat deze niet vergoed werd.

De nameting laat zien dat de dertien ziekenhuizen nu een protocol hebben voor de baliemedewerkers zodat zij een ongedocumenteerde kind zonodig kunnen doorverwijzen naar een gecontracteerd ziekenhuis. Zes artsen vinden doorverwijzing naar een gecontracteerd ziekenhuis voor een kind dat al in behandeling is echter niet positief. Nazorg wordt nu wel vergoed. Een voorzichtige conclusie uit dit onderzoek is dat de duidelijkheid voor het personeel van de ziekenhuizen (over wat ze moeten doen en laten wanneer een ongedocumenteerde patiënt in het ziekenhuis komt) is toegenomen sinds de invoering van de nieuwe regeling. Voor de ongedocumenteerde kinderen en hun ouders is deze duidelijkheid er nog niet.

## **5.2. Discussie**

Voor het duiden van de onderzoeksuitkomsten is het van belang te reflecteren op de onderzoeksopzet en uitvoering. Over het algemeen zijn de onderzoeksuitkomsten representatief voor ziekenhuiszorg aan ongedocumenteerde kinderen in Nederland. Met name de ziekenhuiszorg is met respondenten uit dertien ziekenhuizen en vanuit vijf disciplines goed vertegenwoordigd. De ziekenhuizen zijn verspreid over het land en verschillen in type (academisch en regionaal).

Met betrekking tot de ongedocumenteerde kinderen en hun ouders is met minder zekerheid te zeggen of een representatieve groep is bereikt. Zij zijn allen bereikt via de regionale steunpunten en zijn dus in meer of mindere mate bekend met de gezondheidszorg in Nederland. Ongedocumenteerde kinderen en hun ouders die niet bij de regionale steunpunten komen, zijn niet bereikt. Het is de vraag of zij weten wat hun rechten en plichten zijn, of ze bekend zijn met de gezondheidszorg en of ze er gebruik van maken. Daarnaast komt duidelijk naar voren dat angst voor de politie een motief vormt voor



ongedocumenteerde mensen om geen hulp te zoeken. Deze zelfde angst kan ook een selectiebias tot gevolg hebben. Met andere woorden, er zijn mensen die liever niet meedoen aan onderzoek omdat ze bang zijn. Hiermee kan een bepaalde categorie ongedocumenteerden wellicht niet bereikt zijn.

Wat betreft de ziekenhuizen is er een duidelijk verschil tussen de voormeting (Koppelingsfonds) en de nameting (CVZ). Na invoering van de nieuwe regeling krijgen ziekenhuizen de zorg (voor een deel) vergoed. De baliemedewerkers hebben een protocol gekregen over hoe om te gaan met ongedocumenteerden. Wij weten niet of dit mede te maken heeft met de interviews die we gehouden hebben, of dat de baliemedewerkers ook zonder dit onderzoek een protocol zouden hebben gekregen.

Dit onderzoek geeft een beeld van het perspectief op ziekenhuiszorg vanuit hulpverleners en vanuit ongedocumenteerde kinderen en hun ouders. De deelstudies zijn echter niet dermate op elkaar afgestemd dat een conclusie kan worden getrokken uit de relatie tussen beide perspectieven. De respondentengroep voor deelstudie 1 sluit niet helemaal aan bij de ziekenhuizen die in deelstudie 2 zijn benaderd. De ongedocumenteerde kinderen en hun ouders zijn cliënten van ziekenhuizen in de Randstad omdat de regionale steunpunten in die steden mee geholpen hebben met het vinden van ongedocumenteerde kinderen die aan het onderzoek wilden mee doen.

In dit onderzoek zijn de knelpunten met betrekking tot ziekenhuiszorg aan ongedocumenteerde kinderen verkend. In de interviews is met name ingegaan op de ervaringen van de cliënten en de hulpverleners en hun kennis van de rechten en plichten van ongedocumenteerde kinderen. Hoewel de ziekenhuiszorg centraal aandachtspunt van dit onderzoek was, is in de interviews met ongedocumenteerde kinderen en hun ouders tevens ingegaan op hulpverlening in het algemeen. De uitkomsten hiervan zijn in paragraaf 4.1 beschreven. Het verdient aanbeveling om in vervolgonderzoek ook het perspectief van andere hulpverleners als huisartsen, tandartsen, verloskundigen en huisartsassistenten te verkennen.

### 5.3. Aanbevelingen

De uitkomsten van dit onderzoek leiden tot de volgende aanbevelingen:

- Meer voorlichting is nodig om ongedocumenteerde ouders en hun kinderen beter op de hoogte te brengen van hun rechten en plichten ten aanzien van gezondheidszorg. Huisartsen zouden hier een rol in moeten spelen.
- Protocollen voor het behandelen van ongedocumenteerde cliënten, en met name kinderen, moeten binnen de ziekenhuizen verspreid en toegelicht worden.
- Hulpverleners dienen op de hoogte te worden gebracht van de rechten en plichten van ongedocumenteerde kinderen en van de standpunten en convenanten van hun beroepsgroepen ten aanzien van medisch noodzakelijke zorg, of, conform de commissie Klazinga, 'passende zorg'. Het ziekenhuismanagement zou daarin een rol moeten spelen. Maar ook kunnen de diverse beroepsorganisaties van spoedeisende-hulpartsen en verpleegkundigen hun collega's wijzen op de rechten en plichten van ongedocumenteerde kinderen.
- Bij het contracteren van ziekenhuizen dient de ervaring die een ziekenhuis met ongedocumenteerde cliënten heeft een criterium te zijn. Het CVZ zou hiermee in haar procedures rekening moeten houden.

- Het verdient aanbeveling om naast de spoedeisende zorg, ook de planbare zorg voor ongedocumenteerde kinderen in alle ziekenhuizen in Nederland te vergoeden. Dit is nu alleen voor gecontracteerde ziekenhuizen gangbaar. Ouders die bang zijn voor de politie, stellen een bezoek aan het ziekenhuis zo lang mogelijk uit. Dit kan gezondheidsrisico's voor het ongedocumenteerde kind opleveren. Wanneer ouders in ieder ziekenhuis met hun kind terecht kunnen, stellen ze mogelijk een noodzakelijk bezoek minder snel uit. Artsen hoeven het kind dan niet over te dragen aan een gecontracteerd ziekenhuis. Voor de vertrouwensrelatie tussen arts en kind is dit van belang.
- Het verdient aanbeveling om vervolgonderzoek te doen naar andere soorten hulpverlening als bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg voor ongedocumenteerde kinderen. Hierover is nog weinig bekend, terwijl uit de literatuur naar voren komt dat veel ongedocumenteerde kinderen psychische problemen hebben.

## Literatuurlijst

Braat, K.C. (2004). *Ik ben er wel, maar ze zien me niet*. Amsterdam: Defence for Children International Nederland

Brous, M., van Burik, A., Kramer, S., Cense, M., van den Berg, L. (2003) *Het lange wachten op een veilige toekomst: onderzoek naar veiligheid van vrouwen*. Rijswijk: COA

CESCR (2000). *General Comment, E/C.12/2000/4*. Committee on Economic, Social and Cultural Rights

Gerritse, L. (2006). *Jeugdzorg voor 'illegale' kinderen, de toegankelijkheid en de werkwijze van de Bureaus Jeugdzorg in de hulp aan en bescherming van 'illegale' kinderen*. Amsterdam: Defence for Children International Nederland

Heijden, P.G.M. van der, van Gils, G., Cruyff, M., J.L.F., & Hessen, D. (2006). *Een schatting van het aantal in Nederland verblijvende illegale vreemdelingen in 2005*. In opdracht van het Ministerie van Justitie. Utrecht: Universiteit Utrecht, IOPS

Kalverboer, M. (2009). Kinderen eerst! Over orthopedagogische rapportages bij beslissingen in het vreemdelingenrecht. In: *Nieuwsbrief Asiel- en Vluchtelingenrecht*, februari 2009

Kalverboer, M. e.a. (2006). *De schade die kinderen oplopen als zij na langdurig verblijf in Nederland gedwongen worden uitgezet*. Rijksuniversiteit Groningen.

Kalverboer, M. & Zijlstra, E. (2006). *Het belang van het kind in het Nederlands recht; voorwaarden voor ontwikkeling vanuit een pedagogisch perspectief*. Amsterdam: SWP

Klazinga, N.S. (red.) (2007). *Arts en vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos  
Lampion (2009). *Jaarverslag Lampion 2008*.

Morelli, C. & Braat, K. (1999). *Kinderen zonder status*. Amsterdam: Defence for Children International Nederland

Muijsenbergh, M. van den (2004). *Ziek en geen papieren*. Utrecht: Stichting Pharos

NIVEL (2009). *Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor illegalen in Nederland: een update*. Utrecht: NIVEL

Ruitenbergh, G.C.A.M. (2003). *Het Internationaal Kinderrechtenverdrag in de Nederlandse rechtspraak*. Amsterdam: SWP

SIGRA/AGIS (2006). *Zeker van zorg? Zorg voor onverzekerden!* Amsterdam: SIGRA

Veen, K. van der (2007). *Tegen grenzen*. Amsterdam: Gopher B.V.

### Digitale bronnen

College voor zorgverzekeringen: [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl), geraadpleegd mei 2010

Defence for Children International: [www.iLegaalkind.nl](http://www.iLegaalkind.nl), geraadpleegd mei 2010  
Links uit het rapport:

[www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Complaints/CC14Merits\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Complaints/CC14Merits_en.pdf)

[www.nvk.nl/kwaliteit/richtlijnenenindicatoren/gedragscodesenleidraden](http://www.nvk.nl/kwaliteit/richtlijnenenindicatoren/gedragscodesenleidraden)

[www.defenceforchildren.nl/ariadne/loader.php/dci/documenten/standpunt\\_AJN\\_uitzetten\\_kinderen\\_22-4-2008.pdf](http://www.defenceforchildren.nl/ariadne/loader.php/dci/documenten/standpunt_AJN_uitzetten_kinderen_22-4-2008.pdf)

[http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/geldigheidsdatum\\_25-02-2009#Bijlage1](http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/geldigheidsdatum_25-02-2009#Bijlage1)

<http://www.dsw.nl/repository/documents/lijstborst.pdf>

Lampion: [www.lampion.info](http://www.lampion.info), geraadpleegd mei 2010

Stichting Pharos: [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl), geraadpleegd mei 2010

## Bijlage 1 – Topiclijst focusgroep illegale kinderen

### A. In hoeverre zijn kinderen zonder documenten en hun ouders op de hoogte van hun rechten?

1. *Wat weet je van je rechten?*
2. *Weet je waar je recht op hebt?*
3. *Welke rechten zijn dat?*
4. *Hoe weet je dit?*
5. *Denk je dat je vrienden dit ook weten?*
6. *Ga je naar school?*
7. *Heb je juridische ondersteuning en/of weet je waar je dit kunt krijgen?*
8. *Ben je op de hoogte van het feit dat wanneer je (ernstig) ziek bent, hulpverleners je altijd moeten helpen?*

### B. Welke knelpunten ervaren de kinderen en hun ouders bij de toegang tot zorg?

9. *Heb je wel eens zorg/hulp nodig gehad?*
  - *Zo ja welke?*
  - *En waar was dat? (bijvoorbeeld plaats, ziekenhuis)*
10. *De zorg/behandeling die je kreeg, gingen daarmee je klachten over?*
  - *Zo nee, weet je misschien ook waarom niet?*
11. *Heb je lang gewacht voordat je met je klachten naar de arts ging?*
  - *Zo ja, waarom?*
12. *Ben je wel eens bij de huisarts geweest?*
  - *Zo ja, wat zijn je ervaringen?*
  - *Werd je doorverwezen door de huisarts naar andere zorg, specialismes?*
  - *En hoe ging de doorverwijzing, kwam je terecht bij de juiste persoon?*
  - *Waarom wel/niet?*
13. *Ben je wel eens voor behandeling in het ziekenhuis geweest?*
  - *Ben jezelf naar de SEH gegaan of had je een verwijzing van je huisarts?*
  - *Voor welke behandeling kwam je in het ziekenhuis?*
  - *Hoe ging dat?*
  - *Wat waren je ervaringen?*
  - *Weet je iets over de betaling van de rekening voor de gekregen behandeling?*
  - *Was het eenmalig of kreeg je ook vervolgbehandelingen?*
14. *Hebben je ouders ook wel eens gezondheidszorg nodig gehad? Weet je of de 'procedure' toen anders ging dan bij jou?*
15. *Ben je wel eens bij een arts of verpleegkundige geweest van de GGD (vaccinaties, standaardonderzoek op school)?*

16. *Wat zijn de drie grootste knelpunten in de toegang tot zorg in jouw ogen? En waarom?*

**C. Voorlichtingsmateriaal**

17. *Denk je dat voorlichting hierover nodig is voor ouders en jongeren?*

18. *Hoe zou dat eruit kunnen zien? Welk medium zouden we moeten gebruiken?*

19. *Wat zou je belangrijk vinden dat er in staat?*

20. *Zou je hieraan mee willen werken? Ook om je leeftijdsgenoten te informeren?*

**D. Waarborgfonds**

21. *Weet je dat er een fonds (Koppelingsfonds) bestaat die de kosten van je behandeling vergoedt als jij deze niet kan betalen?*

22. *En weet je dat dit fonds per 1 januari 2009 gaat veranderen?*



## Bijlage 2 – Topiclijst ziekenhuizen

### Aantallen:

- Komen er mensen in uw ziekenhuis die niet verzekerd zijn? Kunt u een inschatting maken hoeveel dat er per jaar ongeveer zijn?
- Zitten daar ook kinderen bij?
- Komen er ook ongedocumenteerden (illegalen) in uw ziekenhuis? Kunt u een inschatting maken hoeveel dat er per jaar ongeveer zijn?
- Zitten daar ook kinderen bij (hoeveel, leeftijden van de kinderen?).
- Hoe wordt de behandeling die een ongedocumenteerde patiënt krijgt betaald?
- Als de ongedocumenteerde patiënt de zorg niet kan betalen, wat gebeurt er dan?
- Ervaart u knelpunten t.a.v. de zorg aan ongedocumenteerden? Waar zou dit mogelijk aan kunnen liggen?

### Baliemedewerkers:

- Worden mensen die niet verzekerd zijn direct geholpen of moeten zij eerst langs een speciale balie? Hoe gaat dit in z'n werk?
- Maken de medewerkers van die balie een onderscheid tussen mensen die ongedocumenteerd blijken te zijn en mensen die gewoon niet verzekerd zijn?
- Maken deze medewerkers daarbij ook onderscheid tussen volwassenen en kinderen?
- Als een huisarts een ongedocumenteerd kind of volwassene verwijst, wordt deze dan geholpen zoals bij een legale patiënt gebeurt?

### Zorg:

- Als er ongedocumenteerde kinderen zijn behandeld en/of opgenomen, wordt er dan geregistreerd met welke ziektebeelden het kind is behandeld en/of opgenomen?
- Uit de literatuur blijkt dat ongedocumenteerde ouders hun kinderen soms sneller uit het ziekenhuis meenemen dan goed is voor het kind. Weet u of dat in uw ziekenhuis ook het geval is?
- Controleren ze op de eerste hulp (in een noodsituatie) of het kind verzekerd is en een identiteitsbewijs heeft?
- Ziet u in uw ziekenhuis veel kinderen/pasgeborenen van moeders met hiv, of dat kinderen zelf met hiv besmet zijn?

### Nazorg:

- Krijgen ongedocumenteerde kinderen nazorg, indien nodig? Is dit dezelfde nazorg die verzekerde kinderen krijgen?
- Lukt het u, indien nodig, ongedocumenteerde kinderen door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg (bijvoorbeeld een revalidatiekliniek)?
- Worden ongedocumenteerde kinderen soms langer dan strikt noodzakelijk in het ziekenhuis gehouden omdat ze bijvoorbeeld slechte huisvesting hebben of niet in nazorg kunnen worden opgenomen?
- Uit de literatuur blijkt dat een ziekenhuis een kind wel nazorg biedt, maar dat de ongedocumenteerde ouders met hun kind niet meer komen (mogelijk door angst of vanwege de kosten). Herkent u dat?

### Financiën:

- Wat doet uw ziekenhuis met onbetaalde rekeningen in het algemeen?
- Wat doet uw ziekenhuis met onbetaalde rekeningen van ongedocumenteerde kinderen en of volwassenen?
- Is uw ziekenhuis bekend met de post dubieuze debiteuren?
- Wordt daarvan gebruikgemaakt bij ongedocumenteerde patiënten? Heeft u enig idee hoe vaak?

**Nieuwe wet:**

- Is het ziekenhuis bekend met de wetswijziging van januari 2009 t.a.v. de financiering van zorg voor ongedocumenteerden, het Waarborgfonds?
- Wat zijn uw verwachtingen hiervan?