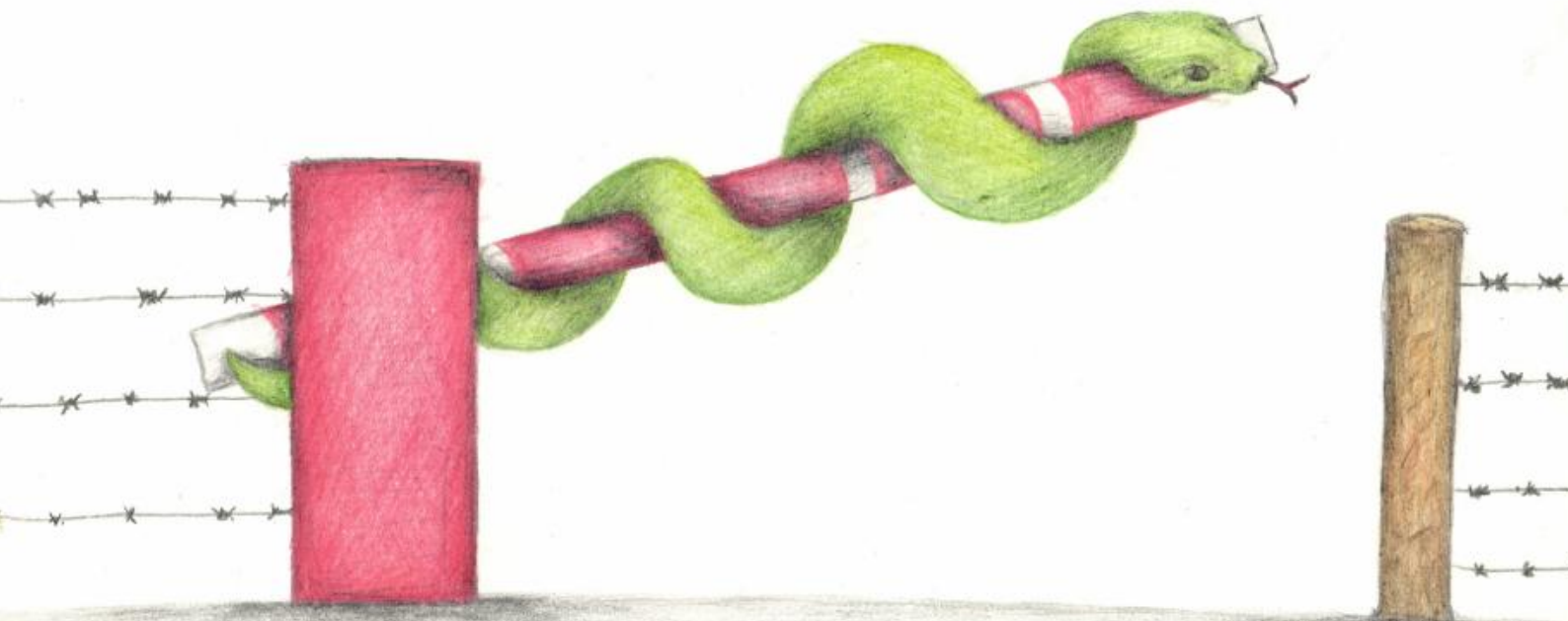


De toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerden onder Artikel 122a

Bakker P.F. • Mw. Dr. Henneman L. • Prof. Dr. Devillé W.L.J.M.

Utrecht, Juli 2012

p.f.bakker@student.vu.nl



Samenvatting

Achtergrond Nederland loopt voorop in het toekennen van rechten tot zorg aan ongedocumenteerden. Daarbij kent het Europees gezien een relatief ruimhartige regeling voor de zorg aan ongedocumenteerden. Toch tonen studies onder zorgverleners aan dat ook onder de huidige bijdrageregeling serieuze problemen bestaan in de toegang tot zorg.

Doel Het voornaamste doel van deze studie is de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor ongedocumenteerden onder de huidige Zorgverzekeringswet 2009 te onderzoeken.

Methode Om de onderzoeksvragen te beantwoorden vanuit het oogpunt van ongedocumenteerden is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Hierbij is gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. De respondenten (n=18) zijn gerekruteerd via de methode van *purposeful sampling* en met de hulp van verschillende organisaties. In de selectie van de onderzoekspopulatie is gestreefd naar variatie in afkomst, migratieredenen en contacten met sociale netwerken. De interviews zijn geanalyseerd volgens de *grounded theory* met behulp van een digitaal analyseprogramma.

Resultaten Alle respondenten maakten bij het benaderen van de zorg gebruik van sociale netwerken. De respondenten beschouwden een verwijzing vanuit de eerstelijnszorg of de ondersteuning van een belangenorganisatie als onmisbaar in het bereiken van de tweedelijnszorg. De respondenten gaven aan dat zij ziekenhuis- en tandzorg niet kunnen betalen, wat een deel van hen als een beperking in hun toegang tot deze zorg ervoeren. Enkele van hen leden onder gezondheidszorgwensen waarin niet werd voorzien. Wanneer de zorgkosten bij ongedocumenteerden in rekening werden gebracht, was de toegankelijkheid van de zorg grotendeels afhankelijk van de steun van sociale netwerken. Tot slot waren respondenten die weinig ervaring hadden met de Nederlandse zorg slecht op de hoogte van mogelijkheden tot het ontvangen van zorg.

Conclusie Hoewel de Nederlandse gezondheidszorg in beginsel toegankelijk is, waarborgt deze de toegang tot gezondheidszorg niet in alle gevallen. De sociale en economische marginalisatie van ongedocumenteerden werpt barrières op in de toegang tot zorg. De volgende individuele factoren bepalen de toegankelijkheid van de zorg: de ervaren toegankelijkheid, sociale netwerken en informatie. De volgende kenmerken van het aanbod zijn bepalend: financiële barrières, de bereidheid tot zorgverlening, een verwijzing en de steun van hulporganisaties.

Abstract

Background The Dutch health care legislation offers a relatively firm framework for access to health care for undocumented migrants in comparison to that of other European countries. However, studies among health care professionals found multiple bottlenecks impeding the access to health care.

Objective The main objective of this research is to study the current accessibility of health care for undocumented immigrants since the new legislation installed in 2009, and to identify obstacles that these undocumented immigrants experience in accessing health care.

Methods A qualitative design using semi-structured interviews was chosen to answer the research questions from the viewpoint of undocumented immigrants. The respondents (n=18) were recruited through the method of purposeful sampling and with the help of multiple organizations. Diversity was sought according to origin, reasons for being undocumented and contacts with formal social networks. The interviews were analyzed using grounded theory and digital coding software.

Results In approaching health care all respondents made use of their social networks.

Respondents experienced a referral from primary health care or support organizations to be crucial to reach secondary health care.

Respondents were unable to pay for secondary and dental health care, which some respondents reported as obstructing their access to health care. Some of these respondents suffered from unaddressed health care needs. If respondents were charged for the care received, the accessibility of health care was largely determined by the support of their social networks. Respondents with little experience with Dutch health care were unaware of their entitlements and ways to receive medical care.

Conclusion Although the Dutch health care legislation should facilitate accessibility in principle, it does not guarantee access to health care in all cases. The shared common, social and economically marginalization creates obstacles to the access of health care. The following personal factors determine the accessibility of health care: the perceived accessibility, social networks and information. In addition, the following suppliers' factors were found: financial barriers, the willingness to treat, a referral and support organizations.

Inhoudsopgave

Samenvatting / Abstract	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Zorg zonder papieren	5
De gezondheid van ongedocumenteerden	8
Methode	9
Resultaten	11
Discussie	15
Referenties	19

Inleiding

Geschat wordt dat er ongeveer 97.145 ongedocumenteerde vreemdelingen in Nederland verblijven.¹ Ongedocumenteerden zijn mensen zonder geldige verblijfspapieren. Zij leven een kwetsbaar en gemarginaliseerd bestaan en hebben beperkte middelen van bestaan.^{2,3}

Artikel 1 van de Nederlandse grondwet bepaalt dat allen die zich in Nederland bevinden in gelijke gevallen gelijk behandeld dienen te worden. Discriminatie op welke basis dan ook, dus ook verblijfsstatus, is niet toegestaan.⁴ Europese verdragen zijn minder eenduidig in het toekennen van rechten aan ongedocumenteerden.^{5,6}

Ongedocumenteerden zijn in Nederland uitgesloten van sociale voorzieningen door middel van de Koppelingwet. Zij kunnen zich hierdoor niet verzekeren, ook niet tegen ziektekosten. Medisch noodzakelijke zorg aan ongedocumenteerde patiënten dient in Nederland echter wel verleend te worden.

De verantwoordelijkheid voor gezondheidszorg aan ongedocumenteerden ligt primair bij de zorgverleners. Zo moeten artsen hun patiënten volgens professionele richtlijnen en de Artseneed behandelen ongeacht hun verblijfsstatus.^{7,8} Zorgverleners dienen ongedocumenteerde patiënten te behandelen volgens de professionele richtlijnen.⁹

Artikel 122a van de Zorgverzekeringswet 2009 voorziet onder bepaalde voorwaarden in een vergoeding van oninbare kosten voor de zorgverlener. Deze bijdrageregeling, die sinds 2009 van kracht is, heeft als doel de toegankelijkheid van de zorg voor ongedocumenteerden te waarborgen.¹⁰ Nederland kent hiermee binnen Europa een relatief toegankelijke regeling voor zorg aan ongedocumenteerde patiënten.¹¹

Uit onderzoek onder hulpverleners blijkt echter dat ongedocumenteerden onder de huidige regeling op obstakels stuiten in het bereiken van de zorg.^{12,13} Met dit kwalitatieve onderzoek is de toegankelijkheid van de zorg onderzocht vanuit het perspectief van de ongedocumenteerde patiënt. Hiervoor zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

Onderzoeksvraag 1:

Hoe toegankelijk is de gezondheidszorg onder de huidige Zorgverzekeringswet 2009?

Onderzoeksvraag 2:

Welke obstakels ervaren ongedocumenteerden in de toegang tot zorg?

Onderzoeksvraag 3:

Welke factoren bepalen de verschillen in toegankelijkheid tussen ongedocumenteerden?

¹ van der Heijden et al. 2011

² Kromhout et al. 2008

³ Médecins du Monde European 2009

⁴ Nederlandse grondwet

⁵ CERC 2000

⁶ United Nations National Assembly 1966

⁷ KNMG 2002

⁸ Nederlandse Artseneed 2003

⁹ Klazinga et al. 2007

¹⁰ Berenschot 2011

¹¹ HUMA 2009

¹² Duijs 2010

¹³ Martens 2009

Zorg zonder papieren

De Koppelingswet, ingevoerd in 1998, maakt dat ongedocumenteerden geen sociale verzekeringen kunnen afsluiten. Ongedocumenteerden kunnen zich hierdoor ook niet verzekeren tegen ziektekosten. De toenmalige regering richtte zich met het Koppelingsbeginsel op twee doelen om illegaal verblijf te ontmoedigen¹⁴:

1. Voorkomen dat de overheid ongedocumenteerde vreemdelingen in staat stelt ‘wederrechtelijk verblijf in Nederland voort te zetten.’
2. Tegengaan dat deze ongedocumenteerden een schijnlegaliteit kunnen verwerven.

Medisch noodzakelijke zorg

Medisch noodzakelijke zorg aan ongedocumenteerden dient verleend te worden, waarbij de arts moet toetsen of hier sprake van is. Over dit laatste begrip heeft onder zorgverleners altijd veel onduidelijkheid bestaan. De zorgverlener moet hierbij handelen volgens zijn professionele richtlijn. Volgens de *Commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen* betekent dit dat de arts medisch moet handelen als ware het een gedocumenteerde patiënt.¹⁵ De Commissie concludeerde dat zorgverleners zich primair moeten richten op medische en zorginhoudelijke aspecten en niet op financieringsregelingen. De verblijfsstatus speelt volgens dit principe geen rol in de indicatie en kwaliteit van de te leveren zorg.

De regeling voor 2009: *Stichting koppeling en dubieuze debiteuren*

Ook onder de regelgeving vóór 2009 werd zorgverleners de mogelijkheid geboden tot financiële compensatie. De voorwaarden hiervoor waren gevat in twee bijdrageregelingen:

Regeling Stichting Koppeling

Eerstelijnszorg aanbieders (huisartsen, verloskundigen, tandartsen, apothekers) konden een verzoek voor compensatie van kosten indienen bij de Stichting Koppeling. Alleen als een vreemdeling niet kon betalen, ook niet via derden, was de regeling van toepassing. De Stichting beschouwde de Koppelingswet als gegeven en had als doel de toegankelijkheid en de kwaliteit van medisch noodzakelijke zorg te waarborgen. Hiertoe stelde het ministerie van VWS jaarlijks een bedrag beschikbaar. Stichting Koppeling functioneerde hierbij *niet* als een verlengstuk van de overheid. Zij bestond uit betrokken experts op het gebied van gezondheidszorg en begrotingssystematiek. Binnen dit platform had de GGD vaak een centrale rol in het registreren van knelpunten in de regionale gezondheidszorg aan ongedocumenteerden. Daarbij was de het vaak de GGD die verantwoordelijk was voor het beheer en de toedeling van subsidiegelden van het Ministerie van VWS. Tot een bepaalde drempelwaarde aan verleende zorg (voor iedere regio verschillend) aan ongedocumenteerden, zou het gaan om incidentele hulpverlening en waren de misgelopen inkomsten voor de rekening van de zorgverlener.

¹⁴ Pluymen 2008

¹⁵ Klazinga et al. 2007

Beleidsregel dubieuze debiteuren

Tweedelijns zorgaanbieders (waaronder ziekenhuizen, revalidatiecentra en ambulancediensten) konden compensatie van de kosten krijgen via de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Deze beleidsregel had als doel oninbare vorderingen van de zorginstellingen te compenseren. Zorginstelling konden, in overleg met de ziektekostenverzekeraars, de hoogte van hun ziekenhuisbudget mede te bepalen op grond van de omvang van de post dubieuze debiteuren. Om de kosten van verleende zorg af te schrijven van het budget voor dubieuze debiteuren, moest door de instelling structureel worden voldaan aan de volgende voorwaarden:

1. De zorginstellingen dienden zodanig voorzieningen te treffen dat een adequate en vooral voortijdige debiteurenbewaking gewaarborgd was.¹⁶
2. De instelling moest een goede afstemming onderhouden met de zorgverzekeraar over de juistheid van de verzekeringspapieren van de patiënten.
3. De instelling moest alle mogelijkheden benutten om de kosten te verhalen op de dubieuze debiteur zelf.

De huidige regeling: *Artikel 122a*

De zorg aan ongedocumenteerden vindt sinds 2009 plaats onder Artikel 122a van de Zorgverzekeringswet. Het voornaamste doel van de wetswijzing was het stroomlijnen van de financiering van de zorg voor ongedocumenteerden.

Ongedocumenteerde inwoners hebben geen recht op collectieve voorzieningen, waaronder een zorgverzekering, en dienen hun zorg in principe zelf te bepalen. Het begrip medisch noodzakelijke zorg is ook onder de nieuwe regelgeving van kracht. De nieuwe financieringsstructuur voorziet in een vergoeding voor de zorgverlener wanneer de ongedocumenteerde patiënt de behandeling niet kan betalen. Daarbij wordt als voorwaarde gesteld dat de zorg valt onder het basiszorgpakket van de Zorgverzekeringswet of de AWBZ.

Het centrale uitvoerende orgaan is het College van Zorgverzekeraars (CVZ)¹⁷. Deze beheert en verdeelt de compensatiegelden voor oninbare zorg geleverd aan ongedocumenteerden. Daarbij heeft het CVZ als taak de uitvoering van de bijdrageregeling te monitoren en de regeling onder zorgverleners bekend te maken. Berenschot onderzocht het functioneren van het CVZ als centrale uitvoeringsinstantie van de bijdrageregeling voor zorgverleners.¹⁸ Hiervoor werden zorgaanbieders, belangenorganisaties, het CVZ, brancheorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en ‘enkele’ in Nederland verblijvende illegalen geïnterviewd. Berenschot concludeerde dat alle respondenten tevreden zijn over het CVZ in de informatievoorziening en het declaratieproces. Het CVZ zou volgens belangenorganisaties echter wel meer aandacht moeten schenken aan ‘*knelpunten in de zorg en aan signalen over onvoldoende toegankelijkheid van de zorg*’. In tegenstelling tot voor 2009, is er op dit moment geen platform dat de toegankelijkheid actief monitort.

¹⁶ TNO 2001

¹⁷ CVZ: Het ‘*College voor Zorgverzekeringen*’ is de Nederlandse advies- en uitvoeringsorganisatie voor de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Het CVZ heeft drie kerntaken: Adviseren over inhoud basispakket (ZvW en AWBZ), verdelen van premiegeld onder zorgverzekeraars en uitvoeren van regelingen voor specifieke groepen. Onder deze laatste kerntaak valt sinds 2009 ook de zorg voor ongedocumenteerden. Het CVZ keerde in 2010 € 14.414.000, - uit vanuit het overheidsfonds, terwijl € 44.787.000, - was begroot. (Berenschot 2011).

¹⁸ Berenschot 2011

Direct toegankelijke zorg

Onder de nieuwe regelgeving wordt onderscheid gemaakt tussen direct toegankelijke en niet-direct toegankelijke zorg. Onder de regeling direct toegankelijke gezondheidszorg vallen:

- **Eerstelijnszorg** waarvoor geen doorverwijzing nodig is: huisartsen en verloskundigen. De farmaceutische zorg valt hier per uitzondering niet onder.
- **Acute tweedelijnszorg.**
- **AWBZ-zorg** waarvoor *geen* medische indicatie nodig is. Dit beslaat vooral prenatale zorg en vaccinaties.
- **Tandheelkundige zorg** voor ongedocumenteerden onder de 18 jaar.

Wanneer de patiënt niet volledig kan voorzien in zijn ziektekosten, kan de zorgverlener een vergoeding vragen bij het CVZ. Voorwaarde is dat de arts geprobeerd heeft de kosten op de patiënt zelf te verhalen: de incasso-inspanningsverplichting.

De zorgverlener kan 80 procent van de oninbare vordering vergoed krijgen, waarmee de zorgverlener als professioneel ondernemer de resterende 20 procent voor zijn rekening dient te nemen. Deze verdeling dient ook als prikkel voor de zorgverlener om de kosten te verhalen op de ongedocumenteerde patiënt zelf. Gezondheidszorg die verband houdt met zwangerschap en bevalling wordt voor 100 procent vergoed. Tandheelkundige zorg voor ongedocumenteerden van 18 jaar en ouder, abortuszorg zonder medische indicatie, fysiotherapie en bepaalde medicijnen (waaronder anticonceptie en bepaalde antidepressiva) vallen niet meer onder het basispakket en worden daarom niet meer vergoed.

Niet-direct toegankelijke zorg

Niet-direct toegankelijke gezondheidszorg is zorg waarvoor wel een doorverwijzing nodig is:

- **Niet acute tweede- en derdelijnszorg:** ziekenhuizen, psychiatrische instellingen, en ambulancediensten.
- **AWBZ-zorg** waarvoor een indicatie nodig is: verpleeghuizen, revalidatie-instellingen en verzorgingshuizen.
- **Farmaceutische zorg.**

Voor bovenstaande zorginstellingen geldt dat deze de zorg aan ongedocumenteerden alleen vergoed krijgen wanneer een overeenkomst is gesloten tussen de instelling en het CVZ. Binnen dit contract wordt afgesproken aan welke voorwaarden de instelling moet voldoen om de betreffende rekeningen vergoed te krijgen. Hiertoe behoren ook de algemene voorwaarden zoals beschreven onder '*Medisch noodzakelijke zorg*'.

Het CVZ draagt de verantwoordelijkheid voor het afsluiten van de contracten met de zorginstellingen. Het CVZ houdt bij de keuze van de te contracteren ziekenhuizen en apotheken rekening met de spreiding van illegalen over het land en streeft hierbij naar een '*dekkend zorgaanbod*'.¹⁹ Ziekenhuizen die niet zijn gecontracteerd kunnen ongedocumenteerden doorverwijzen naar een instelling uit de regio die wel gecontracteerd is. Voor GGZ-instellingen, psychiatrische instellingen, verpleeghuizen en andere AWBZ-instellingen worden per geval contracten afgesloten

¹⁹ Berenschot 2011

De gezondheid van ongedocumenteerden

Uit onderzoek naar huisartsbezoek blijkt dat de gezondheidsklachten van illegale patiënten vaak ernstiger zijn dan die van reguliere patiënten.^{20,21}

Zowel uit onderzoek onder zorgverleners²² als onder ongedocumenteerden zelf^{16,23} komt naar voren dat psychische aandoeningen relatief vaak voorkomen en klachten vaak een psychische component te hebben. De achtergrond hiervan is vaak complex en gerelateerd aan de migratiegeschiedenis en het gemarginaliseerde bestaan in Nederland. Deze klachten en aandoeningen zijn daarom volgens zowel zorgverleners¹⁸ als ongedocumenteerden zelf¹⁹ moeilijk behandelbaar. Andere klachten die relatief veel worden gerapporteerd zijn:

- Klachten van het spijsverteringskanaal.¹⁸
- Tropische en/of importziekten.¹⁷
- Gynaecologische klachten en complicaties rond zwangerschap en geboorte.¹⁶
- Drugsgebruik.¹⁷

²⁰ Schoevers et al. 2010

²¹ Van Oort en at. 2001

²² Veenema et al. 2009

²³ Baghir-Zada 2009

Methode

Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet. Hiermee is de toegankelijkheid onderzocht vanuit het perspectief van ongedocumenteerden. Bij de selectie van de onderzoekspopulatie is de methode van *purposefull sampling* gebruikt. Hierbij is gezocht naar een zo groot mogelijke spreiding in herkomst en contact met sociale netwerken. De data is verzameld middels eenmalige semigestructureerde diepte- interviews.

Met deze methode is niet geprobeerd een representatieve selectie te verkrijgen uit de diverse populatie van ongedocumenteerden. In plaats daarvan is gekozen verschillende barrières te onderzoeken die ongedocumenteerden tegenkomen wanneer zij de gezondheidszorg proberen te bereiken. Hierbij is tevens gezocht naar differentiërende factoren: Waarom hebben sommige ongedocumenteerden wel toegang tot zorg, terwijl anderen dit niet hebben?

Onderzoekspopulatie

Voor de selectie volgens de methode van *purposefull sampling* zijn verschillende organisaties en instellingen gerekruteerd die een vertrouwd en structureel contact met ongedocumenteerden onderhouden. Deze organisaties hebben de respondenten benaderd voor het interview. De respondenten uit het protestkamp in Ter Apel zijn daarentegen ter plekke benaderd door de onderzoeker zelf.

Dataverzameling

De data is verzameld in de periode maart 2012 tot mei 2012. De 18 interviews vonden plaats bij de verschillende organisaties, met uitzondering van de interviews in het protestkamp in Ter Apel. De duur van de interviews varieerde tussen ongeveer 45 en 90 minuten. De interviews zijn gevoerd in het Engels en Nederlands. Vier respondenten waren niet in staat in een van deze twee talen te communiceren en werden vergezeld door een informele tolk.

Direct voorafgaand aan het interview is de vrijwillige en anonieme basis van deelname benadrukt. Dit stond tevens beschreven in een verstrekte informatiebrief. Respondenten werd toestemming gevraagd het interview met een geluidsrecorder op te nemen, waarvoor zij allen mondeling toestemming hebben verleend. De respondenten ontvingen na afloop van het interview eenmalige een vergoeding van 10 euro.

De interviews werden geleid door een semigestructureerde itemlijst, samengesteld door de eerste en derde auteur. Deze itemlijst is gebaseerd op het model van Foets²⁴ en resultaten uit eerder onderzoek^{25,26}. De volgende thema's stonden hierin centraal: ervaren gezondheidsstatus, de ervaren toegankelijkheid van de zorg en het sociale kader. De itemlijst besloeg zowel eerstelijns- en tweedelijnszorg, als ook farmaceutische zorg en tandzorg.

²⁴ Foets et al. 2007: Foets gaat met haar model uit van het model van zorggebruik van Andersen. Het model van Andersen is ontwikkeld om te onderzoeken hoe variatie in het zorggebruik tussen bepaalde groepen mensen begrepen kan worden en in hoeverre de zorg in gelijke mate toegankelijk is voor verschillende bevolkingsgroepen. Foets heeft haar model toegespitst op etnische achtergronden.

²⁵ Baghir-Zada 2009

²⁶ Schoevers et al. 2009

Operationalisering

Toegankelijkheid van de gezondheidszorg: De zorg wordt in dit onderzoek in hoge mate als toegankelijk beschouwd wanneer personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder grote drempels toegang hebben tot zorgverlening.²⁷ Hierbij gaat het om de toegankelijkheid zoals die wordt ervaren door de persoon zelf. Foets²⁸ beschouwt de zorg als toegankelijk wanneer zorggebruik vooral bepaald wordt door de noodzaak om zorg te gebruiken. De genoemde ‘noodzaak’ zou bij zorg waarvoor geen verwijzing nodig is door de patiënt zelf worden bepaald. Bij zorg waarvoor wel een verwijzing nodig is wordt volgens Foets ook de noodzaak zoals beoordeeld door de zorgverlener van belang. De zorg zou minder toegankelijk zijn wanneer de mate van toegankelijkheid wordt bepaald door geneigdheid- en of mogelijkheidsfactoren:

- **Mogelijkheidsfactoren:** Volgens Foets onder andere afhankelijk van de financiële middelen, (sociale) hulpbronnen en kennis over de en aanwezige mogelijkheden om hiervoor zorg te ontvangen.
- **Geneigdheidsfactoren:** Volgens Foets vooral afhankelijk van gezondheidsopvattingen en attitudes tegenover de gezondheidszorg.

Zorgverzekeringswet 2009 en artikel 122a: Huidige wettelijke kader waaronder de zorgverlening aan ongedocumenteerden en de financiering hiervan binnen Nederland plaatsvindt, zoals is beschreven onder: ‘*De huidige regeling: Artikel 122a*’.

Ongedocumenteerden: Inwoners die zonder geldige verblijfspapieren in Nederland verblijven.

Analyse

De geluidsopnames van de interviews zijn uitgeschreven. De persoonsgegevens van de respondenten zijn hierbij volledig geanonimiseerd. De analyse van de interviews maakte deel uit van een cyclisch proces van dataverzameling en data-analyse. Bij de analyse is gebruik gemaakt van het digitale analyseprogramma MaxQDA. De interviews zijn thematische geanalyseerd volgens de *grounded theory*, waarbij eerst open en daaropvolgend axiale en selectieve coderingstechnieken zijn gebruikt. De gevonden toegankelijkheid is vervolgens vergeleken met de toegankelijkheid zoals gevonden in eerder onderzoek onder de huidige en de voormalige regelgeving.

²⁷ Smits et al. 2002

²⁸ Foets et al. 2007

Resultaten

Tabel 1. geeft enkele eigenschappen van de onderzoekspopulatie weer. De resultaten zijn volgens het model van Foets²⁹ verdeeld in twee categorieën:

- **Individuele factoren:** factoren zoals ervaren door de ongedocumenteerde met een zorgvraag.
- **Kenmerken aanbod:** factoren die zijn veroorzaakt door gezondheidszorginstellingen.

Individuele factor: *ervaren toegankelijkheid*

De meeste respondenten maakten gebruik van eerstelijnszorg. Ook ongedocumenteerden die geen ervaring hadden met gezondheidszorg gaven te kennen toegang te hebben tot de eerstelijnszorg. Uitgeprocedeerde asielzoekers in het protestkamp rapporteerden daarentegen dat zij *geen* toegang hadden tot eerstelijnszorg.

Tabel 1. Onderzoekspopulatie.		n=
Leeftijd	20-40	13
	40-60	5
Geslacht	Vrouw	3
	Man	15
Herkomstland	Afrika	8
	Zuid-Amerika	1
	Azië	6
	Europa	1
	Midden-Oosten	2
Migratiemotief	Economisch	11
	Politiek	4
	Anders	3
Ongedocumenteerd verblijf	0-5 jaar	11
	5 jaar of meer	7
Woonplaats	Binnen de Randstad	15
	Buiten de Randstad	3
Werk	Werkeloos	15
	Fulltime of parttime baan	3
Ervaring met gezondheidszorg	Ja	14
	Nee	4
Sociale netwerken	Medische hulporganisatie	5
	Niet-medische hulporganisatie	6
	Religieus	11

Waar de meeste geïnterviewden toegang hadden tot eerstelijnszorg, rapporteerden meerderen van hen *geen* toegang te hebben tot tweedelijnszorg. De meeste respondenten met gebitsklachten ontvingen geen tandzorg.

Respondent uit Mongolië over tweedelijnszorg: *‘Ziekenhuis, daar kan ik helemaal niet komen toch? [...] En dan misschien levensgevaarlijke situatie, gaat helpen dat bedrag is groot; wij kunnen dat bedrag niet betalen.’*

Respondent uit Somalië over tweedelijnszorg: *‘I am illegal. If I wouldn’t be here right now (protestkamp in Ter Apel), I would show you that we go to hospital together and [then I] say: ‘I am sick’ and they would send me back.’*

Alle respondenten met een bekende medische indicatie, uitgezonderd een uitgeprocedeerde Somalische asielzoeker, ontvingen farmaceutische zorg. Deze geïnterviewden kregen hun medicatie voorgeschreven van een arts (meestal een huisarts) en haalden deze gratis op bij de apotheek.

Respondent uit Somalië over farmaceutische zorg: *‘After I was thrown out on the street (2 jaar geleden), the AZC [told me]: ‘We cannot give you anymore medication.’* Hierop vroeg ik haar of zij de medicatie niet kan verkrijgen via een hulporganisatie die haar eerder had voorzien. Zij antwoordde: *‘This medication is high expensive, so they cannot afford; this medication. The last time they give a small [amount of medication], 5 or 10, but I think I cannot get any more.’*

²⁹ Foets et al. 2007

Individuele factor: sociale netwerken

Alle respondenten gebruikten sociale netwerken in het benaderen van de gezondheidszorg. Deze netwerken fungeerden als de bron van informatie en als al of niet begeleidend gids. Sociale netwerken waren ook een belangrijke financiële hulpbron (zie: '**Financieel**').

Respondent uit India: *'No problem for the doctor. Once you visit the Church, there is written like this: 'Without any documents, you are illegal, no problem for visit doctor. We can provide doctor'. Like big Alphabet: 'No problem without papers, if you are illegal, we make appointment with the doctor.'*

Een Mongoolse respondent rapporteerde echter dat ervaringen van zijn ongedocumenteerde vrienden hem hebben overtuigd dat hij geen toegang had tot tweedelijnszorg.

Respondent uit Mongolië: *'Ja, ik denk [dokters] niet helpen, daarom ga ik daar nooit. [...] Gelukkig heb ik deze problemen niet gehad. Andere mensen horen deze situatie. Ik hoor van andere mensen deze situatie, Hollandse arts helpt nooit.'*

Individuele factor: informatie

Respondenten die weinig tot geen ervaring hadden met de Nederlandse gezondheidszorg waren slecht op de hoogte van mogelijkheden tot het ontvangen van zorg. Zij geloofden dat zij geen gebruik kunnen maken van de gezondheidszorg als zij deze niet kunnen betalen. Dit bleek vooral aan de orde bij tweedelijnszorg en tandzorg.

Respondent uit Iran over tweedelijnszorg: *'I don't have money [...] so they don't accept me and say: 'Go out.'*

Respondent uit Ghana over noodzorg: *'If you are sick here, it is very difficult to go to hospital, to cure your sickness. It is very difficult. I wish I won't get dangerous illness. But if I get one, I am going to die. [...] Because I don't have health insurance, so I don't have permit to go to hospital.'*

Individuele factor: Angst

Enkele respondenten gaven aan dat zij aanvankelijk bang waren om de zorg te benaderen. Geruststellende informatie van hun sociale netwerken had hen deze angst doen overwinnen. Geen van de geïnterviewden rapporteerde dat angst de toegang tot zorg beperkte.

Respondent uit Indonesië: *'If we don't know, we feel so afraid, insecure. [...] If we don't have a guarantee we are not brave enough to come to the doctor.'*

Respondent uit Nigeria: *'So my friend when I was sick brought me here (huisarts). I was something like panic, because I know that hospital here with insurance, so I was something like shivering. So my friend told me: 'No problem.'*

Kenmerk aanbod: financieel

Een deel van de huisartsen brachten eerstelijnszorg *niet* in rekening bij ongedocumenteerde patiënten. Hiermee leken zij hen als betalingsonmachtig te beschouwen. Medische hulporganisaties vroegen hun patiënten eveneens *niet* om hun behandeling zelf te betalen.

Respondent uit India over huisartsenzorg: *'Illegal people are gratis. And I don't need pay 1 cent.'*

Andere ongedocumenteerden gaven aan dat zij wel moesten betalen voor huisartsenzorg. Deze respondenten vertrouwden hiervoor vooral op de financiële steun van sociale netwerken. Enkele ongedocumenteerden hadden echter geen beschikking over deze steun. Een van deze respondenten ervoer een financiële barrière in de toegang tot eerstelijnszorg.

Respondent uit Nigeria over huisartsenzorg: *'I was really sick, she (medewerker van een hulporganisatie) asked me to call the house doctor. I didn't call, because I cannot afford it, I just stay home. Even...I don't have transport to go to the doctor, so no need for me to call.'*

Waar het overgrote deel van de respondenten met hun sociale netwerken de eerstelijnszorg konden betalen, gaven veel respondenten aan dat dit niet gold voor relatief dure tweedelijnszorg. Tandartsenzorg, voor ongedocumenteerden van 18 jaar en ouder niet vergoed door het CVZ, werd door de meeste respondenten als onbetaalbaar beschouwd. Zoals eerder beschreven rapporteerden vooral respondenten die weinig tot geen ervaring met de Nederlandse gezondheidszorg hadden financiële barrières. Toch ervoeren ongedocumenteerden ook in het daadwerkelijke contact met zorginstelling financiële barrières en daardoor een beperkte toegang tot de zorg.

Een respondent uit Oekraïne over zijn ervaringen in een niet door het CVZ gecontracteerd ziekenhuis: *'Ik kom daar de eerste keer en ik moest meteen € 1000, - betalen. Eerst betalen bij de kassa, en dan onderzoeken. Ik bel mijn kennis en zeg: 'Wat is dat nou?'. En toen ruzie maken...'* Uiteindelijk heeft deze respondent zonder onderzoek het ziekenhuis verlaten. Enkele maanden later is hij door een hulporganisatie verwezen naar een CVZ-gecontracteerd ziekenhuis en aldaar zonder betaling behandeld.

Andere respondenten werden eerst behandeld en kregen na afloop een rekening gepresenteerd die zij niet konden vereffenen. Zij rapporteerden stress vanwege de onmacht om de openstaande zorgrekeningen te betalen.

Respondent uit Ghana over tweedelijnszorg (onbekend of deze geleverd is door een CVZ-gecontracteerde instelling): *'Where can I get money? All these things are giving me headache. [...] You don't have pay they will put you on the jail. [...]The solution is that I am trying to find a way to go to the church or something...'*

Respondent uit Nigeria over tweedelijnszorg in een CVZ-gecontracteerd ziekenhuis: *'The hospital, they bring the bill they say I have to pay [...] I cannot do nothing, because I don't have money to pay. I don't have any income.'*

Kenmerk aanbod: Weigering tot zorgverlening

Een respondent van buiten de Randstad rapporteerde dat een zorgverlener daadwerkelijk had geweigerd om hem te behandelen.

Vriend van een respondent uit Irak over eerstelijnszorg: *'Hij was erg ziek. Wij hebben de dokter gebeld, en dokter heeft mij gezegd: 'Ja sorry hij is illegaal, ik kan hem niet helpen.' Wij hebben gezegd: 'Yo, als jullie geld willen hebben, ga ik het uit mijn eigen zak betalen voor hem.' [...] En zij zeiden: 'Ja, sorry, hij moet naar het AZC³⁰ gaan'.*

Weigering tot zorg werd verder vooral gerapporteerd onder tandartsenpraktijken. Deze respondenten werden niet behandeld wanneer zij de behandeling niet konden betalen.

Respondent uit Ghana over tandzorg: *'I went to dentist to check my teeth for me. They said I should pay money. I don't have money. [...] I have to go and buy salt, put it [in my mouth].'*

Kenmerk aanbod: Verwijzing

Meerdere respondenten rapporteerden dat een verwijzing uit de eerstelijnszorg noodzakelijk was voor de toegang tot de tweede lijn.

Respondent uit Nigeria: *'When he (huisarts) refers you there (ziekenhuis), they would take it serious, because he is coming from a general practitioner.'*

Kenmerk aanbod: Hulporganisaties

Een Somalische respondent die geen toegang had tot eerstelijnszorg rapporteerde dat niet uitsluitend de huisarts, maar ook hulporganisaties voor de noodzakelijke verwijzing naar de tweede lijn kunnen zorgen. Ook andere respondenten rapporteerden dat zij naar zowel de eerste- als de tweedelijns zijn verwezen door hulporganisaties.

Respondent uit Somalië over de zorg die zijn ongedocumenteerden vriend had ontvangen van een Nederlandse hulporganisatie: *'Well there must be always someone who is responsible, who takes you there or who can say something to them. But if you go alone, I don't think they will help you. There must be always someone who talks to the doctor.'*

Tot slot rapporteerden enkele respondenten dat zij waren uitgeweken naar gratis medische zorg van hulporganisaties. Als reden hiervoor noemden zij de kosten van reguliere eerstelijnszorg.

Vriend van een Respondent uit Oekraïne: *'En dan zeggen wij: 'Hallo, jij hoeft geen geld te betalen. Ga naar [Medische hulporganisatie] en die helpt jou.' Hij is bijvoorbeeld één keer geweest bij de huisarts en moet € 25, - elke keer betalen.'*

³⁰ AZC: Een 'Asielzoekerscentrum' is een opvangcentrum voor asielzoekers. Asielzoekers zijn migranten met een lopende aanvraag om als vluchteling erkend te worden. Asielzoekers hebben in Nederland recht op toegang tot alle vormen van zorg. Zij kunnen, evenals ongedocumenteerden, geen zorgverzekering afsluiten. In plaats hiervan gebruik maken van de Regeling Zorg Asielzoekers. Ongedocumenteerden kunnen geen gebruik maken van deze regeling.

Discussie

Conclusie

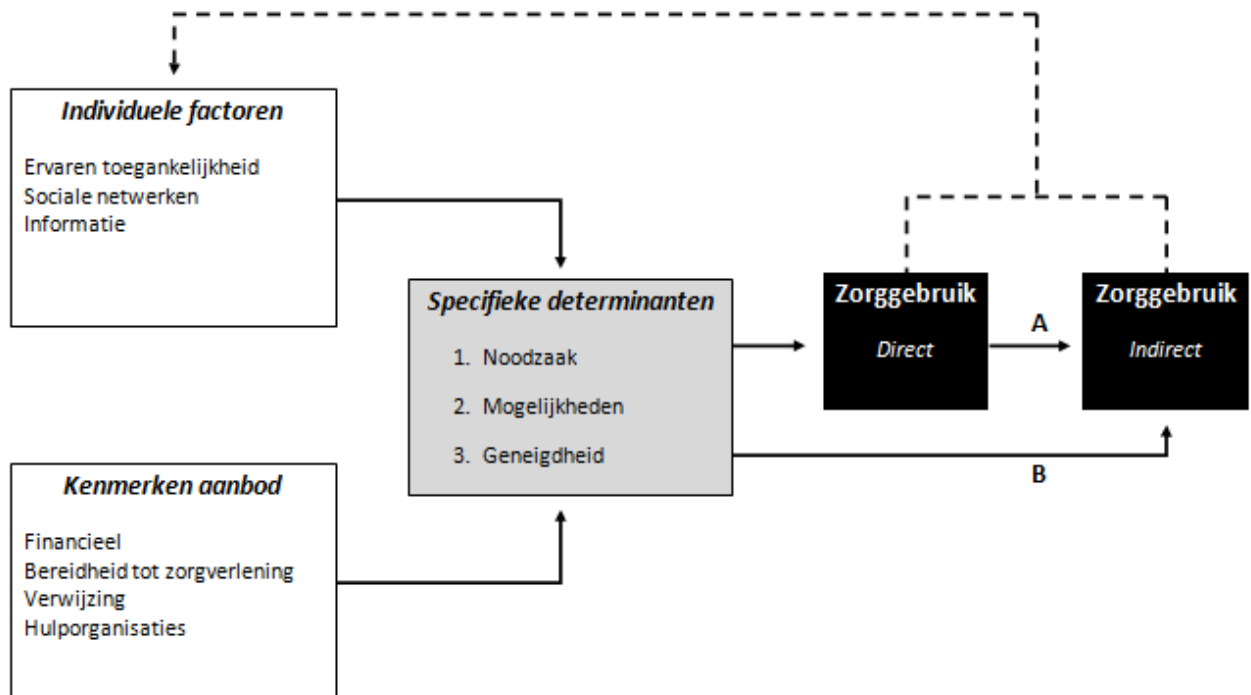
Ongedocumenteerden worden geconfronteerd met meerdere barrières in de toegang tot gezondheidszorg. Vooral personen die geen hulp ontvangen van een sociaal netwerk hebben problemen om deze barrières te slechten. De toegang tot eerstelijnszorg is relatief goed.³¹

De toegang tot tweedelijnszorg is echter beperkt. In de eerste plaats menen ongedocumenteerden zonder ervaring met deze zorg dat financiële barrières de toegang tot deze zorg in de weg staan. In de praktijk komt het echter ook voor dat zowel gecontracteerde als niet-gecontracteerde zorginstellingen financiële barrières opwerpen voor ongedocumenteerden. Bovendien is een verwijzing van de huisarts of hulporganisaties belangrijk voor de toegang tot tweedelijnszorg. De toegang tot tandzorg is zeer problematisch.

Hoewel de huidige regeling in theorie ruimhartig is, is deze niet in staat de toegang tot zorg voor alle ongedocumenteerden op alle niveaus van zorg te garanderen.

Vergelijking met eerder onderzoek

In de onderstaande **figuur 1** zijn factoren weergegeven die de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden bepalen vanuit het perspectief van ongedocumenteerden. Hierbij beïnvloeden de individuele factoren en de kenmerken van het aanbod de specifieke determinanten. Deze specifieke determinanten bepalen op hun beurt het zorggebruik. Het zorggebruik is verdeeld in direct en indirect toegankelijke zorg, zoals bepaald onder de huidige regelgeving. Indirecte zorg kan zowel via direct toegankelijke zorg (*route A*) als rechtstreeks worden benaderd (*route B*).



Figuur 1: Onderzoekresultaten weergegeven volgens het model van Foets.

³¹ Zoals beschreven onder 'Beperkingen van het onderzoek', geeft de onderzoekspopulatie geen representatief beeld van de toegankelijkheid voor de populatie ongedocumenteerden.

Berenschot evalueerde het functioneren van het CVZ als centrale uitvoeringsinstantie van de bijdrageregeling. Hiervoor werden zorgaanbieders, belangenorganisaties, het CVZ, brancheorganisaties, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en ‘enkele’ in Nederland verblijvende illegalen geïnterviewd.³² De IGZ rapporteerde hierbij nauwelijks tot geen signalen te ontvangen dat de toegankelijkheid van zorg in het geding was. Enkele steunorganisaties gaven echter aan bewust niet meer te rapporteren aan het IGZ. Desalniettemin ging de IGZ er vanuit dat er geen knelpunten waren rondom toegankelijkheid.

Veenema et al. onderzochten de toegankelijkheid onder een groot aantal eerstelijnszorginstellingen door middel van vragenlijsten en semigestructureerde interviews.³³ Dit onderzoek werd vlak voor de invoering van de nieuwe regelgeving uitgevoerd. De resultaten werden gerelateerd aan een soortgelijk onderzoek uit 1999.³⁴ De toegankelijkheid van de algehele gezondheidszorg was volgens zorgverleners verbeterd.

Huisartsenzorg werd in het onderzoek van Berenschot door belangenorganisaties als het meest toegankelijk ervaren.³¹ Dit beeld werd bevestigd door het onderzoek van Veenema et al. Huisartsenpraktijken hadden t.o.v. 1999 minder problemen met het behandelen van ongedocumenteerde patiënten. De concentratie van de zorg aan illegalen bij een kleiner aantal huisartsen zou deze toegankelijkheid in toekomst echter kunnen aantasten.³²

De toegang tot **tweedelijnszorg** kende volgens belangenorganisaties meer drempels.³¹ Doorverwijzing door de eerste lijn naar de tweede lijn was vaak zorgelijk (hoewel minder dan in 1999).³² Schoevers vond in haar onderzoek onder ongedocumenteerden, uitgevoerd onder de voormalige regelgeving, eveneens problemen in de toegang tot tweedelijnszorg.³⁵ Ook in dit onderzoek werden obstakels gevonden die de toegang tot tweedelijnszorg beperken.

De toegang tot **tandzorg** voor ongedocumenteerden van 18 jaar en ouder (en overige zorg die niet meer onder het basiszorgpakket valt) werd in de literatuur als zeer problematisch bestempeld.^{31, 32, 36} Dit onderzoek vond dat tandartsenzorg ook door ongedocumenteerden zelf als ontoegankelijk wordt ervaren.

Berenschot concludeerde dat **farmaceutische zorg** over het algemeen goed toegankelijk was.³¹ Dit sluit aan bij de bevindingen van dit onderzoek.

Individuele factoren

De toegang tot zorg wordt beperkt door een gebrek aan informatie onder ongedocumenteerden. In studies die werden uitgevoerd onder de voormalige regelgeving werd deze factor eveneens gevonden^{37, 38, 39} Zowel formele als informele sociale netwerken spelen een belangrijke rol in het leveren van informatie aan ongedocumenteerden.

³² Berenschot 2012

³³ Veenema et al. 2009

³⁴ Van Oort et al. 2001

³⁵ Schoevers et al. 2010

³⁶ Médecins du Monde European 2009

³⁷ Baghir-Zada 2009

³⁸ Dorn et al. 2011

³⁹ Schoevers et al. 2009

In tegenstelling tot andere studies, werd *niet* gevonden dat angst de toegang tot gezondheidszorg beperkt.^{40,41}

De steun van sociale netwerken heeft een belangrijk positief effect op de toegankelijkheid van de zorg. Dit effect werd eveneens gevonden in onderzoeken onder de voormalige bijdrageregeling³⁸ en onder ongedocumenteerden in Italië⁴².

Kenmerken aanbod

Zowel onderzoek onder zorgverleners⁴³ als onderzoek onder ongedocumenteerden⁴⁴ vonden financiële barrières onder de voormalige bijdrageregeling. Diversiteit in de uitvoering van de incasso-inspanningsverplichting onder de huidige regeling leidt tot ongelijkheid in de toegankelijkheid van CVZ-gecontracteerde ziekenhuizen.⁴⁵ Ook uit deze studie blijkt dat financiële barrières een van de voornaamste beperkingen vormen in de toegang tot zorg.

Ongedocumenteerden zijn voor de toegang tot zorg vaak afhankelijk van een verwijzing uit de eerste lijn en de steun van hulporganisaties. Hulporganisaties verwijzen ongedocumenteerden naar eerstelijns- en tweedelijnszorginstelling. Eerder onderzoek vond dat de bereidheid tot zorgverlening deels wordt bepaald door de betrokkenheid van een hulporganisatie.^{42, 46}

Tot slot wordt in eerder onderzoek beschreven dat deze bereidheid tot zorgverlening niet bij alle zorgverleners in dezelfde mate aanwezig is.⁴⁴ Deze bereidheid zou het grootst zijn onder huisartsen.⁴⁷ Een gebrek aan informatie zou de voornaamste reden zijn dat zorgverleners weigerden om zorg te verlenen.^{44, 46} In dit onderzoek werd weigering tot zorgverlening vooral gevonden onder tandartsenpraktijken.

Beperkingen van het onderzoek

Er zijn enkele beperkingen in de onderzoeksopzet en de dataverzameling. In de eerste plaats beperkt de selectie volgens de methode van *purposefull sampling* de representativiteit van de groep geïnterviewde ongedocumenteerden. Door ongedocumenteerden te werven via huisartsenpraktijken, is het niet mogelijk om basis van de onderzoeksresultaten uitspraken te doen over de algemene toegankelijkheid van eerstelijnszorg voor de populatie als geheel.

Idealiter zouden de interviews gevoerd zijn in de taal van de respondenten. Vanwege de diversiteit in herkomst was dit echter niet mogelijk. Een groot deel van de respondenten is geselecteerd op het spreken van de Nederlandse of de Engelse taal. De overige respondenten waren niet in staat in een van deze twee talen te communiceren en werden vergezeld door een informele tolk. Deze tolken begeleidden de respondenten ook in het contact met zorgverleners. Om deze reden was het ook niet mogelijk inzicht te verkrijgen in taalbarrières. Deze barrières werden wel gevonden in de literatuur.^{48, 49, 50} Tot slot heeft het gebruik van informele tolken de onderzoeksdata mogelijk vertekend.

⁴⁰ Baghir-Zada 2009

⁴¹ Schoevers et al. 2009

⁴² Devillanova

⁴³ Veenema et al. 2009

⁴⁴ Schoevers et al. 2009

⁴⁵ Duijs 2010

⁴⁶ Martens 2009

⁴⁷ Berenschot 2012

⁴⁸ Baghir-Zada 2009

Sterke punten van het onderzoek

Door middel van de kwalitatieve onderzoeksofzet en het gebruik van diepte-interviews was het mogelijk om de toegankelijkheid van de zorg te onderzoeken vanuit perspectief van ongedocumenteerden. Deze toegankelijkheid kon vervolgens worden geplaatst in de context van het leven van de respondenten.

Bovendien zijn de respondenten gerekruteerd via zowel medische als niet-medische organisaties. Hierdoor zijn ook ongedocumenteerden die geen contact hadden met zorginstellingen geïnccludeerd.

Aanbevelingen

Duidelijke en gedetailleerde informatie over de mogelijkheden tot het ontvangen van zorg en de organisatie van de zorg voor ongedocumenteerden in Nederland is noodzakelijk voor goed geïnformeerde gezondheidszorggebruikers. Deze informatie wordt best beschikbaar gesteld via de gebruikelijke contactpunten voor ongedocumenteerden: hulporganisaties, publieke gezondheidszorg en eerstelijnszorginstellingen. De informatie moet ook toegankelijk zijn voor personen met lage gezondheidsvaardigheden en in een paar van de meest voorkomende talen onder ongedocumenteerden. Religieuze netwerken kunnen worden ingezet om ook ongedocumenteerden te bereiken die niet in contact staan met de hulpverlening.

Huisartsen en praktijkassistenten dienen goed geïnformeerd zijn over de huidige bijdrageregelingen en hun zorgplicht tegenover ongedocumenteerden. Huisartsen dienen eveneens op de hoogte te zijn van gecontracteerde ziekenhuizen en apotheken waarheen ze hun ongedocumenteerde patiënten kunnen doorverwijzen. Ook baliepersoneel en administratieve afdelingen van gecontracteerde ziekenhuizen moeten goed geïnformeerd zijn over de en het ziekenhuisbeleid t.a.v. zorg aan ongedocumenteerden.

Baliepersoneel en administratieve afdelingen van niet gecontracteerde ziekenhuizen moeten goed geïnformeerd zijn over de verantwoordelijkheid van zorginstellingen voor de gezondheidszorg aan ongedocumenteerden en de doorverwijsmogelijkheden naar gecontracteerde ziekenhuizen en apotheken. Daarvoor moeten ziekenhuizen en apotheken die niet gecontracteerd zijn in staat zijn een lijst te verschaffen met instellingen die wel gecontracteerd zijn.

Tandartsenzorg moet in ieder geval in dringende en pijnlijke situaties verleend kunnen worden.

⁴⁹ Dorn et al. 2011

⁵⁰ Schoevers 2009

Referenties

- Baghir-Zada, R. (2009) *Illegal aliens and health (care) wants*. Faculty of Health and Society, Malmö University.
- Berenschot (2011) *Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet*.
- Cardol M., van Dijk L., de Jong J.D., de Bakker D.H., Westert G.P. (2004) *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?* Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CERC) (2000). *General Comment 14* European Social Charter, revised (1996) art 11 and 13.
- Devillanova C (2007) *Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan*. J Health Econ.
- De Jonge A., Rijnders M., Agyemang C, van der Stouwe R, den Otter J., Van den Muijsenbergh M.E., Buitendijk S. (2011) *Limited midwifery care for undocumented women in the Netherlands*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2011; 32(4): 182–188.
- Dorn T. et al. (2011) *Health care seeking among detained undocumented migrants: a cross-sectional study*. BMC Public Health 2011.
- Duijs, S.E. (2010). *The Right to Health Care and the Duty to Pay*. Amsterdam (masterscriptie).
- Heijden, P.G.M. van der, Cruyff, M., Gils, G.H.C. van. (2011) *Schatting illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen in 2009*. Universiteit Utrecht - Faculteit Sociale Wetenschappen, WODC.
- Klazinga N.S., Bloemen E.J.J.M., Buuren J.J.M. van et al. (2007). *Arts en Vreemdeling*. Pharos, Utrecht (Rapport).
- KNMG (2002). *Gedragsregels voor artsen 2002, versie 3.0 (Richtlijn)*.
- Kromhout M.H.C., Wubs H., Beenackers E.M.Th (2008) *Cahier 2008-3. Illegaal verblijf in Nederland. Een literatuuronderzoek*.
- Martens M.J.C. (2009). *Accessibility of Health Care for Undocumented Migrants in the Netherlands*. (Masterscriptie)
- Nederlandse Artseneed (2003) KNMG, NFU en VSNU.
- Nederlandse Grondwet, art. 1.
- Schoevers M.A., Loeffen M.J., van den Muijsenbergh M.E., Lagro-Janssen A.L. (2010) *Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands*. Int J Public Health. 2010 Oct;55(5):421-8.
- Taran P.A., (2000) *Human rights of migrants: Challenges of the new decade*, International Migration, 38 (6): 7-51.
- United Nations National Assembly (1966) *International covenant on Economic, Cultural and Social rights*, art 12.
- Van Oort M., Kulu-Glasgow I., de Bakker D. (2001). *Gezondheidsklachten van illegalen: een landelijk onderzoek onder huisartsen en spoedeisendehulpafdelingen*. Nivel, Utrecht.
- Veenema T, Wiegers T, Deville W (2009) *Accessibility of health care in the Netherlands for illegal immigrants: an update*. Nivel, Utrecht.