

# DE STILTE DOORBREKEN

OVER TOEGANG TOT ZORG VOOR  
ONGEDOCUMENTEERDEN IN NEDERLAND



RESULTATEN MEDOC PROJECT, JANUARI 2007 - JULI 2008  
DOKTERS VAN DE WERELD / MÉDECINS DU MONDE NEDERLAND  
SEPTEMBER 2008





# DE STILTE DOORBREKEN

Over toegang tot zorg voor ongedocumenteerden in Nederland

## Resultaten MEDOC project, januari 2007 – juli 2008

Naomi Bollen, arts

Margreet Kroesen, projectcoördinator

Gerd Beckers, extern adviseur

[medoc@doktersvandewereld.org](mailto:medoc@doktersvandewereld.org)

September 2008

© Dokters van de Wereld/ Médecins du Monde Nederland

---

Het MEDOC project is mede mogelijk gemaakt door



---

# Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
1. Dokters van de Wereld en ongedocumenteerden.....	4
2. MEDOC project in de praktijk .....	5
Voorlichting.....	5
MEDOC .....	6
Lobby & Advocacy .....	7
3. Ongedocumenteerde patiënten .....	9
4. (On)verantwoorde zorg en de overheid .....	10
5. (On)toegankelijke zorg en de hulpverlener .....	12
6. Van knelpunt tot bemiddeling.....	14
7. Signaleren en rapporteren, een overzicht van resultaten.....	17
8. Analyse .....	24
9. Conclusies en aanbevelingen.....	25
10. Vooruitblik 2008-2009 .....	26
11. Literatuur .....	28

---

**“In het ziekenhuis zeggen ze altijd dat ik eerst moet betalen voordat ze me kunnen helpen. Maar ik voel me ziek en ben hoogzwanger, ik heb niet eens genoeg geld om mijn dochter te eten te geven. Ik ben zo bang dat ik ook deze keer thuis moet bevallen zonder medische hulp.”**

**Helena, 32 jaar**

Helena is een alleenstaande moeder, hoogzwanger van haar tweede kind. Bij de vorige zwangerschap heeft Helena nooit een verloskundige gezocht uit angst voor de hoge rekeningen. Zij heeft zelf, zonder hulp, haar dochter op de wereld gezet in het huis van een kennis. Tijdens deze zwangerschap voelde ze zich zo ziek dat ze uiteindelijk toch de stap heeft gewaagd en medische hulp heeft gezocht. De verloskundige die haar zag, vond het belangrijk dat Helena naar het ziekenhuis zou gaan. Daar is ze echter tot nu toe drie keer geweigerd omdat ze de rekening niet kan betalen. Helena maakt zich veel zorgen. Zal zij weer op een kamertje achteraf zonder hulp moeten bevallen?

“The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for ~ The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness”

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights Artikel 12,  
Door Nederland ondertekend op 25 juni 1969 en geratificeerd op 11 december 1978

---

## Voorwoord

Op 1 januari 2007 is het landelijke project MEDOC van Dokters van de Wereld gestart, als vervolg op het pilot project in 2005-2006. Het 3-jarige nationale project richt zich op problemen bij toegang tot zorg voor mensen die illegaal in Nederland verblijven. De peilers voor de activiteiten zijn (1) voorlichting, (2) implementatie van het MEDOC, een mobiel medisch dossier en (3) lobby & advocacy. Mensenrechten, Nederlandse wetgeving, medisch-ethische aspecten en het actuele politieke debat bepalen de kaders waarbinnen de doelstellingen voor het project zijn gedefinieerd.

In dit rapport **“De stilte doorbreken”** wordt een overzicht gegeven van knelpunten in de toegang tot zorg die we in het afgelopen anderhalf jaar zijn tegengekomen. Het in kaart brengen van knelpunten en incidenten in toegang tot zorg is een belangrijk onderdeel van het MEDOC project. Het registreren van incidenten biedt ons meer en meer inzicht in de problematiek van toegang tot zorg voor ongedocumenteerden en de context waarbinnen de problematiek zich afspeelt. Het gaat dan over de locatie van de weigering, de aard van de weigering en knelpunten op een specifieke locatie. De analyse van de getuigenissen laat een kleurrijk beeld zien. Problemen zijn zeer divers van aard en zo zijn ook de reacties van verschillende zorgverleners en instanties die aangesproken werden op hun verantwoordelijkheid.

Ongedocumenteerde patiënten met gezondheidsproblemen stuiten vaak op barrières wanneer zij medische hulp zoeken. Dokters van de Wereld houdt zich met deze problemen bezig. Zo worden we deelgenoot van het probleem met de toegang tot medische zorg, waardoor we de rol van pleitbezorger op ons nemen. Zo kunnen wij een stem zijn voor een groep patiënten die Nederland beetje bij beetje vergeet. En dat is precies de bedoeling van het project.

Neem als voorbeeld een ziekenhuis, waarover meerdere meldingen binnenkwamen. Een steeds terugkerend probleem was de weigering van patiënten door de financiële administratie, vóór het doktersbezoek. Deze financiële administratie of inschrijfbalie is het fysieke gezicht van de (on)toegankelijkheid van de zorg in een ziekenhuis. Daar kregen meerdere patiënten te horen: *‘zonder betaling, geen zorg’*. Een specialist kon op deze manier onmogelijk beoordelen of de patiënt, die altijd door een huisarts naar hem was verwezen, medisch noodzakelijke zorg nodig had. De professionele standaard als toetssteen voor verantwoorde zorg werd in eerste instantie gepasseerd. Na bemiddeling door Dokters van de Wereld wilde de arts de patiënt vaak toch zien.

Sommige bestuurders van ziekenhuizen waren zich niet bewust van de gang van zaken aan de poort van hun ziekenhuis. Een meerderheid van hen was bereid de procedure binnen hun instelling aan te scherpen. Hun verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg door adequate toegankelijkheid te garanderen werd echter gerealiseerd na terugkoppeling door Dokters van de Wereld.

Naast bestuurders van instellingen en zorgverleners werden verschillende overheden, lokaal en landelijk, aangesproken op hun verantwoordelijkheid voor ontoegankelijke zorg in Nederland. Het onderwerp werd op de agenda gezet van de Wethouder Zorg in Amsterdam, de Inspectie voor Gezondheidszorg en van Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ondanks deze bemoedigende reacties zijn er ook instellingen en zorgverleners die vinden dat betaling voor zorg voorop moet staan bij de vraag of ze zorg verlenen aan patiënten zonder verblijfsvergunning en zonder geld. Pleitbezorging blijft hard nodig.

Gerd Beckers

Medisch Adviseur MEDOC project

september 2008

---

## **1. Dokters van de Wereld en ongedocumenteerden**

Dokters van de Wereld is de Nederlandse tak van de internationale medische ontwikkelingsorganisatie Médecins du Monde en verleent medische hulp aan kwetsbare groepen overal ter wereld, ook in Nederland, door toegang tot en recht op gezondheidszorg te bevorderen, door naar kennis en geweten te getuigen over schendingen van de mensenrechten, en door het geven van voorlichting aan het publiek. Medecins du Monde werkt niet alleen in ontwikkelingslanden. In verschillende westerse landen is door de toegenomen armoede en het verscherpte politieke klimaat voor een aantal groepen de toegang tot de gezondheidszorg sterk verslechterd. Ook in Nederland zet Dokters van de Wereld zich in voor kwetsbare groepen.

Duurzaamheid heeft bij Dokters van de Wereld een hoge prioriteit. Binnen de projecten wordt veel aandacht besteed aan de betrokkenheid en zelfredzaamheid van de doelgroep, ownership en de capaciteitsversterking van bestaande structuren. Om de duurzaamheid van een project te waarborgen ligt de nadruk op het versterken van bestaande voorzieningen. Hiermee wordt het ontstaan van parallelle structuren zoveel mogelijk voorkomen. Dokters van de Wereld stelt zich daarom op als intermediair tussen verschillende partijen, met als einddoel de positie van zwakkeren binnen een samenleving te versterken. Bij het signaleren van onrecht of misstanden op gebied van medische zorgverlening zal de organisatie de gebeurtenissen aan het licht proberen te brengen.

### **Het verbeteren van toegankelijkheid van gezondheidszorg voor ongedocumenteerden in Nederland**

#### **(Hoofddoelstelling Nationaal MEDOC project Dokters van de Wereld)**

Dokters van de Wereld is van mening dat de situatie van ongedocumenteerde (en daardoor onverzekerde) migranten en hun toegang tot zorg in Nederland onvoldoende gewaarborgd is. We zien dat veel ongedocumenteerden niet de zorg krijgen waar zij wel recht op hebben. Sinds 2005 zet Dokters van de Wereld zich in om op een duurzame wijze met partners de factoren die toegang tot zorg belemmeren in kaart te brengen, en daar met gepaste interventies oplossingen voor aan te dragen. Er is dan ook een bewuste keuze gemaakt om de rol van intermediair te vervullen. Door het versterken van zelfredzaamheid van ongedocumenteerden en hun betrokkenen in de zoektocht naar zorg proberen we een bijdrage te leveren aan het doorbreken van barrières. De uitgifte van een mobiel medisch dossier het MEDOC is daarbij een praktisch middel om de verkregen zorg beter te kunnen continueren.

Een ander belangrijk onderdeel van het project is het verstevigen van het draagvlak onder hulpverleners om medisch noodzakelijke zorg te verlenen aan ongedocumenteerde patiënten. Kennisvergroting over de juridische aspecten van de zorgverlening aan ongedocumenteerde patiënten én hun zorgverleners kan hier een bijdrage aan leveren. De verwachting is dat meer bekendheid van de huidige wet- en regelgeving zal leiden tot een toegankelijker gezondheidszorgsysteem, waar voor de medische beoordeling geen onderscheid wordt gemaakt op grond van financiële aspecten of het stigma op de status van 'illegaal'.

---

## 2. MEDOC project in de praktijk

In januari 2007 is het landelijke MEDOC project van start gegaan, voor een periode van 3 jaar. Het project heeft tot doel toegang tot zorg voor ongedocumenteerden te verbeteren. Dokters van de Wereld zet zich met partnerorganisaties in op verschillende terreinen. Sinds het pilotproject 2005-2006 in Amsterdam hebben we onze aandacht gericht op het geven van voorlichting aan ongedocumenteerden en hulpverleners over het verkrijgen en geven van zorg. Het mobiel medisch document (MEDOC) werd aan meer dan 400 ongedocumenteerden uitgegeven om hen praktische ondersteuning te bieden in hun zoektocht naar zorg. Met de stijgende contacten met ongedocumenteerden en hulpverleners is ook het inzicht in de kernproblematiek (de toegang tot zorg) toegenomen. Het verzamelen van incidenten en het afnemen van getuigenissen biedt ons mogelijkheden om zowel voor individuen als groepen te bemiddelen voor een betere toegang tot zorg.

### Voorlichting

Een van de barrières in de toegang tot zorg is onbekendheid met eigen rechten, plichten en mogelijkheden rondom zorgverlening. Ongedocumenteerden stellen de zorgvraag vaak zo lang mogelijk uit door angst voor registratie en hoge rekeningen. Ervaring toont dat voorlichting aan ongedocumenteerden en betrokkenen bestaande barrières weg neemt. Een belangrijke peiler is om deze reden het versterken van de informatievoorziening aan ongedocumenteerde migranten. Bovendien ontberen hulpverleners vaak informatie en handvaten over hoe zorg aan deze kwetsbare groep verleend kan worden.

Dokters van de Wereld organiseert voorlichtingsbijeenkomsten voor de leden van migrantenorganisaties in Nederland zodat zij beter in staat zijn voorlichting en informatie te geven aan de eigen achterban. Ook worden er groepsvoorlichtingen georganiseerd voor ongedocumenteerden in samenwerking met migrantenorganisaties. Informatiemateriaal "Naar een dokter - dat kan" wordt zo veel mogelijk verspreid via verschillende kanalen. Met de komst van het nieuwe financieringstelsel in 2009 zal het bestaand materiaal worden herzien en zal worden gezocht naar kanalen voor een bredere verspreiding.

Via spreekuur locaties in Amsterdam, Utrecht en Rotterdam kunnen mensen op individuele basis advies krijgen over de toegang tot zorg in Nederland. Dokters van de Wereld is momenteel tweewekelijks op donderdag aanwezig op het Kerkhuis in Amsterdam Zuidoost. Het Kerkhuis is een diaconaal dienstencentrum voor migrantenkerken. Het houdt zich bezig met dienstverlening aan (leden van) migrantenkerken onder andere op het gebied toegang tot zorg. Sinds enkele maanden wordt er ook wekelijks in het Wereldhuis (ontmoetingsplek voor ongedocumenteerden van de Protestantse Diaconie) in Amsterdam Centrum gewerkt. In Utrecht is met het wekelijks spreekuur aangesloten bij STIL, 'Solidariteitsorganisatie voor vluchtelingen en migranten zonder verblijfsvergunning'. In Rotterdam worden incidenteel groepsvoorlichtingen gehouden bij het ROS (Rotterdams Ongedocumenteerden Steunpunt), met aansluitend individuele afspraken voor voorlichting en een MEDOC. Ten tijde van dit rapport wordt ook een informatiespreekuur voorbereid in Den Haag. In Amsterdam hebben 231 patiënten (inclusief herhaal consulten) de spreekuren bezocht, in Utrecht 29 en in Rotterdam 37.

Via groepsvoorlichtingsbijeenkomsten aan ongedocumenteerde migranten hebben zo'n 500 personen rechtstreeks informatie gekregen over recht op zorg, de Nederlandse gezondheidszorg en de toegang ervan. Vaak uitte men aan het eind van een voorlichting hun zorgen over het verkrijgen van zorg en werden afspraken gemaakt voor een individuele afspraak tijdens een van de spreekuren. In Amsterdam zijn een 20-tal migrantenkerken bezocht, om tijdens of vlak na de eigen dienst kort uitleg te geven over het recht op zorg en de mogelijkheid om een persoonlijke afspraak te maken. Hiermee

---

werden tegen de 1000 migranten bereikt. Het bleek een effectieve ingang te zijn om met grotere groepen ongedocumenteerden (in)direct in contact te komen. Vaak werd in de periode na het bezoeken van de kerken de spreekuren (nog) beter bezocht.

Er is tijdens diverse gastcolleges aan maatschappelijk werkers, geneeskundestudenten en huisartsen in opleiding scholing gegeven over de situatie van ongedocumenteerden in Nederland, hun recht op zorg, hun problemen en het MEDOC project. Via de telefonische MEDOC Helplijn hebben in de afgelopen 10 maanden (oktober 2007 – juli 2008) 165 mensen hun vraag gesteld, incident gemeld, of individuele voorlichting ontvangen.

## MEDOC

Dokters van de Wereld heeft zich gedurende het pilotproject in het bijzonder gericht op zwangere vrouwen en chronisch zieken binnen de groep van ongedocumenteerde migranten. Zij zijn afhankelijk van een continue en kwalitatief goede zorg. Een mobiel medisch dossier (MEDOC) werd ontwikkeld als praktisch hulpmiddel in het continueren van zorg van deze patiëntengroep. Het MEDOC werd in de pilot via speciaal opgezette spreekuren uitgegeven aan 200 ongedocumenteerden. Het dossier op zakformaat bevat persoonlijke en medische gegevens en biedt de mogelijkheid voor de zorgverlener om zijn of haar bevindingen van het consult te rapporteren.

Gedurende het pilotproject (2005-2006) deed Dokters van de Wereld onderzoek naar de bruikbaarheid van het MEDOC in het zorgproces. Uit de resultaten komt naar voren dat ongedocumenteerde patiënten zich met een MEDOC zekerder voelden in het vragen naar zorg (Dekkers & Meerens, Dokters van de Wereld, 2006). Dit is van belang bij het tegengaan van het eerder genoemde uitstelgedrag van ongedocumenteerde patiënten.

Aan de start van het nationaal project heeft Dokters van de Wereld zich tot doel gesteld het medisch document (MEDOC) breder te integreren binnen het zorgproces. Binnen bestaande spreekuur locaties van Dokters van de Wereld wordt het MEDOC door getrainde medische vrijwilligers uitgegeven. Ook zijn er enkele huisartsen die het binnen hun spreekuren gebruiken. In de periode van 2005 tot juli 2008 zijn er 500 MEDOC boekjes uitgereikt aan ongedocumenteerde migranten. Het verspreiden van de MEDOC's gebeurt voornamelijk via de eigen spreekuren. In de loop van het project zijn de locaties hiervan uitgebreid, van het Kerkhuis in Amsterdam Zuid-Oost tot vier in totaal (Amsterdam Centrum, Utrecht, Rotterdam).

De Radboud Universiteit te Nijmegen onderzocht het belang en de bruikbaarheid van een mobiel medisch dossier in het zorgproces voor ongedocumenteerden (M. Schroevers et al.). Terwijl de MEDOC evaluatie zich vooral heeft gericht op de ervaring en bruikbaarheid vanuit patiënten perspectief heeft het Radboud zich bovendien ook gericht op het perspectief van de zorgverlener. Samen met de inzichten uit de eigen ervaring zullen de resultaten uit Nijmegen aanknopingspunten geven of en op welke manier een mobiel medisch dossier kan bijdragen aan de verbetering van zorg aan ongedocumenteerde patiënten. Dokters van de Wereld onderzoekt momenteel de mogelijkheid om een aangepaste, eenvoudiger vorm van het MEDOC landelijk te implementeren, via zoveel mogelijk migranten- en hulpverleningskanalen. Dit vergt niet alleen meer onderzoek naar toepasbaarheid en bruikbaarheid maar ook lobby voor de noodzaak van een medisch dossier voor deze mobiele en onzichtbare groep in de samenleving.

**“Ik ben hartpatiënt, maar gebruik al jaren geen medicijnen. Als ik me niet goed voel, durf ik niet naar de dokter. Ik kan de rekeningen toch niet betalen.”**

**Elisabeth, 62 jaar**

---

## Lobby & Advocacy

Het totaal aantal ongedocumenteerden dat in Nederland geweigerd wordt of problemen heeft in toegang tot zorg is onbekend. Het merendeel van ongedocumenteerde migranten is niet bekend met eigen rechten en plichten en durft geen melding te maken van weigering. Steunorganisaties zoeken vaak zelf lokaal naar oplossingen, op zoek naar een hulpverlener die wel wil helpen of naar donaties om de zorg te betalen.

Dokters van de Wereld ziet het als een belangrijke taak om deze misstanden in kaart te brengen. Waar gaat het mis, hoe vaak komen er problemen voor en wat kan er anders. Ongedocumenteerden en hun betrokkenen worden gestimuleerd om incidenten die ze tegen komen te melden. Dokters van de Wereld registreert deze incidenten, probeert op individueel niveau te bemiddelen en op collectief niveau de problematiek aan te kaarten, bij de betreffende instelling of de (lokale) politiek.

In de aanloop- en besluitvormingsfase van de nieuwe financieringswet is als een van de organisaties van het BMO<sup>1</sup> een lobby-brief aan het ministerie ondertekend, met kritische observaties over de wet. Ook is een initiatief vanuit verloskundigen, waarbij gepleit werd voor een bredere vergoeding binnen de nieuwe wetgeving, onderschreven.

## Medische vrijwilligers

De bijdrage van vrijwilligers is essentieel. Iedere dag zetten er wereldwijd duizenden vrijwilligers zich in voor de activiteiten van Medecins du Monde. In Nederland zijn dat er op jaarbasis dertig binnen het MEDOC project. Het is een sterk gemotiveerde groep mensen die zich wil inzetten voor ongedocumenteerden in hun toegang tot zorg.

De vrijwilligers (van 3 begin 2007, tot 30 personen in juli 2008) zijn verdeeld over stedelijke pools. De medische vrijwilligers worden gerekruteerd via een vacature op de eigen website, en zijn geneeskunde student, verpleegkundige of arts. Zij hebben voornamelijk het directe contact met de patiënten en registreren en behandelen de gemelde incidenten. Bovendien hebben zich vrijwilligers van andere disciplines (medische/ culturele antropologie, rechten, psychologie, gezondheidswetenschappen) aangemeld, die op andere activiteiten worden ingezet. Voorbeelden zijn het uitvoeren van inventarisaties onder instellingen of migrantenorganisaties, deelname namens het MEDOC project aan platforms of werkgroepen, samenstelling van landelijke en stedelijke sociale kaart, PR- en informatie-activiteiten over het bestaan van de spreekuren, voorlichtingsrondes in migrantenkerken, etcetera. Het efficiënt inwerken, trainen en motiveren van deze medewerkers is een toenemend aandachtspunt binnen het project. Naast de vrijwilligers wordt regelmatig met stagiaires gewerkt, bijvoorbeeld voor het evalueren van het MEDOC boekje, het opzetten en (mede-) uitvoeren van de European Observatory, of het nader onderzoeken van de medische zorg in detentiecentra.

---

<sup>1</sup> Breed Medisch Overleg, een landelijk platform voor organisaties betrokken bij de zorg aan ongedocumenteerde migranten, geïnitieerd en gecoördineerd door Stichting LOS

---

## European Observatory

Het MEDOC is tot nog toe vooral bezig geweest met het leggen van een basis voor de incidentenverzameling van individuele patiënten. Via het uitvoeren van de European Observatory werden ook patiëntgegevens en -verhalen verzameld, die volgend jaar gaan dienen als input voor een Europese lobby. Tussen maart en juli 2008 zijn bij 103 personen, die zonder verblijfsvergunning in Nederland leven, vragenlijsten afgenomen, naar de leefomstandigheden, gezondheidssituatie en toegang tot zorg. Het onderzoek is geïnitieerd door Médecins du Monde Frankrijk (MdM) en wordt in een 10-tal Europese landen met dezelfde lijsten uitgevoerd (een enkele vraag werd aangepast aan de lokale situatie). In Nederland zijn de respondenten via 21 steun- en lokale organisaties in 9 verschillende steden gevonden (op afspraak, of via het inloospreekuur). 22 Getrainde vrijwilligers hebben de interviews afgenomen. De verzamelde data wordt door MdM gebruikt voor de uitgave van een tweemaaljaarlijks rapport over de leefomstandigheden en de toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten in Europa. Dit rapport zal in 2009 uitkomen.

---

### 3. Ongedocumenteerde patiënten

Wij maken zoveel mogelijk gebruik van de term ‘ongedocumenteerde migranten’, naar analogie van internationaal gangbare termen als ‘undocumented migrants’ en ‘sans papiers’. De term ‘illegalen’ heeft een uitgesproken negatieve connotatie en associeert deze patiëntengroep met criminaliteit. Een mens kan zelf niet ‘illegaal zijn’. Men kan enkel op grond van heersende wetgeving een legale verblijfstitel ontberen.

Deze mensen staan niet gedocumenteerd in officiële Nederlandse registers. Zij worden uitgesloten van de legale arbeidsmarkt en kunnen zich niet verzekeren tegen eventuele ziektekosten. Vaak worden de levensomstandigheden van ongedocumenteerden gekenmerkt door lage of onregelmatige inkomsten, een onzekere verblijfplaats en kwalitatief slechte behuizing. Deze ongezonde condities, in combinatie met een onzeker toekomstperspectief en een relatief sociaal geïsoleerd leven, kunnen katalyserend werken bij het ontstaan van gezondheidsproblemen (Bloemen, 2005).

**“Illegaliteit is ziekmakend”**

**(Congres Asielbeleid en Gezondheid, oktober 2006)**

Er zijn ongedocumenteerde patiënten met ziektes die ook bij Nederlanders veel voorkomen, zoals suikerziekte, hoge bloeddruk en maagklachten. Aandoeningen van de huid komen relatief veel voor en natuurlijk worden er kinderen geboren (Van den Muijsenbergh, 2004). Sommige ongedocumenteerden dragen de last van vreselijke ervaringen in het land van herkomst of tijdens hun vlucht naar veiligheid. Anderen worden ziek van de onzekerheid van hun bestaan hier. Psychiatrische, psychosomatische en psychosociale aandoeningen zijn het resultaat. Zelfmoord komt veel vaker voor onder ongedocumenteerde migranten dan onder Nederlanders. (Congres Asielbeleid en Gezondheid, oktober 2006).

Wat doen zij, die ongedocumenteerde patiënten, als zij ziek zijn? Hetzelfde als wij, Nederlanders. Ze gaan op zoek naar iemand die hen kan helpen met hun medische probleem. Ze zijn ziek en dus zijn ze op zoek naar een dokter. Op deze zoektocht naar zorg ervaren ze verschillende barrières. Natuurlijk zijn er de verschillen in cultuur en taal. Zelf zijn ze vaak angstig voor ontdekking of voor hoge rekeningen. Er is een groot gebrek aan kennis van het Nederlandse zorgsysteem. In combinatie met eerdere negatieve ervaringen kunnen deze barrières leiden tot uitstelgedrag.

Uitgestelde zorg wordt duur betaald, niet alleen op financieel vlak. Het natuurlijk beloop van de ziekte krijgt vrij spel. Als een dergelijke ziekte niet vanzelf overgaat maar steeds erger wordt, dan loopt het op een gegeven moment uit de hand. Dan kan er niet meer uitgesteld worden. Neem het voorbeeld van een ontregelde diabetespatiënt. De patiënt heeft het risico gelopen op gezondheidsschade en zelfs overlijden. Bovendien is de opname op de spoedeisende hulp veel duurder dan alle preventieve huisartsencontroles bij elkaar. Behalve dit financiële risico is er bij uitstelgedrag bij infectieuze ziektes een gevaar voor de volksgezondheid. Daarom is het van belang dat patiënten weten dat ze recht hebben op deze zorg en bovendien hoe ze gebruik kunnen maken van dit recht. Dit geldt voor zowel de ongedocumenteerde patiënt als de Nederlandse gemeenschap.

**“Ik kan steeds slechter zien. De dokter zegt dat ik blind wordt, als ik me niet snel laat behandelen. Hij kan me helpen, maar pas als ik het geld voor de behandeling op kan brengen. De laatste keer dat ik hem zag was 6 maanden geleden, ik heb het geld nog steeds niet.”**

**Paul, 49 jaar**

---

## 4. (On)verantwoorde zorg en de overheid

Toegang tot zorg, hoe vanzelfsprekend is dit? In 2006 is op initiatief van het netwerk van Médecins du Monde (MDM) een Europees onderzoek uitgevoerd onder 12 MDM kantoren. Niet alleen in Nederland zet Dokters van de Wereld zich in voor ongedocumenteerden; ook zusterorganisaties in andere Europese landen bieden medische, psychologische en sociale hulpverlening. Het MDM 'European survey on undocumented migrants' access to health care' (2007) toont verschillende knelpunten van ontoegankelijke zorg aan. Uit 835 interviews met ongedocumenteerden uit 7 landen blijkt dat voor 78% van hen in de nationale wetgeving een min of meer omschreven recht op zorg bestaat. Slechts 24% is in staat effectief gebruik te maken van de gezondheidszorgvoorzieningen. Naast ervaren barrières geeft een derde van de geïnterviewden aan niet geïnformeerd te zijn over het recht op zorg en de mogelijkheden in het land van verblijf (Médecins du Monde, 2007).

**“Wel blijft het recht op de toegang tot medisch noodzakelijke zorg bestaan”  
(Vreemdelingenwet 2000)**

De wetgeving in Nederland omschrijft het recht op zorg expliciet. In het Koppelingsbeginsel is vastgelegd dat ongedocumenteerden geen aanspraak kunnen maken op sociale voorzieningen, zoals een ziektekostenverzekering. Eén van de uitzonderingen hierop is de toegang tot medisch noodzakelijke zorg. Desondanks blijkt de toegang tot zorg in de praktijk problemen op te leveren. Vooral zorg uit de tweede en derde lijn lijkt moeilijk toegankelijk te zijn voor ongedocumenteerde patiënten (Reijneveld van van Hertem, 2000; Dokters van de Wereld, Lentink, 2007). Daarnaast bestaat er onduidelijkheid bij hulpverleners uit verschillende zorgsectoren over de wettelijke regelingen betreffende zorg aan ongedocumenteerden, maar ook bij migrantenorganisaties en de zorgvragers zelf (Van den Muijsenbergh, 2004). Andere politieke veranderingen die van negatieve invloed zijn op de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden, zijn de Vreemdelingenwet 2000, die een grote toename van het aantal uitgeprocedeerde asielzoekers tot gevolg had, en de Zorgverzekeringswet in 2006. De verzekeringsplicht met identificatieplicht werpen extra barrières op voor de zorgverlening aan ongedocumenteerde patiënten.

In Nederland wordt niet structureel gegevens verzameld over de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden. Harde cijfers over dit onderwerp en de mate waarin de problemen voorkomen, zijn schaars. Documentatie over het onderwerp is voornamelijk te vinden binnen de 'grijze' literatuur (Reijneveld en van Hertem, 2000; PICUM, 2001; Van den Muijsenbergh, 2004).

De Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) heeft tweemaal geconcludeerd dat er geen noemenswaardige problemen bestaan voor toegankelijkheid van ziekenhuiszorg voor ongedocumenteerden. Deze conclusie oarmde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport graag (Kamerstuk Z/VV-2845260, 28 april 2008). Hier staat tegenover dat de Rotterdamse Straatdokters erover klaagden dat de ziekenhuizen in de regio Rijnmond potdicht zaten voor door hun verwezen ongedocumenteerde patiënten (Sikken & Kok, Medisch Contact 2006). Dokters van de Wereld heeft in anderhalf jaar 198 klachten verwerkt van ongedocumenteerden die op een of andere manier problemen hebben ervaren in het krijgen van medisch noodzakelijke zorg.

Onlangs kreeg de IGZ kritiek van Lampion<sup>2</sup> over de wijze waarop het onderzoek deed. De inspecteur-generaal erkende dat het onderzoek op verschillende punten rammelde. Hij handhaafde echter wel de conclusie dat er geen structurele problemen bestaan als het gaat om toegankelijkheid van zorg voor ongedocumenteerden. Argumenten voor dit volharden in ontkenning van het

---

<sup>2</sup> Lampion is een landelijk Informatie- en Adviespunt over de zorg aan illegalen. Op 18 juni 2008 verstuurdde de stuurgroep van Lampion de brief met kritische observaties aan de IGZ, [www.lampion.nl](http://www.lampion.nl)

---

probleem werden niet gegeven (IGZ, 7 augustus 2008). De vraag dringt zich op of de IGZ zich wel de juiste meetinstrumenten bedient om dit probleem in kaart te brengen, laat staan of het hiervoor het juiste gremium is. De overheid verzuimt op valide wijze inzichtelijk te maken dat de toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerden op Nederlands grondgebied adequaat gewaarborgd is. Ondanks het steeds restrictievere vreemdelingenbeleid, blijft de Nederlandse overheid verantwoordelijk voor een systeem van gezondheidszorg dat op zodanige wijze functioneert, dat eenieder op haar grondgebied zijn of haar hoogst haalbare niveau van gezondheid kan bereiken (ICESCR, 1979).

---

## 5. (On)toegankelijke zorg en de hulpverlener

Zorgverleners willen zorg verlenen zoals het een goed hulpverlener betaamt. In de vertrouwde van de spreekkamer stelt hij na zijn onderzoek *'lege artis'* (volgens de regels der kunst) een diagnose en stelt vervolgens het behandelplan voor dat het beste past bij de reële behoefte van de patiënt. *Evidence based medicine* is het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruik maken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt, dit alles gegeven de stand van de (medische) wetenschap van dat moment. Toch lukt het artsen niet altijd om op deze manier zorg te verlenen aan ongedocumenteerden. Hierbij spelen verschillende factoren een rol.

Ook artsen hebben te maken met barrières van taal en cultuur. Patiënten hebben vaak complexe klachten en aandoeningen als gevolg van de specifieke leefomstandigheden waarin zij zich bevinden. Problemen met door- en terugverwijzen zijn bekend en de administratieve belasting van de buitengewone financieringsstructuur maken ongedocumenteerde patiënten een moeilijk in te passen patiënt in een druk spreekuur. Hier komt bij dat niet alle artsen weten welke verantwoordelijkheid zij hebben in de zorg van ongedocumenteerden. Ook weten niet alle zorgverleners van de financiële vangnetten die de overheid heeft gecreëerd opdat zij deze verantwoordelijkheid waar kunnen maken. Het niet toelaten van patiënten tot medisch noodzakelijke zorg resulteert ook in uitgestelde zorg met alle risico's van dien.

**"Aan ieder die zich tot hem wendt in zijn hoedanigheid als arts verleent hij de noodzakelijke behandeling, begeleiding, adviezen en beoordeling en overeenkomstig de eisen, die hem op grond van zijn beroep en deskundigheid mogen worden gesteld. De arts zal patiënten in gelijke gevallen gelijk behandelen"**

(KNMG Gedragsregels voor artsen)

De Nederlandse overheid heeft de eindverantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van zorg voor ieder op haar grondgebied. Aangezien de overheid zelf geen zorg verleent, heeft zij deze taak gedelegeerd. Geïnspireerd door internationale humanitaire wetgeving is de wet- en regelgeving in Nederland zodanig ingericht dat medisch noodzakelijke zorg toegankelijk moet zijn voor iedereen die in Nederland verblijft. Deze internationale wet- en regelgeving werkt ook door in de eisen die de medische beroepsgroep aan medische professionals stelt.

Op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de wet BIG dienen ziekenhuizen de toegankelijkheid van de zorg en zorgverlening zodanig te organiseren dat dit leidt tot verantwoorde zorg, *'dat wil zeggen zorg van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt'*. De Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) regelt de relatie tussen een patiënt en een zorgverlener. Dit betekent onder andere dat een arts niet zonder meer kan besluiten *geen behandelovereenkomst aan te gaan* met een patiënt, een behandelovereenkomst alleen kan beëindigen in verband met *zwaarwegende redenen* en hierbij dient hij *zorgvuldigheidseisen* in acht te nemen. De gedragsregels voor artsen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) moeten worden gezien als richtlijnen voor de arts. De civiele en tuchtrechter kan ze gebruiken bij het toetsen van het handelen van de arts aan wettelijke (en tucht-)normen en ze geven invulling aan (wettelijke) begrippen als 'verantwoorde zorg' en 'zorg van een goed hulpverlener' (KNMG 2002).

Er is altijd veel discussie geweest over het begrip medisch noodzakelijke zorg. Naar aanleiding van het amendement van dhr. A. Rouvoet is tijdens de parlementaire behandeling van de Koppelingwet in 1996 besloten dat niet alleen acute zorg, maar *alle medisch noodzakelijke zorg* in aanmerking moet komen voor vergoedingen door de Regeling Stichting Koppeling. Verder werd bepaald dat alleen een arts kan beoordelen welke zorg medisch noodzakelijk is. (Toenmalige minister Borst 1999). De

---

commissie Klazinga omschrijft medisch noodzakelijke zorg in haar rapport 'Arts en vreemdeling' (2007) als "passende en verantwoorde zorg", termen ontleend aan de Kwaliteitswet ziekenhuizen en de WGBO.

In de praktijk blijkt het begrip medisch noodzakelijke zorg nog regelmatig te worden geïnterpreteerd als 'acute zorg'. De behandeling van chronische, stagnerende of invaliderende aandoeningen, die niet direct levensbedreigend zijn, wordt volgens deze laatste definitie niet als noodzakelijk beschouwd. Hiermee wordt gesuggereerd dat medisch noodzakelijke zorg voor een patiënt die zich niet tegen ziektekosten kan verzekeren, een andere betekenis zou hebben dan voor een verzekerde patiënt. Bij deze laatste mag immers worden aangenomen dat dergelijke belastende aandoeningen wel een indicatie vormen voor directe medische zorg en dat de behandeling niet zou worden gereduceerd tot enkel acute zorgverlening.

Vanuit detentiecentra voor ongedocumenteerden en asielzoekerscentra komen verontrustende berichten. Het lijkt alsof de noodzaak van detentie zwaarder weegt dan de medische noodzaak. Triage die moet leiden tot adequate verlening van zorg ligt bij in eerste instantie bij wachtcommandanten en portiers die contact kunnen leggen met een verpleegkundige. De ongedocumenteerden daar hebben niet de mogelijkheid zelf direct medische hulp in te roepen, ze moeten eerst een aantal niet medisch geschoolde derden overtuigen van de medische noodzaak. Ook uit het rapport van de Commissie Klazinga komt duidelijk naar voren dat artsen in conflict kunnen komen met hun plicht 'goed hulpverlener' te zijn, binnen de kaders die justitie hen biedt.

Patiëntgerichtheid, niet discrimineren en *evidence based medicine* zijn belangrijke peilers voor verantwoorde zorg, zoals elke zorgaanbieder ze wil verlenen. De problemen zoals ongedocumenteerde patiënten ze soms ervaren, passen daar niet in.

**"Ik kan al maanden nauwelijks slapen van de kiespijn. Geen enkele tandarts wil me helpen, omdat ik de rekening niet kan betalen. Over het Koppelingsfonds zeggen ze "nooit van gehoord", "daar werken wij niet mee" of "te ingewikkeld".**

Ogomonu, 42 jaar

---

## 6. Van knelpunt tot bemiddeling

Tussen het signaleren van een (vermoedelijk) knelpunt in de toegang tot zorg, tot aan het uiteindelijk oplossen ervan, liggen verschillende stappen.

Een knelpunt of incident in de toegang tot zorg voor een ongedocumenteerde migrant (hierna kortweg 'incident' genoemd) doet zich voor wanneer de gebruikelijke gang van zaken of 'procedure' tot het verkrijgen van zorg gevolgd is, maar deze zorg niet of met veel vertraging of obstakels geleverd wordt. Iemand (zonder papieren) gaat bijvoorbeeld met een doorverwijzing van de huisarts naar het ziekenhuis, maar krijgt aan de balie te horen dat de afspraak met de specialist niet kan doorgaan, vanwege het onverzekerd zijn.

De lobby- en advocacy activiteiten van het MEDOC project richten zich 2 niveaus:

1. Op individueel niveau (van de patiënt) trachten om het bestaande knelpunt in het verkrijgen van zorg te verhelpen of te verminderen.
2. Op collectief niveau trachten om via beleidsbeïnvloeding de toegang tot de zorg voor de gehele groep ongedocumenteerde migranten te verbeteren.

### Signaleren en registreren

Signalen van incidenten bereiken het MEDOC project via de patiënten zelf (door de telefonische helpline of tijdens eigen spreekuren) of via tussenpersonen zoals steun-, noodopvang- of migrantenorganisaties en hulpverleners. Men meldt het incident mondeling of maakt gebruik van het incidentenregistratieformulier. Dit formulier wordt sinds de tweede helft van 2006 verspreid, via de website, en andere steunorganisaties en hulpverleners. In januari 2007 is daarnaast gestart met het afnemen van getuigenissen van patiënten die problemen hebben ondervonden bij de toegang tot zorg.

#### Incident; een praktijkvoorbeeld

##### Signaleren

Dokters van de Wereld wordt gebeld door STIL, een solidariteitsorganisatie voor vluchtelingen en migranten zonder verblijfsvergunning. De vraag wordt gesteld of wij Achmed, een 32-jarige man uit Libië (zonder verblijfspapieren), kunnen helpen. Achmed is zeven jaar geleden uit Libië gevlucht en heeft in Nederland asiel aangevraagd. Hij komt in aanmerking voor het generaal pardon en zal binnenkort een verblijfsvergunning krijgen. Hij werkt voor kost en inwoning bij een organisatie voor dak- en thuislozen. Vanwege een handblessure is Achmed doorverwezen naar een plastisch chirurg. Echter, deze weigert een operatie uit te voeren als er niet vooraf wordt betaald.

##### Registreren

Een medewerker van het MEDOC project maakt telefonische aantekeningen en vult een incidentregistratieformulier in.

---

## Getuigenis afnemen

In de meeste gevallen wordt de patiënt, die het incident betreft, gevraagd een getuigenis af te leggen. Alle relevante gegevens worden zo nauwkeurig mogelijk geregistreerd. Aan de hand van deze gegevens kan worden bekeken waar de knelpunten precies liggen en welke personen hierbij een rol hebben gespeeld.

Door mensen te laten vertellen over hun ervaring met de zorgverlening kan een beeld worden gevormd van de knelpunten. Voor het afnemen van de getuigenissen en de analyse van het verhaal zijn richtlijnen opgesteld. Deze richtlijnen zijn ontworpen in samenspraak met personen van de Johannes Wier Stichting en Amnesty International, waarbij gebruik kon worden gemaakt van de kennis en expertise van beide organisaties over de rapportage van mensenrechtenschendingen.

Het afnemen van een getuigenis wordt gedaan door middel van een semi-gestructureerde vragenlijst (bijlage 2). De vragen worden gespecificeerd aan de hand van onderwerpen, zoals de leefomstandigheden, gezondheidssituatie en toegang tot zorg, maar zijn afhankelijk van de persoonlijke situatie van de patiënt. Patiënten tekenen een machtigingsformulier waarmee Dokters van de Wereld toestemming krijgt de belangen van de patiënt op het gebied van toegang tot zorg te behartigen. Alle gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.

### Getuigenis; een praktijkvoorbeeld

#### Afspreken

Er wordt met Achmed een persoonlijke afspraak gemaakt door een MEDOC medewerker. Achmed wordt uitgenodigd op het MEDOC spreekuur om zijn verhaal te vertellen.

#### Afnemen

Tijdens het gesprek legt Achmed zijn persoonlijke situatie uit en vertelt wat er in het ziekenhuis is gebeurd. Een jaar geleden heeft hij een gecompliceerde handbreuk opgelopen waarvoor hij tot twee maal toe is geopereerd. Helaas blijven de klachten aanhouden, en hij kan zijn hand slecht gebruiken. De orthopeed maakt een CT-scan van zijn pols waaruit blijkt dat zijn polsbanden zijn gescheurd. De orthopeed verwijst Achmed door naar een plastisch chirurg. De plastisch chirurg vertelt Achmed het volgende: *“de pols moet geopereerd worden, want anders krijg je artrose. Echter de operatie kost 8000 euro, dit moet eerst betaald worden voordat de operatie plaats kan vinden. De operatie is niet medisch noodzakelijk, het betreft geen acute hulp.”* Achmed wordt doorverwezen naar de financiële administratie. De financiële medewerker neemt contact op met de chirurg. Deze herhaalt zijn besluit: *“de patiënt moet eerst betalen voor de operatie kan worden uitgevoerd”*. Achmed zoekt contact met een medewerker van STIL, zij sturen hem door naar Dokters van de Wereld.

#### Documenteren

De data waarop gebeurtenissen plaatsvonden en de gegevens (namen, telefoonnummers) van het ziekenhuis en de betrokken specialisten worden zorgvuldig genoteerd in de getuigenis. Ook wordt er doorgevraagd op de feitelijke woorden die betrokkenen hebben gebruikt.

Achmed tekent een machtiging. Alle relevante details uit het gesprek worden uitgeschreven in een document.

---

## Bemiddeling

Als uit het verhaal van de patiënt blijkt dat de toegang tot zorg is geweigerd, neemt Dokters van de Wereld contact op met de betreffende praktijk of instelling. Schriftelijk of telefonisch wordt gemeld dat het vermoeden bestaat dat er een incident heeft plaatsgevonden waarbij medisch noodzakelijke zorg niet toegankelijk is geweest voor de patiënt. De aangesprokene of aangeschrevene is altijd de eindverantwoordelijke voor de toegang tot zorg, bijvoorbeeld een Raad van Bestuur of het hoofd van een afdeling of praktijk. Kopieën van de briefwisseling kunnen worden verstuurd naar allen die bij de zorgverlening betrokken zijn, zoals de betreffende arts of het hoofd van de betreffende polikliniek. Ook de patiënt zelf krijgt een kopie. De correspondentie is in dit stadium altijd gericht op dialoog en nodigt uit te reageren en toe te lichten waarom de zorg werd geweigerd.

### Bemiddeling een praktijkvoorbeeld

#### Analyse

Er wordt geconstateerd dat er in eerste instantie een goede toegang tot zorg was voor Achmed. Patiënt werd goed geholpen, zijn handbreuk werd tot tweemaal toe geopereerd. Later, als blijkt dat Achmed de openstaande rekeningen van de eerdere operaties niet kan betalen, vermindert de kwaliteit van de zorg en verslechtert de communicatie. De chirurg geeft een dubbele boodschap af. Hij zegt enerzijds dat de operatie nodig is, om een goede functie van zijn hand te krijgen. Anderzijds zegt hij dat deze zorg alleen geleverd kan worden als er vooraf betaald wordt, omdat het geen acute zorg betreft.

#### Interventie

Er wordt telefonisch navraag gedaan bij de betrokken hulpverleners van Achmed, om diens kant van het verhaal te horen. Het relaas dat Achmed verteld heeft, komt overeen met hun informatie. In een brief aan de directie, de betrokken specialisten en de huisarts wordt de situatie van Achmed beschreven en wordt gevraagd of hier misschien sprake is van een toegangsprobleem tot de zorg.

#### Afloop

De directie van het ziekenhuis schrijft een brief terug waarin zij zich scharen achter het beleid van de plastisch chirurg. Zij schrijven dat de geplande ingreep bij Achmed electief van aard is, het betreft geen acute behandeling. Daarom zullen zij pas tot behandeling kunnen overgaan bij betaling van het volledige bedrag vooraf. Bovenstaande richtlijn lijkt niet conform het advies van de commissie Klazinga, daarom zoekt een medewerker van het MEDOC project contact met de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ). De inspectie besluit de zaak te onderzoeken. Zij zijn van mening dat het bij Achmed om "passende en verantwoorde" zorg gaat, en dat de geplande ingreep daarom ook bij betalingsonmacht zal moeten worden uitgevoerd. Ondertussen besluit het ziekenhuis de operatie toch uit te voeren, ondanks de openstaande rekeningen. Achmed wordt geopereerd, zijn polsbanden worden versterkt. Hij moet zes weken in het gips blijven, waarna er een begin gemaakt kan worden met de revalidatie bij een fysiotherapeut. Er wordt niet gevraagd naar betaling vooraf.

Wanneer de bemiddeling op basis van dialoog geen bevredigende resultaten heeft gegeven, kunnen andere stappen worden overwogen, zoals het inschakelen van de Inspectie van Gezondheidszorg (IGZ), het medisch tuchtcollege of het aanspannen van een proces. Hierbij wordt de zorgverlener of -instelling gewezen op de wettelijke zorgplicht aan onverzekerde patiënten.

---

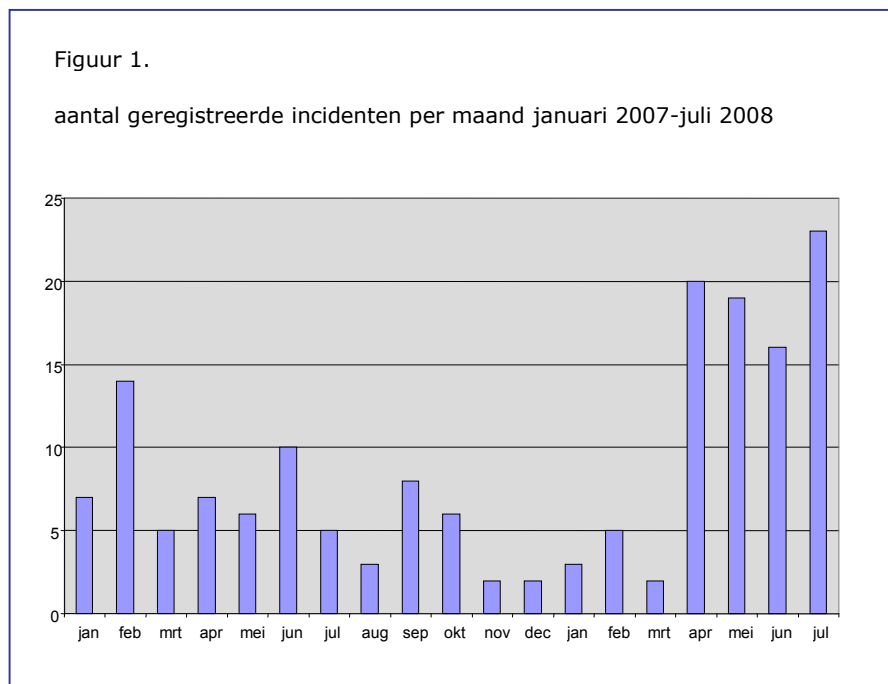
## 7. Signaleren en rapporteren, een overzicht van resultaten

In de periode van januari 2007 tot en met juli 2008 zijn er 198 incidenten verzameld, 124 getuigenissen afgenomen en 103 interviews afgenomen voor het European Observatory onderzoek. Maar wat zeggen deze cijfers? En wat hebben we echt kunnen betekenen voor de mensen achter de cijfers? Wat is er gebeurd met de ongedocumenteerde patiënten, op zoek naar zorg? Wat zijn de lessen die we geleerd hebben en wat zien we als belangrijke aandachtspunten voor de toekomst?

Met het beschrijven van resultaten willen we een weergave geven van de inzichten die we tot nu toe hebben verkregen over de situatie van ongedocumenteerden in Nederland. Harde getallen en geboekte “resultaten” die hieronder beschreven staan zijn een reflectie van de verrichte werkzaamheden, met de mensen die we op dat moment zagen en spraken. Deze inzichten willen we delen met mensen die betrokken zijn met de zorg voor ongedocumenteerden om niet morgen, maar vandaag een start te maken met verbeteringsprocessen en gezamenlijke acties.

### Incidentenregistratie

In totaal zijn gedurende 19 maanden (januari 2007 – juli 2009) 198 incidenten bij het MEDOC project geregistreerd. Dit komt gemiddeld neer op ruim 10 incidenten per maand. De verdeling laat zien dat er een sterke toename van gemelde incidenten is over de maanden april – juli 2008. Redenen hiervoor zijn het intensievere contact tussen MEDOC en steunorganisaties door het veldwerk van de European Observatory, de start van de 2<sup>e</sup> Amsterdamse spreekuurlocatie het Wereldhuis en de start van MEDOC activiteiten in Rotterdam. Bovendien heeft het project een betere naamsbekendheid bij de migranten zelf gekregen, door de voorlichtingsrondes langs migrantenkerken in Amsterdam Zuid-Oost, en via andere organisaties.



## Patiëntengroep

	Aantal	%
Afrika	88	54%
Midden Oosten	18	11%
Azië	15	9%
Oost-Europa/ Rusland	18	11%
Latijns Amerika	8	5%
Caribische gebied	8	5%
Onbekend	8	5%
	163	100%

Het aantal patiënten dat bij de 198 incidenten betrokken was, is 163. Hiervan was er bij 32 personen sprake van 2 verschillende incidenten en bij 2 personen ging het om 3 incidenten.

De leeftijd van de patiënten ligt grotendeels (ca. 75%) tussen de 20 en 49 jaar. De oudste is 87, de jongste 3 jaar. Van de 163 personen zijn 85 mannen en 78 vrouwen. Het merendeel van de patiënten is afkomstig uit Afrika (88) gevolgd door het Midden Oosten (18), Azië (15), Oost-Europa/ Rusland (18), Latijns Amerika en het Caribische gebied (8) en onbekend (16).

Het grote deel Afrikanen in de patiëntgroep hangt samen met het relatief grote opgebouwde netwerk in Amsterdam (gedurende pilotfase 2005-2006, en ook in 2007). In Amsterdam vormen de Afrikanen de grootste migrantengroep.

In Nederland is de verdeling van patiënten over de 4 grote steden: Amsterdam (109), Rotterdam (11), Den Haag (5) en Utrecht (2). Uit 18 andere kleinere steden zijn 36 patiënten afkomstig. Bekeken per provincie is de verdeling: Noord-Holland 126, Zuid Holland 21, Utrecht 4, Brabant 4, Gelderland 3, Limburg 3 en Overijssel 2.

Reden voor het oververtegenwoordigde Noord Holland (en Amsterdam) is, net zoals bij de afkomst van mensen, dat het MEDOC project vooral Amsterdam en omstreken als werkgebied had en heeft. In de loop van 2008 zijn de contacten met organisaties elders in het land intensiever geworden. Daarnaast verblijft naar schatting het grootste aantal ongedocumenteerde migranten in Noord Holland (Amsterdam).

## Intermediairs

Melding intermediair	Aantal	%
Migranten/ en steunorganisaties	86	43%
MEDOC spreekuren	65	32%
Advocaten	15	8%
Hulpverleners	17	9%
Overige loketten	15	8%
	198	100%

De groep tussenpersonen of intermediairs (organisaties, hulpverleners of andere personen die bij de patiënt betrokken waren dan wel hen aangemeld hebben) is divers van samenstelling. Het grootste deel van de 198 incidenten, namelijk 86, komt binnen via (23 verschillende) migranten- en steunorganisaties. Via de eigen MEDOC spreekuren hebben 65 incidenten ons bereikt (door patiënten zelf of kennis/ familie). Advocaten hebben 15 incidenten gemeld, hulpverleners 17 en de

resterende 15 komen van organisaties als het juridisch loket, een onderwijsinstelling en het APCP (Amsterdams Patiënten Consumenten Platform).

## Type incidenten

**82% van de incidenten** heeft te maken met **financiële barrières**. Instellingen of individuele zorgverleners willen geen gebruik maken van de begrotingspost Dubieuze Debiteuren (in ziekenhuizen) of van het Koppelingsfonds ("Wij maken geen gebruik van het Koppelingsfonds, dat is teveel gedoe."). Soms ook blijken eerstelijns hulpverleners niet op de hoogte van het bestaan van het Koppelingsfonds. Patiënten tekenen soms forse betalingsregelingen, die ze vrijwel nooit zelf kunnen nakomen. Gevolg voor de patiënten van een niet na te komen betalingsverplichting is bijvoorbeeld het niet uiten van een volgende zorgvraag of het verhuizen naar een ander adres, uit angst voor een deurwaarder. Patiënten die, soms onder druk gezet, wel een schuldbekentenis tekenen voor het totale bedrag, zitten voor soms enkele jaren vast aan een maandelijkse betalingsverplichting. Zij lenen noodgedwongen bij vrienden of kennissen en komen hierdoor soms in eigen problemen.

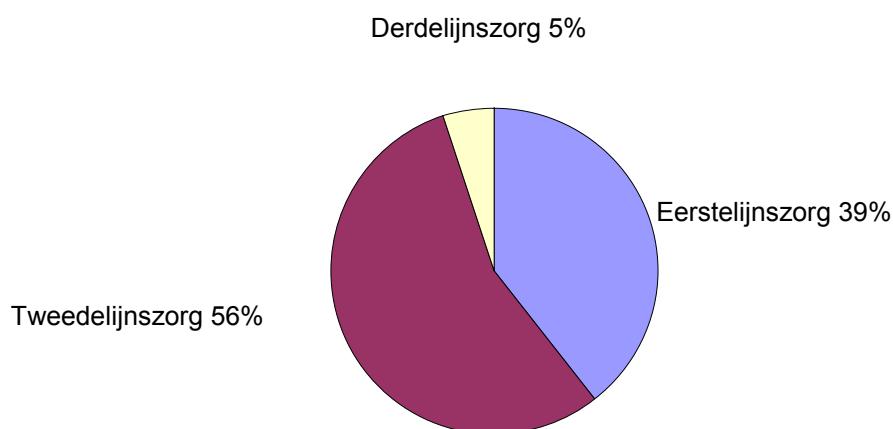
De andere 18% van de incidenten betrof onder andere kwalitatief onvoldoende zorg in detentiecentra, onwetendheid over een EU-onderdaan die in enkele gevallen wel onder Koppelingsfonds kan vallen en sterk vertraagde zorg, waardoor zelfs een patiënt gestorven is.

## Toegang tot de zorg

Knelpunten per zorglijn	Aantal	%
Eerstelijnszorg	78	39%
Tweedelijns zorg	110	56%
Derdelijnszorg	10	5%
	198	100%

Uit de evaluatie van het pilotproject blijkt dat de problemen met de toegang tot zorg voornamelijk plaatsvinden in de tweede lijn van de gezondheidszorg (Anna Lentink, Dokters van de Wereld 2007). Ook in de eerste helft van het nationaal project is deze trend duidelijk zichtbaar.

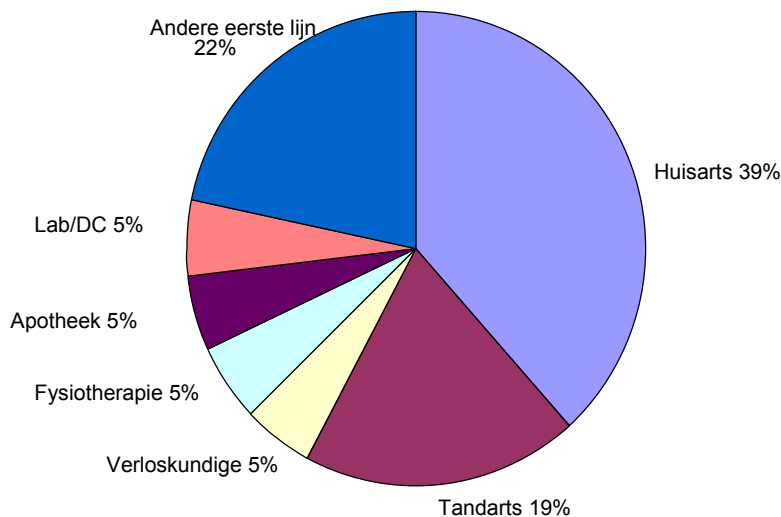
**Figuur 2: aantal weigeringen per lijn, januari 2007- juli 2008**



## Eerstelijnszorg

Binnen de eerstelijnszorg is de huisarts verantwoordelijk voor het grootste aantal weigeringen (39%), wat te verklaren is gezien de poortwachters functie die hij heeft. Patiënten consulteren over het algemeen eerst een huisarts en worden daarna of naar de 2<sup>e</sup> lijn, of naar een andere eerstelijns hulpverlener doorverwezen (ook al zijn deze direct toegankelijk). Opvallend is het relatief grote aandeel van tandartsen (19%) als weigeraar van ongedocumenteerde migranten. Ook signalen uit bijvoorbeeld de platforms van het Koppelingsfonds onderstrepen de relatief moeilijk toegankelijkheid bij deze beroepsgroep. Het vermoeden bestaat dat wanneer de groep ongedocumenteerden beter zou weten dat zij ook recht op tandartszorg hebben (en via het Koppelingsfonds de mogelijkheid tot financiële ondersteuning), er nog meer incidenten over binnen zouden komen. Het feit dat in het nieuwe financieringsstelsel, dat de overheid voor 2009 gepland heeft, de tandartszorg geheel buiten het financiële vangnet gaat vallen, impliceert een afbreuk aan de toegankelijkheid bij deze beroepsgroep.

**Figuur 3: Type weigeraars eerstelijns zorg**



---

## Tweedelijnszorg

### **Casus**

Khadija is een 40-jarige Marokkaanse vrouw die naar de gynaecoloog verwezen wordt door de huisarts in verband met een vastzittend spiraaltje. Na telefonisch overleg en akkoord van de dienstdoende gynaecoloog kon de patiënte de volgende dag komen. Ze zou tussendoor geholpen worden. Er zou gekeken worden in de baarmoeder of het spiraal verwijderd kon worden. Indien niet, dan zou operatie onvermijdelijk zijn. Bij betalingsonmacht zou het potje van het ziekenhuis aangesproken worden. Geen probleem. Een "leidinggevende verpleegkundige" zou het allemaal afhandelen.

Deze persoon vertelde echter dat er zonder betalingsregeling geen zorg geleverd zou worden. De maatschappelijk werkster die patiënte begeleidt, is op de hoogte van de financiële situatie van patiënte en weet dat een betalingsregeling geen optie is omdat ze geen geld heeft. Dit heeft tot resultaat dat er geen zorgcontact gerealiseerd wordt. De maatschappelijk werkster neemt contact op met Dokters van de Wereld en de MEDOC coördinator belt de afdeling gynaecologie.

Na uitleg van de klinische situatie erkent dienstdoende gynaecoloog dat zorg nodig is, maar geeft aan gebonden te zijn door de regels binnen het ziekenhuis en dus geen zorg kan verlenen zonder betalingsregeling. Het afdelingshoofd voegt daar vervolgens aan toe dat zorg die de arts noodzakelijk vindt, wel altijd verleend moet worden. Hij erkent dat er bij de verzekerden-administratie wellicht te weinig oog voor het medische belang is.

Dokters van de Wereld: "Deze situatie draagt het risico dat patiënten weggestuurd kunnen gaan worden die hierdoor vertraging in zorg oplopen en daardoor gezondheidsverlies lijden. Dat is niet acceptabel. Wellicht is er meer informatie aan balies en niet-medische mensen nodig om hen te informeren over de eindverantwoordelijkheid van de arts". Het afdelingshoofd erkent dit probleem en zal het binnen de vakgroep en specialistenniveau bespreken.

De volgende dag belt de gynaecoloog naar wie oorspronkelijk was doorverwezen. "Het is niet correct, een patiënte die gezien moet worden, mag door arts niet worden weggestuurd. Khadija is daarom ook welkom als zij verwezen wordt. Dan zal er gekeken worden wat er nodig is om te doen. Ik zal het probleem agenderen in het specialistenoverleg. Er moet een éénduidig beleid komen."

---

Van het ziekenhuis in voorgaande casus kwamen verschillende meldingen binnen van weigering van zorg, waarbij de patiënt verteld werd eerst te betalen om daarna wel zorg te kunnen ontvangen. Na het herhaaldelijk aan de kaak stellen van deze situatie door middel van brieven, kwam Dokters van de Wereld medio 2007 in gesprek met de Raad van Bestuur. De toezegging werd gedaan dat de procedure zou worden aangescherpt, dat een patiënt eerst een specialist zou zien en dat daarna pas over de financiële situatie werd gesproken. Helaas werden er opnieuw incidenten gemeld. Dokters van de Wereld is nog in gesprek met de instelling over de gang van zaken.

De zorgverlener (specialisten) weigert relatief de meeste mensen (28%). In verschillende gevallen bleek, via telefonisch contact, dat betreffende specialist eigenlijk wel zorg wil verlenen, maar dat dit door het interne beleid en protocollen niet mogelijk was. Op de tweede plaats staat het baliepersoneel (25%), die samen met de financiële administratie (17%) en het ziekenhuismanagement (19%) het overgrote deel vormt.

---

## Derdelijnszorg

Voor de derdelijns zorg heeft van overheidswege nooit een financieel vangnet bestaan. Hierdoor kunnen ongedocumenteerde migranten formeel gezien niet na een ziekenhuisverblijf of operatie doorverwezen worden. In de praktijk wordt wel door ziekenhuizen geprobeerd, om op basis van 'goodwill' en bestaande werkrelaties met derdelijns instellingen, een plek te krijgen voor hen die deze zorg nodig hebben. In een aantal gevallen houdt men een patiënt langdurig in het ziekenhuis, terwijl deze eigenlijk al ontslagen had moeten worden. Gevolg is dat de geïndiceerde zorg niet verleent wordt op de plek die daarvoor het best geschikt is. Het ziekenhuis heeft grote financiële uitgaven.

Uit een telefonische inventarisatie, begin 2008 door Dokters van de Wereld uitgevoerd onder een 5-tal Amsterdamse ziekenhuizen, blijkt dat de ondervraagde ziekenhuizen jaarlijks gemiddeld met 2 tot 4 patiënten te maken hebben die in het ziekenhuis blijven, terwijl ze een andere zorgbehoefte hebben. De lengte van het verblijf kan oplopen van enkele maanden tot een heel jaar. Deze 'verkeerde-bed-problematiek' zorgt voor onevenredig hoge kosten voor het betreffende ziekenhuis, en bovendien kan niet de gewenste nazorg geleverd worden, omdat het ziekenhuis daar niet op toegerust is. De respondenten van de inventarisatie, vaak medewerkers van de transmurale zorg of maatschappelijk werk, gaven allen aan dat dit gepaard gaat met veel tijdsverlies, en ook vaak frustratie omdat men gezien hun medische dienstbaarheid wel graag de juiste zorg wil geven of organiseren, maar dat dit eenvoudigweg niet mogelijk is.

**“Al vroeg viel op dat mijn zoon anders dan andere kinderen is. Hij spreekt niet, maakt moeilijk contact en is soms agressief. Op aanraden van school is hij onderzocht, ze zeggen dat hij autisme heeft. Hij moet daarvoor naar een speciale school en heeft specialistische begeleiding nodig. Maar ik heb geen verzekering en mag niet werken hier. Hoe kan ik dat betalen?”**

**Moeder van Kevin, 6 jaar**

### Casus Diego 2008

Diego kon niet meer genezen in het ziekenhuis want hij had longkanker, uitgezaaid. Het ziekenhuis deed zijn best om een plek in een hospice voor hem te vinden. Patiënten die ongeneeslijk ziek zijn, kunnen hier tot aan hun dood worden verzorgd. Door de huiselijke sfeer wordt dit beter ervaren dan een ziekenhuisomgeving, terwijl er toch nog voldoende medisch personeel aanwezig is. Het ziekenhuis vond een plek in een verpleeghuis in Roosendaal en later in Baarn, plekken speciaal ingericht voor daklozen.

De reële behoefte van de patiënt was anders. Diego woonde al 20 jaar in Amsterdam. Hier bevond zich zijn gehele sociale netwerk. Hij wilde in de buurt van zijn vrienden sterven en sloeg het aanbod van het ziekenhuis af. Het ziekenhuis ontsloeg hem zonder nazorg of thuiszorg. Diego ging tijdelijk naar een vriend, Dokters van de Wereld coördineerde zijn zorg. In Amsterdam zijn er meerdere hospices, die na overleg ook bereid bleken Diego op te nemen. Er werd zelfs gesproken over afspraken tussen hospices en ziekenhuizen die opname van ongedocumenteerden mogelijk moesten maken. Twee weken nadat hij op staat kwam te staan overleed Diego in een hospice in Amsterdam. Door inzet van zijn vrienden, vrijwilligers en van Dokters van de Wereld hoefde hij niet eenzaam in een vreemde stad of op straat in zijn eigen stad te sterven.

---

## **I**nterventies Dokters van de Wereld

Van de 198 gemelde incidenten zijn 124 getuigenissen afgenomen. Reden dat niet van alle incidenten een getuigenis wordt gemaakt is dat een deel van de incidenten al vòòr een actieve bemiddeling opgelost bleken te zijn. Andere werden opgelost door de eigen steunorganisatie. Ook gaf in een aantal gevallen de patiënt aan angstig te zijn voor bemoeienis, door welke instelling dan ook.

“Ik durf niet naar de dokter te gaan, want dan komt de politie me daarna halen.”

**Johnson, 52 jaar**

Na het afnemen van de getuigenissen zijn er verschillende soorten interventies uitgevoerd, variërend van het geven van voorlichting (aan patiënt of aan hulpverlener of ander personeel van een instantie), telefonisch contact met betrokken hulpverleners, of het schrijven van een brief. Dit laatste gebeurde in 56 gevallen van de 124 getuigenissen.

### Bemiddelingsresultaten

Het is lastig het gehele proces van voorlichtings- en bemiddelingsactiviteiten in kwantitatieve resultaatcijfers uit te drukken. Tussen het signaleren van incidenten en bijvoorbeeld het schrijven van een brief zitten soms talloze telefoontjes en gesprekken, advisering, motiveren van patiënten, betrokken organisaties en hulpverleners. Door het geven van voorlichting tijdens de spreekuren, en het informeren van eerstelijns hulpverleners via een brief of de telefoon over het Koppelingsfonds, wordt vermoedelijk al een groot aantal incidenten in de toegang van de zorg voorkomen. De hulpverlener wordt hierdoor geïnformeerd, en bij de patiënt wordt angst weggenomen en voelt zich zekerder in zijn of haar recht op toegang tot zorg.

Van de bemiddelingsacties is 45% positief te noemen (patiënt heeft toch passende zorg ontvangen), 16% negatief (de gewenste toegang is niet verkregen), 19% neutraal (er is wel wat bereikt, maar niet de maximale uitkomst), en 20% van de gevallen zijn nog in behandeling, zodat de afloop nog niet bekend is.

---

## 8. Analyse

De binnengekomen 198 incidenten laten zien dat de toegang tot de Nederlandse gezondheidszorg voor een groot aantal personen onvoldoende is. Het MEDOC project werkt momenteel (recentelijk) in 3 grote steden en ontvangt uit een toenemend aantal andere steden meldingen. De dekking is uiteraard nog lang niet landelijk te noemen, omdat verschillende andere organisaties zelf toegangproblemen in de zorg oplossen (en dit soms wel, maar vaak ook niet aan ons melden). Bovendien is een aanzienlijk deel van de groep ongedocumenteerde migranten (nog) niet op de hoogte van het MEDOC project of van andere organisaties die ondersteuning geven, dan wel van hoe de Nederlandse gezondheidszorg werkt en wat hun rechten hierin zijn.

Na bemiddeling door Dokters van de Wereld, of door andere steunorganisaties, hebben de meeste patiënten die een incident meldden, toch de gewenste zorg gekregen. Vaak ging dit gepaard met het afsluiten van een betalingsregeling. Voor sommige patiënten was dit een goede oplossing. Voor anderen was de vereiste vergoeding te hoog voor de draagkracht, waardoor er voortdurend schulden in het eigen netwerk opgebouwd werden. Daarnaast zien we dat de zorg vaak erg vertraagd werd, bijvoorbeeld doordat geplande operaties uitgesteld worden, en er eerst meer onderzoek volgde of de operatie echt wel nodig is. Dit geeft onnodig lijden van de patiënt en frustraties van allen die hem of haar proberen te helpen. Daarnaast heeft de uitgestelde zorg vaak een ingrijpender behandeling of operatie nodig, waarmee voor de instelling en de patiënt ook hogere kosten gemoeid zijn.

Kortom, de zorg is in de meeste gevallen niet geheel óntoegankelijk, maar wel vaak heel móeilijk toegankelijk. Veel onnodig lijden, tijdsverlies en frustraties kunnen voorkomen worden. Het zelfde geldt voor het risico dat het ziekenhuis uiteindelijk toch geconfronteerd wordt met het (hogere) kostenplaatje, als de patiënt zijn zorg niet meer uit kan stellen en met een ernstiger probleem op de eerste hulp komt. Het beter inzichtelijk maken van de problematiek en het ondersteunen van de (potentiële) patiënten groep, hulpverleners en betrokken steun- en migrantenorganisaties zijn hier voorwaarden voor. Voor een daadwerkelijke structurele verbetering is terugkoppeling naar de beleidsmakers van groot belang. Bestaande instanties die eigenlijk voor deze terugkoppeling verantwoordelijk zijn, zoals de IGZ, blijken voornog niet in staat het probleem van toegang tot zorg voor ongedocumenteerden inzichtelijk te maken voor de politiek. Samen met steun- en partnerorganisaties wil Dokters van de Wereld hier in het komende jaar meer structureel aan gaan werken en strategieën ontwikkelen om beleidswijzigingen te bewerkstelligen. Monitoring van de bestaande knelpunten blijft hier een belangrijk middel voor.

---

## 9. Conclusies en aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten na anderhalf jaar MEDOC nationaal project en de toenemende focus op monitoring en pleitbezorging, zijn de volgende conclusies en aanbevelingen geformuleerd.

1. De 198 incidenten waar het MEDOC project in de afgelopen anderhalf jaar een melding van kreeg, waren alle serieuze en zorgbehoevende gevallen. Zowel de individuele bemiddeling als de collectieve pleitbezorging voor deze kwetsbare groep zijn belangrijke peilers die uitgebreid zullen worden. Hierin zal een structurele samenwerking worden gezocht met andere betrokken organisaties.
2. Het MEDOC project krijgt zeer waarschijnlijk slechts een (klein) gedeelte van het totaal aantal incidenten in de toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland binnen. Om na te gaan of dit inderdaad zo is, en om vervolgens de verantwoordelijken te overtuigen van de ernst van de situatie, is meer inzicht nodig in het werkelijke aantal incidenten. Dit pleit voor het gezamenlijk registreren van incidenten, door (of via) alle organisaties en tussenpersonen die betrokken zijn bij ongedocumenteerde migranten.
3. De gezamenlijke registratie van incidenten is het meest effectief wanneer een grote groep van betrokken organisaties hieraan meewerkt, al dan niet via een landelijke organisatie of platform. Voor de uitvoering zal extra capaciteit en budget nodig zijn, die bijvoorbeeld via een projectaanvraag aangevraagd kan worden.
4. Slechts in enkele gevallen werden incidenten door hulpverleners zelf gemeld. Mogelijk zijn er veel meer zorgverleners die een misstand aan de kaak willen stellen, en misschien niet weten waar of hoe dit kan. Nagegaan moet worden of dit inderdaad zo is, en op welke manier deze groepen geïnformeerd en opgeroepen kunnen worden om zich voordoende incidenten te melden.
5. Met de intrede van de nieuwe financieringsstructuur in 2009 moet breed 'gemonitord' worden in hoeverre de zorg aan ongedocumenteerde migranten meer of minder toegankelijk wordt.
6. Het voorlichten van ongedocumenteerde migranten over de toegang tot de Nederlandse gezondheidszorg en hun recht op zorg blijft van groot belang, om hen de nodige zelfredzaamheid te geven. Ook hulpverleners blijven voorlichting nodig hebben over hoe de zorg aan ongedocumenteerden het best ingevuld kan worden. Om hierin een groot bereik te realiseren, zal met beroepsverenigingen samenwerking worden gezocht.

---

## 10. **V**ooruitblik 2008-2009

### **Peiler 1. Voorlichting**

Naar aanleiding van de nieuwe financieringsstructuur die naar verwachting in 2009 geïmplementeerd gaat worden, zal de voorlichtingsboodschap over de praktische toegang tot zorg voor patiënten aangepast worden. De informatie zal in meerdere talen via foldermateriaal en audiovisuele kanalen verspreid worden.

Het rechtstreeks geven van voorlichting aan ongedocumenteerde migranten, in groepsverband en op individueel niveau, blijft een belangrijke manier om de groep te versterken in hun zoektocht naar zorg. Om deze onzichtbare groep daadwerkelijk te kunnen bereiken met voorlichtingsactiviteiten zullen we samenwerking met lokale organisaties intensiveren. Ook zal gewerkt worden aan het overdraagbaar maken van voorlichtingsmethodieken, zodat anderen ook zelf de voorlichting kunnen uitvoeren.

Voorlichting aan zorgverleners blijft op de agenda staan. Er wordt gezocht naar een meer structurele aanpak, zoals terugkerende gastcolleges in de basisopleiding van artsen of de huisartsenopleiding.

### **Peiler 2. MEDOC/ spreekuren**

Het MEDOC, het mobiel medisch document, zal in 2008 nog verspreid worden via de eigen spreekuren en enkele andere organisaties en hulpverleners. Er wordt onderzocht en geconcretiseerd in welke vorm een bredere implementatie mogelijk is. Doel is dat een grotere groep migranten bereikt zal worden met het document en dat meer hulpverleners het kennen en het daadwerkelijk zullen gebruiken.

In de 2<sup>e</sup> helft van 2008 gaat Den Haag als 4<sup>e</sup> grote stad starten met MEDOC activiteiten. In Amsterdam, Utrecht en Rotterdam worden de huidige activiteiten voortgezet en naar behoefte geconsolideerd dan wel aangepast. De lokale spreekuren blijven noodzakelijk om direct contact met de patiënten groep te houden en samenwerking en afstemming met lokale organisaties te hebben. Bovendien kan vanuit de stedelijke MEDOC pools contact met patiënten en organisaties in kleinere steden in de regio onderhouden en geïntensiveerd worden, zodat de landelijke dekking een feit wordt. Voor de continuering en intensivering van MEDOC activiteiten op nationaal niveau is het goed functioneren van een brede vrijwilligerspool essentieel. Het rekruteren, inwerken en begeleiden van de (medisch) vrijwilligers vormt in 2008-2009 een belangrijk aandachtspunt.

### **Peiler 3. Lobby & Advocacy**

In 2009 zal een nieuwe structuur van financiering de zorg voor ongedocumenteerde migranten begeleiden. Het is belangrijk het effect van deze wet te monitoren. Binnen de nieuwe verzekeringsconstructie zullen de kosten die zorgverleners uit de eerste, tweede en derde lijn maken, (grotendeels) gedekt zullen worden. Dit brengt vragen met zich mee. Welke zorg komt er straks feitelijk voor in aanmerking? Zal het gaan om medisch noodzakelijke zorg zoals beschreven in het Rapport Klazinga<sup>3</sup>? Of zal de verzekeraar een veel nauwere interpretatie hanteren en de

---

<sup>3</sup> Het rapport 'Arts en vreemdeling' van de Commissie Klazinga, over medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, is gepubliceerd in december 2007. De commissie is ingesteld door de KNMG, de LHV, de NVvP, de Orde van Medisch Specialisten en Pharos.

---

zogenaamd uitstelbare zorg uitsluiten? Met andere woorden, behandelt een arts zijn patiënt straks omdat hij de zorg medisch noodzakelijk acht, of laat hij het na omdat de verzekeraar deze zorg niet als zodanig erkent en dus niet vergoedt? Zal er voldoende worden gereserveerd opdat ook elke ongedocumenteerde die medisch noodzakelijke zorg nodig heeft, deze kan krijgen? Zal de overheid zorgverleners goed informeren over de mogelijkheden om voor ongedocumenteerden te zorgen? Zal de beroepsgroep de individuele zorgverleners doordringen van de zorgplicht die bestaat, zeker als een financieel vangnet bestaat? Belangrijke vragen die Dokters van de Wereld samen met haar netwerkpartners zal stellen.

In 2008-2009 zal het MEDOC project zich toenemend richten op de nationale en Europese politiek, om de problematiek van ongedocumenteerde migranten zichtbaarder te maken en te bespreken. Dit wordt onder meer gekoppeld aan het verschijnen van de resultaten van de European Observatory, medio 2009, die een grensoverstijgend beeld zal geven van de situatie in de leefomstandigheden, gezondheidssituatie en toegang tot zorg.

Het MEDOC project zal zich in de 2<sup>e</sup> helft van 2008 inspannen om met andere betrokken steun- en migrantenorganisaties af te spreken hoe een gezamenlijke verzameling (en bemiddeling) van individuele incidenten beter inzicht kan geven in de werkelijke omvang van het probleem. Het landelijk in kaart brengen van de knelpunten in de toegang tot zorg voor ongedocumenteerden moet een tegenwicht bieden aan de constatering van minister en IGZ dat er geen structureel probleem is. Een structurele verbetering van de toegang tot de gezondheidszorg voor alle ongedocumenteerde migranten in Nederland is hierbij het uiteindelijke doel.

---

## 11. Literatuur

Commissie Medische zorg aan (dreigend) uitgeprocedureerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, *Arts en Vreemdeling* (december 2008), Utrecht: Stichting Pharos

Bloemen, E. (2005) *Een briefje voor de dokter ... Medische zaken in de asielprocedure*. Utrecht: Stichting Pharos

Muijsenbergh, M. van den (2004) *Ziek en geen papieren. Gezondheidszorg voor mensen zonder geldige verblijfspapieren*. Utrecht: Stichting Pharos

Reijneveld, S.A., van Hertem, L. M. (2000) *Toegankelijkheid van zorg voor illegalen*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid

Verbruggen, N. (ed.) (2001) *Health care for undocumented migrants*. Germany, Belgium, The Netherlands United Kingdom. Brussel: PICUM

Smeets, R.M.W. (maart 2004) *Rapport Landelijke commissie Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid*

Médecins du Monde (september 2007), *European survey on migrants' access to health care*

Sikken F. & Kok M. (mei 2006), ..... *Medisch Contact* 20/2006: 843-845

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

Dekkers C. & Meerens B. (mei 2006) *Het medisch document (MEDOC), ongedocumenteerden en de gezondheidszorg, resultaten van een eenjarig pilot-project*, Dokters van de Wereld, Amsterdam

Beckers, G.F.A. (2006) *Projectvoorstel Nationaal Project 2007-2009: Dokters van de Wereld*, Amsterdam

Lentink, A. (maart 2007) *Belemmeringen in toegang tot zorg voor ongedocumenteerden; ervaringen van steunorganisaties*, Dokters van de Wereld, Amsterdam

Lentink, A. (maart 2007) *Evaluatie incidenten registraties, juni 2006 – december 2006*, Dokters van de Wereld, Amsterdam

Van Midde, M. (April 2007) *Tussenevaluatie landelijk MEDOC project; resultaten van getuigenissen januari - maart 2007*, Dokters van de Wereld, Amsterdam

Dr. E. Borst-Eilers (toenmalig minister VWS), *Handelingen van de tweede kamer*, brief van 16 oktober 1996

KNMG Gedragsregels voor artsen , [www.KNMG.nl](http://www.KNMG.nl) (2 april 2007)

---

# Bijlage I

## WET- EN REGELGEVING

### I. Mensenrechtenverdragen

#### I.1 UVRM (Universele Verklaring van de Rechten van de Mens)

In 1948 werd het internationale mensenrechtenverdrag geratificeerd door de VN lidstaten. Artikel 25 uit het UVRM verplicht de lidstaten tot het naleven van de volgende overeenkomsten:

‘Een ieder heeft recht op een levensstandaard die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, evenals het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil’

‘Moeder en kind hebben recht op bijzondere zorg en bijstand. Alle kinderen, al dan niet wettig, zullen dezelfde sociale bescherming krijgen’

#### I.2 ICESER (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)

In 1976 is de ICESER geratificeerd door 35 lidstaten van de VN, waaronder Nederland. Het recht op gezondheid wordt gedefinieerd in artikel 12 van de ICESER. Hierin liggen de volgende overeenkomsten besloten:

‘... the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health’

‘... the creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness’

‘... the right to a system of health protection which provides equality of opportunity for people to enjoy the highest attainable level of health’

‘... the right to health must be understood as a right to the enjoyment of a variety of facilities, goods, services and conditions necessary for the realization of the highest attainable standard of health’

Bovengenoemde citaten uit de ICESER benadrukken het recht op gelijke toegang tot de hoogst haalbare vorm van medische zorg in Nederland.

##### I.2.1 Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women

In artikel 12 van de ICESER is een aparte overeenkomst opgenomen over gender gerelateerd recht:

‘States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of health care in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to health care services, including those related to family planning’

‘Notwithstanding the provisions of paragraph 1 of this article, States Parties shall ensure to women appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post-natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation’

##### I.2.2 CRC (Convention on the right of the Child)

Artikel 24 van de ICESER heft betrekking op het recht op gezondheid van kinderen:

---

‘States Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilitate for the treatment of illness and rehabilitation of health. States Parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health services’

‘States Parties shall pursue full implementation of this right and, in particular, shall take appropriate measures:

(a) to diminish infant and child mortality

(b) to ensure the provision of necessary medical assistance and health care to all children with emphasis on the development of primary health care

(c) to combat disease and malnutrition, including within the framework of primary health care, through, inter alia, the application of readily available technology and through the provision of adequate nutritious foods and clean drinking water, taking into consideration the dangers and risks of environment pollution

(d) to ensure appropriate pre/natal and post/natal health care for mothers

(e) to ensure that all segments of society, in particular parents and children, are informed, have access to education and are supported in the use of basic knowledge of child health and nutrition, the advantages of breastfeeding, hygiene and environmental sanitation and the prevention of accidents

(f) to develop preventive health care, guidance for parents and family planning education and services

## **2. Nederlandse wetgeving**

### **2.1 Nederlandse Grondwet**

De Grondwet is gebaseerd op het Universele Verdrag van de Rechten van de Mens. Het recht op gelijkheid en non-discriminatie zijn opgenomen in artikel 1 van de Nederlandse grondwet:

‘Allen die zich in Nederland bevinden, worden in gelijke gevallen gelijk behandeld’

‘Discriminatie ~ op welke grond dan ook, is niet toegestaan’

### **2.2 Vreemdelingenwet 2000**

Lid 1: ‘Vreemdelingen die niet het [...] rechtmatig verblijf genieten, kunnen geen aanspraak maken op toekenning van verstrekkingen, voorzieningen en uitkeringen bij wege van beschikking van een bestuursorgaan’

...maar:

Lid 2: ‘Van het eerste lid kan worden afgeweken indien de aanspraak de betrekking heeft op onderwijs, de verlening van medisch noodzakelijke zorg, de voorkoming van inbreuk op de volksgezondheid of de rechtsbijstand van een vreemdeling’

## **3. Wetgeving op medisch gebied**

### **3.1 WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst)**

De WGBO is gebaseerd op de relatie tussen een patiënt en een zorgverlener. De WGBO valt onder het dwingend recht, dat wil zeggen dat zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en patiënten geen handelingen mogen verrichten die in strijd zijn met deze wetgeving.

---

De volgende wetgevingen zijn van toepassing op de behandelovereenkomst tussen een zorgverlener en onverzekerde patiënten:

- Een arts kan niet zonder meer besluiten geen behandelovereenkomst aan te gaan met een patiënt.
- Een arts kan een behandelovereenkomst alleen beëindigen i.v.m. zwaarwegende redenen

Hierbij dient een arts zorgvuldigheidseisen in acht te nemen (Burgerlijk Wetboek 7)

#### 4. Beroepsverenigingen voor artsen

##### 4.1 KNMG Richtlijn (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst)

De KNMG, een federatie van beroepsverenigingen van artsen, ontwikkelt onder andere beleid en richtlijnen voor artsen in Nederland. Over de implementatie hiervan bestaat een federatiebrede overeenstemming. Onderdeel van de richtlijnen zijn gedragsregels voor artsen. De volgende gedragsregels zijn van toepassing op het gedrag van artsen richting onverzekerde patiënten:

‘Aan ieder die zich tot hem wendt in zijn hoedanigheid als arts verleent hij/zij de noodzakelijke behandeling, begeleiding, adviezen en beoordeling en overeenkomstig de eisen, die hem op grond van zijn beroep en deskundigheid mogen worden gesteld’

‘De arts zal patiënten in gelijke gevallen gelijk behandelen’ (KNMG)

##### 4.2 NVK (Nederlandse Vereniging voor Kinderartsen)

Wat betreft de medische zorg voor onverzekerde patiënten is de Kindergeneeskunde een vooruitstrevende tak binnen de beroepsgroep. Op 22 juni 2006 werd de gedragscode ‘Zieke kinderen zonder papieren’ aangenomen door de NVK, gericht op de toegang tot en kwaliteit van zorg voor patiënten tot en met achttien jaar.

---

## Bijlage 2

### RICHTLIJN GETUIGENIS EN PLEITBEZORGING

Dokters van de Wereld

**ACHTERGROND:** Toegankelijk van gezondheidszorg is in Nederland op papier weliswaar best goed geregeld, in de praktijk blijken ongedocumenteerde patiënten geregeld op barrières te stuiten. Het gaat om een relatief onmondige groep patiënten. Bovendien zijn veel ongedocumenteerden niet op de hoogte van hun rechten en plichten met betrekking tot toegang tot zorg. Ze kunnen hierdoor niet voor zichzelf opkomen.

**DOEL GETUIGENIS:** In de getuigenis wordt getracht informatie te verzamelen die de gang van zaken omtrent ontoegankelijke zorg inzichtelijk maakt. Het gaat om een individueel verhaal en is dus subjectief van aard.

**DOEL RAPPORTAGE:** Het inzichtelijk opschrijven van de gerapporteerde gebeurtenissen, hoe zij geleid hebben tot ontoegankelijkheid van zorg, aan welke risico's de betreffende patiënt hierdoor is uitgesteld en eventuele reeds opgelopen gezondheidsverlies. De geschreven rapportage is het resultaat van de ordening en analyse van de informatie die in het gesprek naar voren is gekomen. Uit de tekst blijkt duidelijk oorzaak en gevolg en verantwoordelijkheid wordt toegewezen. Het is de basis voor een eventuele interventie.

**DOEL INTERVENTIE:** Behalve bemiddeling ten behoeve van toegang tot zorg voor de betreffende patiënt, zijn de getuigenissen ook een basis voor de verzameling van kwalitatieve en kwantitatieve data ten behoeve van (loco)regionale, nationale en Europese advocacy activiteiten.

**VÓÓR DE GETUIGENIS:** Een patiënt meldt zich bij (al dan niet via mediërende organisatie) bij het Meldpunt Incidenten Toegang tot Zorg van Dokters van de Wereld, telefoonnummer 020-4083404. Aan de telefoon wordt kort het verhaal opgenomen. Degene die de telefoon opneemt, beoordeelt of de situatie der mate spoedeisend is dat een ambulance gebeld moet worden<sup>4</sup>. In niet-acute gevallen wordt bekeken of kan worden volstaan met uitleg en advies, of dat een getuigenis zal worden afgenomen. De patiënt wordt dan gezien op kantoor of op een vertrouwde locatie zoals kerk, migrantenorganisatie, thuis. Eventueel kan een getuigenis ook telefonisch worden afgenomen.

**HET AFNEMEN VAN DE GETUIGENIS:** In het onderstaande format wordt beschreven waarover de getuigenis een compleet beeld moet geven. Daar de vrijwilligers in het MEDOC-project vaak medische professionals zijn, wordt geen uitputtende opsomming van vragen verschaft. De interviewer kan zelf goed tot in details doorvragen om een uitgebreid beeld te krijgen. In cursief wordt toelichting gegeven op het belang van bepaalde vragen.

**INLEIDING: Voorstellen:** Heel belangrijk voor een succesvol verloop van het gesprek is een goede, korte uitleg van het project (wie is de interviewer zelf, wie is Dokters van de Wereld, wat is MEDOC etc.). Vraag naar verwachtingen van het gesprek.

Wat doen we wel:

- Informeren en adviseren patiënt: hoe werkt het Nederlandse zorgsysteem, wat zijn de rechten en plichten van de (ongedocumenteerde) patiënt, hoe is de zorgverlener het beste te benaderen;
- Op grond van het verhaal van de patiënt kijken we of we hem kunnen helpen met het verkrijgen van toegang tot zorg, waar nodig door contact op te nemen met de zorginstelling of door een brief te schrijven en de instelling uit te nodigen voor een gesprek over het probleem met de toegang tot zorg. In deze brief wordt de loop der gebeurtenissen zo exact mogelijk beschreven en zal de patiënt

---

<sup>4</sup> Voor dit telefonische triage proces wordt verwezen naar het document *Triage Protocol Mediator*, bijlage I

---

met naam worden genoemd. Benadruk vooral de vertrouwelijkheid waarmee de gegevens behandeld worden. Hierbij kan de neutraliteit van Médecins du Monde (MdM) als overkoepelende organisatie benoemd worden.

Wat doen we niet:

- Directe zorgverlening, in de zin van onderzoek, recepten en verwijzing.
- Samen met de patiënt naar het ziekenhuis gaan om wij als DvdW geven zelf ook geen zorg

## **TRIAGE RICHTLIJN**

Welke ongedocumenteerden komen in aanmerking voor bemiddeling?

Alvorens tot bemiddeling over te gaan dient men zich er allereerst van te vergewissen of er op medische gronden niet acuut medische zorg verleend dient te worden. Indien dit het geval is dienen passende maatregelen genomen te worden. Indien dit niet het geval is dient tijdens de intake inzicht verkregen te worden in het kennisniveau en al verrichte pogingen om tot zorg te komen. Dit is belangrijk, aangezien we de zelfredzaamheid van de ongedocumenteerde niet willen ondermijnen door het gehele proces van toegang verkrijgen tot zorg van hem over te nemen. Dit zou op de korte termijn zijn medische probleem oplossen, echter op termijn een afhankelijkheid van bemiddeling kunnen creëren, terwijl eigen zelfredzaamheid voor de toekomst veel meer van belang is. Echter, het huidige probleem dient ook wel opgelost te worden.

Een dergelijk gesprek is eigenlijk een triage moment. Er dient inzichtelijk te worden gemaakt in hoeverre de individuele ongedocumenteerde begeleid dient te worden in zijn poging om toegang te verkrijgen tot de gezondheidszorg. Tevens dient er een medische afweging gemaakt te worden om te bepalen binnen welk tijdsbestek het contact met de zorgverlening feitelijk gerealiseerd dient te worden, om te voorkomen dat zich een acute medische situatie zal voordoen. Hiervoor is een soort algoritme opgesteld. Aan elke beslissing ligt een medische overweging ten grondslag. De er uit voortvloeiende actie wordt hierdoor verantwoord en is bepaald door individuele parameters die de patiënt zelf heeft aangedragen: bemiddeling op maat dus.

Parameters:

Kennisniveau met betrekking tot Nederlandse gezondheidszorg

Kennis van de Nederlandse taal

Sociaal netwerk / betrokkenheid hulpverleners of schakelorganisatie

Aantal (adequate) pogingen die al zijn gedaan om tot medische zorg te komen

Medische noodzaak voor directe interventie (acuut medische zorg vereist)

Algoritme:

Het algoritme is gestoeld op de volgende oriënterende vragen:

Wat is uw (hoofd)klacht? (indien nodig op medische gronden verder uitdiepen qua aanvang, tijdsduur, intensiteit en andere vragen die voor de bepaling van medische urgentie noodzakelijk zijn)

Heeft u al eens een zorgverlener hiervoor geconsulteerd? Zo ja, met welk resultaat? Zo nee, waarom niet? Zo nee, welke strategieën heeft u gebruikt om tot zorg te komen?

---

Bent wel eens geweigerd door een zorgverlener die u bezocht in verband met deze hulpvraag? Zo ja, hoe vaak? (evt. invullen incidentenregistratieformulier, evt. getuigenis) Zo ja, heeft u hierbij hulp gekregen van vrienden, hulporganisaties, mensen die goed Nederlands spreken?

Uit de oriënterende vragen kunnen de volgende conclusies getrokken worden. Bij elke conclusie hoort een passende actie.

1: Acut medisch ingrijpen vereist: Ambulance bellen of begeleiding naar spoedeisende hulp.

2: Geen acut medisch ingrijpen vereist, echter wel medische zorg noodzakelijk binnen 1 week én geen kennis van de Nederlandse taal én geen sociaal netwerk:

Directe bemiddeling naar zorgverlener of kruispost, voorlichting geven en in contact brengen met schakelorganisatie.

3: Geen acut medisch ingrijpen vereist, echter wel medische zorg noodzakelijk binnen 1 week én de patiënt heeft al op adequate wijze 3 pogingen gedaan om tot medische zorg te komen:

Directe bemiddeling naar eerste zorgverlener waarmee de patiënt contact heeft gezocht. Invullen incidentenregistratieformulier, evt. getuigenis.

4: Geen acut medisch ingrijpen vereist, echter wel medische zorg noodzakelijk binnen 1 week, de patiënt heeft nog niet op adequate wijze 3 pogingen gedaan om tot medische zorg te komen, de patiënt goede kennis van de Nederlandse taal óf een sociaal netwerk óf er is een schakelorganisatie betrokken:

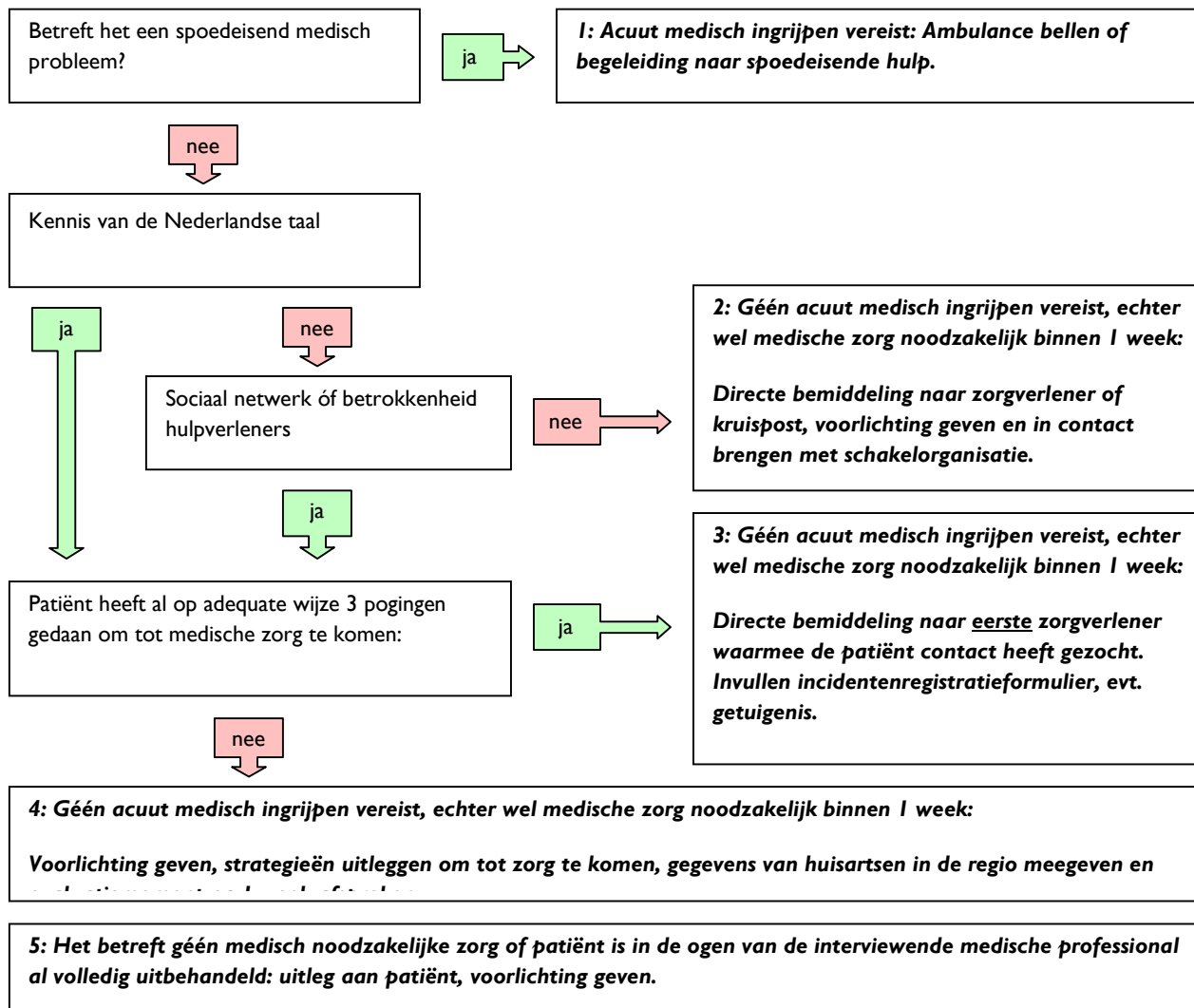
Voorlichting geven, strategieën uitleggen om tot zorg te komen, gegevens van huisartsen in de regio meegeven en evaluatiemoment na 1 week afspreken.

5: Het betreft geen medisch noodzakelijke zorg of patiënt is in de ogen van de interviewende medische professional al volledig uitbehandeld: uitleg aan patiënt, voorlichting geven

Ad 4: Evaluatie na 1 week:

A: Patiënt heeft adequaat zorg verkregen: vermeld zorgverlener en wijze waarop. Dossier sluiten

B: Patiënt heeft géén zorg verkregen: Directe bemiddeling naar eerste zorgverlener waarmee de patiënt contact heeft gezocht. Invullen incidentenregistratieformulier, evt. getuigenis.



**Ad 4:** Evaluatie na 1 week:

