

Ieder kind heeft recht op zorg

Afstudeeronderzoek naar 'Illegale kinderen en toegang tot
ziekenhuizen'



Afstudeeronderzoek Nidal Cossack

In opdracht van Pharos:

*Kennis- en adviescentrum Vluchtelingen, Nieuwkomers
en Gezondheid*

Voorwoord

In verband met mijn afstudeeronderzoek voor mijn studie geneeskunde ben ik in opdracht van Pharos me gaan richten op de mogelijke knelpunten die zich afspelen in ziekenhuizen met betrekking tot de toegang voor illegale kinderen.

Het belang van dit project is groot aangezien illegale kinderen in Nederland een populatie uitmaken van zo'n 30.000 mensen en gaat het hierbij ook om een zeer kwetsbare groep. Zij hebben weinig kennis van hun eigen(zorg)rechten en daarbij geldt ook dat in ziekenhuizen men niet altijd op de hoogte is van alle wetten en regels omtrent de zorg aan illegale kinderen. Daarom is het zeker een uitdaging voor mij geweest te werken aan dit project. Ik heb er ook met veel plezier aan gewerkt en hoop ik vooral dat in de toekomst de zorg aan illegalen verder zal verbeteren. Tenslotte wil ik mijn begeleiders bij Pharos, Marjan Mensinga en Hester van Bommel, bedanken voor alle steun bij dit project.

Utrecht, September 2009

Inhoudsopgave

| | | | |
|---|---------------------------------|----|----|
| 1 | Inleiding | 5 | |
| | 1.1- Aanleiding project | | 5 |
| 2 | Onderzoeksopzet | 8 | |
| | 2.1- Inleiding | 8 | |
| | 2.2- Doel en probleemstelling | 8 | |
| | 2.3- Respondenten en selectie | | 8 |
| | 2.4-Methode van dataverzameling | | 9 |
| | 2.5-Methode van data analyse | | 9 |
| 3 | Literatuur & wetgeving | | 11 |
| | 3.1- Literatuur | 11 | |
| | 3.2- Wetgeving | | 15 |
| 4 | Resultaten | 19 | |
| | 4.1- Beantwoording deelvraag 1 | | 19 |
| | 4.2- Beantwoording deelvraag 2 | | 21 |
| | 4.3- Beantwoording deelvraag 3 | | 27 |
| 5 | Conclusie & aanbevelingen | | 30 |
| | 5.1- Conclusie & discussie | | 30 |
| | 5.2- Aanbevelingen | 32 | |
| 6 | Literatuurlijst | 33 | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|----|----|
| | 6.1- Onderzoeksrapporten | 33 | |
| | 6.2- Digitale bronnen | 33 | |
| 7 | Bijlage | 34 | |
| | 7.1- Vragenlijst aan ziekenhuizen | | 34 |

1. Inleiding

Dit project richt zich op verbetering van de toegang tot ziekenhuizen voor illegale kinderen in Nederland. Deze kinderen zijn slachtoffer op meerdere terreinen maar zijn nu vaak verstoken van de zorg waar zij volgens internationale verdragen recht op hebben.

Eenzijds liggen de knelpunten aan de kant van de (potentiële) patiënten: de onwetendheid van de illegale ouders over het recht op hulpverlening en gezondheidszorg voor hun kinderen en anderzijds liggen ze bij ziekenhuizen. Zij nemen illegale kinderen niet op, of het kind krijgt niet de behandeling die een verzekerd kind in gelijke gevallen wel zou krijgen (uitgezonderd spoedeisende hulp). Overigens blijkt vaak dat ook scholen en andere hulpverleners onbekend zijn met de rechten van het illegale kind op het gebied van gezondheidszorg.

Om dit te voorkomen voert Pharos, in samenwerking met Unicef en DCI, een onderzoek uit dat bestaat uit 2 deelonderzoeken. Het eerste deelonderzoek richt zich op de illegale kinderen in Nederland. Welke knelpunten ervaren zij bij het gebruik maken van ziekenhuiszorg. Het tweede deelonderzoek richt zich op de ziekenhuizen. Doelgroepen hierbinnen zijn baliemedewerkers, hulpverleners en de financiële administratie. Zij kunnen aangeven wat er goed gaat binnen de ziekenhuizen en wat de knelpunten zijn.

In dit deelonderzoek wordt er eerst meer uitleg gegeven over de achtergrond van illegale kinderen; hun leefsituatie en de problemen die zij ondervinden in de toegang tot ziekenhuizen. In het hoofdstuk Onderzoeksopzet wordt naast het doel, de probleemstelling en deelvragen ook de methode en respondenten uiteengezet. In hoofdstuk 3, komt het literatuuronderzoek aan bod. Hierin worden ook de wettelijke systemen in de gezondheidszorg besproken waarmee illegalen voor en na 1 januari 2009 mee te maken hebben/ hadden. De resultaten zullen vervolgens aan de hand van de drie deelvragen beschreven worden. Tenslotte volgt de conclusie en aanbevelingen naar aanleiding van dit deelonderzoek.

1.1 Aanleiding project

In Nederland leven tussen de 150.000 en 250.000 mensen zonder de juiste verblijfspapieren; de ongedocumenteerden of illegalen. Een groot deel van hen heeft kinderen.

De schatting van het aantal illegale kinderen die niet rechtmatig in Nederland zijn ligt op ongeveer 30.000 (Van der Heijden, van Gils, Cruiff en Hessen, 2006). Dit cijfer

berust op onderwijscijfers. De groep kinderen van 0-4 jaar is hier niet in meegenomen (DCI, 2002). Het cijfer geeft waarschijnlijk een vertekend beeld omdat veel illegale kinderen niet bij het onderwijs bekend zijn. Jaarlijks worden ongeveer 2000 baby's van illegale moeders geboren. Het zijn schattingen, omdat niemand zeker weet hoeveel mensen illegaal in Nederland zijn. Volgens de Vreemdelingenwet van 2000 (artikel 10 lid 2) hebben vreemdelingen zonder rechtmatig verblijf recht op (medisch noodzakelijke) gezondheidszorg, onderwijs en juridische ondersteuning.

Uit verschillende onderzoeken (Braat, K. en Morelli, C. (1999), Braat, K. (2004) en DCI (2006) en door meldingen bij onder andere Lampion, het Landelijke informatie- en adviespunt met betrekking tot zorg aan illegalen, (ondergebracht bij Pharos en de helpdesk van Defence for Children International (DCI), blijkt dat veel 'illegale' kinderen, hun ouders en de professionals die met hen werken, weinig weten van de rechten van het kind. Veel ouders zijn niet op de hoogte van het feit dat hun kind recht op gezondheidszorg en scholing heeft. Ze zijn bang om naar een huisarts te gaan, omdat ze denken dat deze voor de overheid werkt en hun naam en adres moet doorgeven aan de politie. Uit onderzoek 'Ziek en geen papieren' van Van den Muijsenbergh (2004) is bekend dat volwassen illegalen lang wachten voordat ze met een klacht naar de afdeling spoedeisende hulp van een ziekenhuis gaan. Ze zijn bang voor de hoge kosten die dit met zich meebrengt, willen lang doorwerken om geen inkomstenverlies te hebben, schamen zich soms en denken dat het vanzelf wel overgaat. Veelal komen ze zo in het informele circuit van bijvoorbeeld traditionele genezers terecht, met alle risico's van dien.

Voor illegale kinderen kan de toegang tot gezondheidszorg (en vooral doorverwijzing naar de tweedelijns specialistische zorg) zeer moeizaam verlopen. Vanuit het Informatie & Adviespunt (I&A punt) van Pharos is bekend dat balie-medewerkers van hun management de opdracht hebben gekregen om mensen zonder verzekeringsbewijs (en identiteitsbewijs) te weren. Zelfs na een verwijzing van de huisarts worden zij soms geweigerd. Daarnaast wordt bij het I&A punt melding gemaakt dat specialisten noodzakelijke behandelingen voorstellen, maar dat deze niet worden uitgevoerd, omdat de kinderen onverzekerd zijn en de kosten niet door anderen opgebracht kunnen worden. Uit ervaring is bekend dat het juist voor de zeer kwetsbare groep kinderen die vaak oorlogsslachtoffer zijn, getraumatiseerd en soms gehandicapt zijn, nagenoeg onmogelijk is om de psychische hulp te krijgen waar ze volgens het Kinderrechtenverdrag recht op hebben. Voor 1 januari 2009 is de zorg voor illegalen vergoed uit het Koppelingfonds. Vanaf 1 januari 2009 is een nieuwe regeling van kracht wat mogelijk de toegang tot tweedelijnszorg zal verbeteren. Toegang van zorg voor illegale minderjarigen is in meerdere landen een probleem en staat hoog op de internationale agenda.

Illegale kinderen leven bij hun ouders die er (soms) voor hebben gekozen om illegaal in Nederland te verblijven. Kinderen kunnen niet kiezen. Zij wonen waar hun ouders zijn. Deze kinderen leven in de marge van de samenleving en zijn vaak uitermate

kwetsbaar voor gezondheidsrisico's en psychische problemen. Illegale kinderen lopen veel meer kans op fysieke mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik en psychisch geweld dan andere kinderen. De huisvesting is slecht, er is weinig tot geen privacy, ouders zijn vaak getraumatiseerd en reageren hun problemen af op de kinderen (DCI en Unicef, 2008). Kinderen die slachtoffer zijn geworden van deze situatie en als gevolg daarvan fysieke en/of psychische klachten ontwikkelen kunnen in het algemeen slecht terecht bij de zorginstellingen.

Van de illegale kinderen die in Nederland wonen zijn er vijf verschillende groepen te onderscheiden (Gerritse, L, *Jeugdzorg voor 'illegale' kinderen* (2006) Amsterdam: DCI Nederland):

1. Kinderen van (arbeids)migranten die geen verblijfsvergunning hebben aangevraagd of wiens verzoek om een vergunning is afgewezen;
2. Kinderen die geen verblijfsvergunning hebben aangevraagd bij hun komst naar Nederland in het kader van gezinshereniging of wiens verzoek om een vergunning is afgewezen;
3. Kinderen met een afhankelijke verblijfstitel die ze om uiteenlopende redenen zijn verloren, bijvoorbeeld door echtscheiding, emigratie of inbewaringstelling van de ouder(s)
4. Kinderen van volledig uitgeprocedeerde asielzoekers;
5. Kinderen die naar Nederland verhandeld of gesmokkeld zijn en voor wie geen verblijfsvergunning is aangevraagd (en bijvoorbeeld worden uitgebuit in de horeca of prostitutie).

In 1998 heeft de Nederlandse overheid de Koppelingswet bekrachtigd. Voor illegalen betekent dit dat zij buitengesloten zijn van veel sociale voorzieningen. Ze hebben wel recht op juridische hulp, onderwijs en noodzakelijke gezondheidszorg. De gezondheidszorg wordt momenteel vergoed via een nieuwe regeling. Huisartsen en spoedeisende hulp worden voor 80% van de kosten vergoed. Verloskundigen, apotheken en uitstelbare zorg, (ziekenhuizen en AWBZ zorg) krijgen 100 % vergoed. (Zie ook hoofdstuk 3).

Dit onderzoek is in juli 2008 gestart. In die periode is de zorg voor illegalen via het Koppelingsfonds vergoed waarbij huisartsen, verloskundigen en apotheken hun gemaakte kosten geheel vergoed kregen. Ziekenhuizen en AWBZ gefinancierde instellingen moesten afspraken met hun zorgverzekeraars maken over gedeelde inkomsten. Meestal verrekenende ze het via de post Dubieuze Debiteuren.

De nieuwe regeling van financiering van zorg voor illegalen is echter geen garantie dat de toegang tot de gezondheidszorg voor hen verbetert. Zorginstellingen en artsen zijn vaak onwetend over de regelingen die voor illegalen gelden. Ze zijn soms huiverig om illegale kinderen meer dan acute zorg te verlenen. Ouders durven vaak niet met hun kind naar een arts. Ze zijn bang dat ze bij de politie worden

aangegeven of dat ze (en dat is helaas wel de praktijk) achtervolgd worden door een incassobureau van een ziekenhuis. Zij kunnen de hoge kosten niet betalen waardoor ze pas in uiterste nood naar een ziekenhuis gaan. Deze onwetendheid is slecht voor kinderen. Zij krijgen pas laat hulp waardoor ze mogelijk meer schade oplopen.

2. Onderzoeksopzet

2.1 Inleiding

Het betreft een exploratief onderzoek waarbij gegevens worden verzameld om de knelpunten in kaart te brengen en vervolgens de oplossingsrichting helder te krijgen rond de toegang tot ziekenhuizen voor illegale kinderen in Nederland.

In dit hoofdstuk zal achtereenvolgens het doel, de probleemstelling, de onderzoeksdeelvragen en methode van dataverzameling besproken worden.

2.2 Doel en probleemstelling

Het doel van dit onderzoek is: Bewustwording bij medewerkers van ziekenhuizen van de rechten en plichten van illegale kinderen met betrekking tot de gezondheidszorg waardoor zij, in gelijke gevallen, dezelfde zorg krijgen als verzekerde kinderen.

De gehanteerde probleemstelling luidt: Welke knelpunten bestaan er in de toegang tot ziekenhuiszorg voor 'illegale' kinderen en wat weten de hulpverleners in het ziekenhuis over hun plichten tot het verlenen van zorg aan 'illegale' kinderen en jongeren.

Om antwoord te krijgen op bovenstaande probleemstelling is deze opgedeeld in 3 deelvragen. Deze deelvragen zijn geformuleerd aan de hand van literatuuronderzoek, meldingen die binnen zijn gekomen bij diverse helpdesks voor illegalen en op basis van de gegevens die voort zijn gekomen uit het andere deelonderzoek, waarin Pharos focusgroep gesprekken heeft gehouden met illegale jongeren.

De deelvragen zijn:

1. In hoeverre zijn hulpverleners in ziekenhuizen op de hoogte van hun plichten tot het verlenen van zorg aan illegale kinderen?
2. Welke knelpunten signaleren ziekenhuizen bij de zorg financiering aan de illegale patiënt?
3. Welke criteria en procedures hanteren ziekenhuizen voor de toegang tot zorg?

2.3 Respondenten en selectie

Voorafgaande aan het onderzoek hebben 50 ziekenhuizen, verspreid over heel Nederland, een brief gekregen met de vraag of ze aan het deelonderzoek willen meewerken. In de brief werd aangegeven dat de onderzoeker op korte termijn hen hierover telefonisch zou benaderen. Om alvast een indicatie van het deelonderzoek te geven werden de vragenlijsten voor het interview meegestuurd.

Van de vijftig ziekenhuizen die per telefoon en e-mail benaderd zijn hebben er uiteindelijk dertien ziekenhuizen toegezegd om aan het onderzoek mee te werken. Vervolgens is met deze ziekenhuizen een afspraak gemaakt om hen persoonlijk of telefonisch te interviewen.

Vijf van de dertien ziekenhuizen zijn academische ziekenhuizen. Zeven van hen hebben een contract met het College voor Zorgverzeraars (CVZ) gesloten. Omdat de meeste illegalen in de Randstad wonen was het in het belang van het onderzoek noodzakelijk dat ziekenhuizen uit de vier grote steden vertegenwoordigd zouden zijn. Dit is gelukt.

2.4 Methode van dataverzameling

Voor het beantwoorden van de deelvragen is gebruik gemaakt van verschillende methoden van dataverzameling.

1. Literatuuronderzoek met betrekking tot toegang tot zorg voor illegalen kinderen hun ouders.
2. Diepte interviews met sleutelfiguren van drie verschillende functies in dertien ziekenhuizen. De interviews vonden plaats op twee momenten. Het eerste moment,

de voormeting is gehouden voor 1 januari 2009 (dit is de datum dat het koppelingsfonds over is gegaan in de nieuwe regeling) De nameting, het tweede moment is gehouden na 1 januari 2009.

2.4.1. Interviews en vragenlijsten

Binnen de ziekenhuizen zijn diepte-interviews gehouden met drie verschillende functies: management financiële administratie, artsen of maatschappelijk werkers en balie-medewerkers. Iedere functie heeft een aantal vragen gekregen die op hun werkzaamheden toegespitst zijn.

De interviews zijn gehouden aan de hand van gestructureerde vragenlijsten. De vragen zijn gebaseerd op de literatuur en informatie verkregen uit het andere deelonderzoek van Pharos. Hierin zijn focusgroep gesprekken gehouden met illegale jongeren en is informatie verkregen via diverse helpdesks voor illegalen (Lampion en DCI-helpdesk). Er zijn drie vragenlijsten ontwikkeld voor de drie verschillende functies die hierboven genoemd zijn (zie bijlage).

De voormeting is gehouden in november en december 2008. De nameting vond plaats in mei en juni 2009. Toen zijn dezelfde ziekenhuizen nogmaals benaderd en zijn met dezelfde personen weer interviews gehouden. De interviews zijn telefonisch afgenomen of face to face, afhankelijk van de tijd van de geïnterviewde. In een enkel geval zijn de drie functies binnen een ziekenhuis gelijktijdig geïnterviewd.

2.5 methode van data analyse

Nadat alle interviews zijn gehouden en uitgewerkt, zijn de interviews samengevoegd en de ziekenhuizen ingedeeld in:

- Gecontracteerde of niet gecontracteerde ziekenhuizen
- Provincie of Randstad.
- Academisch ziekenhuis of regionaal ziekenhuis

De vragen uit de voor- en nameting zijn apart van elkaar gescheiden net als de vragen van de drie verschillende functies. Uit de interviews zijn belangrijke of opmerkelijke citaten gehaald die in de verslaglegging van betekenis kunnen zijn.

Bij het tot stand komen van de resultaten uit dit deelonderzoek worden antwoorden uit de interviews samengevoegd. Hierdoor is onder andere te zien hoeveel van de respondenten uit de verschillende ziekenhuizen bepaalde knelpunten hetzelfde ervaren, of hoeveel ziekenhuizen een bepaald beleid uitvoeren ten aanzien van illegale patiënten. Bij de data-analyse is ook gekeken in hoeverre bepaalde knelpunten vanuit het koppelingsfonds ook nog een punt van aandacht is bij de

nieuwe regeling, de voor- en nameting worden met elkaar te vergeleken. In de conclusie (hoofdstuk 5) wordt dit nader besproken.

3. Literatuur & Wetgeving

3.1 Literatuur

Onderzoek specifiek gericht op illegale kinderen en toegang tot ziekenhuizen is niet eerder verricht. Wel hebben er andere gerelateerde onderzoeken plaatsgevonden.

“Convenant kinderartsen”

Op 22 juni 2006 is tijdens een algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging Kinderartsen (NVK) een gedragscode besproken. Deze gedragscode

betreft richtlijnen en standpunten vanuit de NVK hoe Nederlandse kinderartsen om dienen te gaan met zieke kinderen zonder geldige verblijfspapieren.

Aanleiding voor dit initiatief is dat de zorg voor deze kinderen tekortschiet. Een knelpunt voor illegale kinderen is dat de drempel tot de gezondheidszorg vaak hoog ligt, zodat kinderen later en in slechtere conditie worden gezien. Behandelaars hebben ook te maken met psychosociale, culturele, financiële en ethische problemen. Meestal is sprake van juridische problematiek, waarbij advocaten, Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), Immigratie- en Naturalisatie Dienst (IND), naast andere maatschappelijke organisaties een rol spelen.

De gedragscode geeft aan wat van de kinderarts wordt verwacht in bepaalde situaties. Hiertoe zijn een vijftal gedragsregels opgesteld waaraan deze kinderartsen zich dienen te houden.

"Jeugdzorg voor illegale kinderen"

Dit rapport, uitgevoerd in 2006, gaat over de toegankelijkheid en de werkwijze van de Bureaus Jeugdzorg in de hulp aan en bescherming van illegale kinderen. In dit rapport staan de resultaten van de door DCI (Defence for Child International) in Nederland uitgevoerde quickscans naar de praktijk van de hulpverlening aan en bescherming van kinderen zonder verblijfstitel. Het Bureau Jeugdzorg is het loket waar kinderen en hun ouders terecht kunnen met problemen bij het opgroeien en opvoeden. Het indicatieorgaan van het Bureau Jeugdzorg onderzoekt of en in welke vorm zorg nodig is. Het Bureau Jeugdzorg verleent zelf geen ambulante hulp, afgezien van licht pedagogische hulpverlening. Wanneer er sprake is van ernstige problematiek neemt het bureau een indicatiebesluit, waarmee de cliënt wordt doorverwezen naar specialistische hulp of opvang.

De oude Wet op de jeugdhulpverlening maakte geen onderscheid naar de verblijfsstatus van kinderen. De Wet op de jeugdzorg maakt dit onderscheid wel, maar daarin hebben illegale kinderen nog altijd grotendeels dezelfde aanspraak op jeugdzorg als andere kinderen. Deze nieuwe wet is per 1 januari 2005 ingevoerd. Hiervoor geldt dat de aanspraak op jeugdzorg van niet rechtmatig in Nederland verblijvende kinderen alle zorg omvat waarop andere kinderen ook aanspraak kunnen maken.

Defence for Children International Nederland vroeg zich af in hoeverre de jeugdzorg illegale kinderen en jongeren met ernstige problemen in het opgroeien en opvoeden bereikt en of de jeugdzorg voldoende is toegerust om hen adequate zorg te verlenen. De volgende knelpunten kwamen hierbij naar voren:

- Het beleid binnen de meeste Bureaus Jeugdzorg wordt onvoldoende besproken met de medewerkers. Hierdoor zijn zij onvoldoende op de hoogte van wet- en regelgeving over de aanspraak van illegale kinderen op de benodigde jeugdzorg. De oorzaken van een gering of ontbrekend specifiek beleid en een specifieke methodische benadering in de hulp aan en bescherming van illegale kinderen zijn

het gebrek aan financiële middelen en mankracht van de Bureaus Jeugdzorg. Daarnaast ook het relatief geringe aantal illegale cliënten, al verschilt dit per locatie. Verder het streven naar een minimum aan beleidinstructies voor de medewerkers en de geringe onderkenning van de meerwaarde van specifiek beleid.

- Medewerkers hebben onvoldoende kennis van de specifieke achtergronden en hulpbehoeften van illegale jeugdigen en de methodologische werkwijze die hiervoor nodig is.
- Medewerkers hebben weinig of geen kennis uit het vreemdelingenrecht in relatie tot de rechten van het kind en het jeugdbeschermingsrecht. Door deze geringe kennis bestaat het risico dat deze jeugdigen niet de hulp en bescherming krijgen die zij nodig hebben.
- De toegang tot het Bureau Jeugdzorg voor illegale jeugdigen is beperkt door terughoudendheid van illegalen om een beroep te doen op jeugdzorg uit angst voor onthulling van de illegale verblijfsspositie. Ook hebben illegale kinderen en hun ouders beperkte kennis met het jeugdzorgstelsel en hun rechten op hulp en bescherming. Maar ook de verwijzende instanties blijken beperkte kennis te hebben met de wet en regelgeving over de jeugdzorg voor illegale kinderen.
- Bij de zorgtoewijzing aan illegale kinderen door het bureau jeugdzorg kwam als knelpunt naar voren dat de toegang tot ABWZ gefinancierde jeugdzorginstellingen niet gewaarborgd is omdat deze instellingen geen vergoeding krijgen voor de hulp aan onverzekerde personen. Daarnaast worden sommige zorginstellingen gefinancierd op basis van uitstroomcriteria waaraan illegale kinderen niet kunnen voldoen, zoals het vinden van werk. Tenslotte achten sommige zorginstellingen zich onvoldoende toegerust om illegale jeugdigen te begeleiden, vanwege hun complexe problematiek en de taal barrière.

In dit rapport kwam naar voren dat in de praktijk van de hulp aan en bescherming van illegale kinderen verschillende knelpunten zich voordoen. Bijvoorbeeld doordat ouders zonder verblijfstitel wettelijk zijn uitgesloten ontstaat er een onwerkbaar situatie omdat het betrekken van de ouders essentieel is voor de hulpverlening. Daarnaast kost de hulpverlening aan illegalen meer geld dan de hulp aan andere kinderen. Sommige ouders zonder verblijfstitel kunnen de eigen bijdrage niet opbrengen.

"Het recht op gezondheidszorg voor illegale kinderen"

Dit betreft een recent juridisch artikel van Defence for Children International Nederland uit januari 2009. Aan de hand van een aantal casussen in de praktijk worden misstanden in de zorg aangekaart. DCI stelt dat hoewel het recht op gezondheidszorg in diverse nationale en internationale wetten en verdragen is vastgelegd, dit recht nog vaak wordt geschonden. Dit artikel laat zien dat er nog dikwijls problemen zijn op het gebied van de gezondheidszorg aan illegale kinderen. Veelal komt dit door onwetendheid: het ziekenhuispersoneel weigert iemand te helpen omdat zij de instructie hebben gekregen onverzekerde te weigeren. Of de illegale kinderen en hun ouders gaan zelf niet naar de dokter omdat zij denken dat ze toch niet geholpen zullen worden. De Nederlandse staat heeft de verantwoordelijkheid om de schendingen van het recht op gezondheidszorg te bestrijden.

In ditzelfde artikel blijkt dat de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) zich zorgen maken over het recht op gezondheid bij illegale kinderen. Bij het afwijzen van het asielverzoek en het als gevolg daarvan soms opsluiten en uitzetten van kinderen, wordt onvoldoende rekening gehouden met de gezondheidssituatie van deze kinderen. Dit kan leiden tot gezondheidsschade. In 2008 heeft de AJN hierover een standpunt opgesteld waarin bezorgdheid wordt geuit over de gezondheid van deze kinderen.

"Rapport commissie Klazinga"

In dit rapport uit 2007 spreken artsen zich uit over situaties waarin zij terecht komen bij het verlenen van medische zorg aan (illegale) vreemdelingen en asielzoekers. Veelvoorkomende situaties zijn overplaatsing naar een ander asielzoekerscentrum waardoor de continuïteit van zorg in gevaar komt en afwegaan wanneer een behandeling medisch noodzakelijke zorg betreft.

Aanleiding voor het instellen van deze commissie waren de signalen van artsen over knelpunten in de zorg aan illegale vreemdelingen. Deze signalen betroffen onder andere zorgwekkende situaties in detentiecentra voor illegale vreemdelingen, de beoordeling van medische problematiek in relatie tot verblijf in Nederland of uitzetting en de medische zorg aan illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen. Het gaat hierbij om de volgende knelpunten;

- Artsen werken medisch inhoudelijk niet met de term 'medisch noodzakelijke zorg'. Zij vinden dat het beoordelen van welke zorg wel of niet valt onder 'medisch noodzakelijke zorg' niet aansluit bij hun normale werkwijze. Vanuit de professionele gedragsregels ervaren zij een behandelplicht zonder onderscheid des persoon.
- Artsen en zorginstellingen weigeren in sommige situaties zorg te verlenen aan onverzekerde illegale vreemdelingen als duidelijk is dat er niet betaald kan worden voor de te verlenen zorg. Illegale vreemdelingen die hulp vragen bij zorginstellingen komen soms niet voorbij de medewerkers van de balie of het afsprakenbureau en worden niet medisch onderzocht. Ook komt het voor dat financiële

verantwoordelijken van ziekenhuizen bij artsen aandringen op zo goedkoop mogelijke vormen van zorg. Dit kan leiden tot het onthouden van medische zorg.

- Een naderend vertrek (uitzetting) of de onbekende tijdsduur van verblijf van een illegale vreemdeling zijn argumenten die artsen kunnen gebruiken om af te zien van een medische behandeling bij illegale vreemdelingen hier en nu. Het niet kunnen afmaken van een behandeling kan in sommige medische situaties leiden tot ineffectief en inadequaat behandelingen. In de praktijk zijn er ook groepen illegale vreemdelingen die (semi-) permanent aanwezig zijn in Nederland en niet vertrekken of uitgezet (kunnen) worden.

De commissie Klazinga, officieel de Commissie 'Medische zorg aan (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen', komt in haar rapport met adviezen en richtlijnen hoe artsen met deze situaties om moeten gaan. Daarnaast bevat het aanbevelingen voor derden om te kunnen waarborgen dat artsen door hun noodzakelijk geachte zorg adequaat kunnen verlenen.

Zo schrijft de commissie dat medische aspecten meegewogen dienen te worden bij beslissingen over opvang of uitzetting van asielzoekers en detentie van illegale vreemdelingen. Ook adviseert de commissie om het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' beter te laten aansluiten bij de praktijk en het daarom te definiëren als 'passende en verantwoorde medische zorg'.

"Zeker van zorg? Zorg voor onverzekerden!"

Dit rapport is eveneens uitgebracht in 2006 door de SIGRA, oftewel samenwerkende instellingen gezondheidszorg Amsterdam. Het is een rapportage over de onverzekerden problematiek in Amsterdam. Illegalen maken hier een aanzienlijk deel van uit.

Het probleem van de onverzekerde patiënten in Amsterdam speelt vooral binnen de GGZ instellingen en de ziekenhuizen. Van vier ziekenhuizen zijn de kosten die in 2004 zijn gemaakt voor de zorg aan onverzekerden bekend. In totaal bedroeg dit 5 miljoen euro. De kosten voor onverzekerden drukken zwaar op het budget voor de post- dubieuze debiteuren, ruim de helft tot bijna 100% van dit budget wordt aan onverzekerden besteed.

Een van de knelpunten in de ziekenhuizen is dat er een onevenredige verdeling is van de lasten tussen de instellingen onderling. Binnen de ziekenhuizen wordt dit gedeeltelijk opgevangen door de post- dubieuze debiteuren. Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat deze post steeds meer onder druk komt te staan bij het overleg met zorgverzekeraars. Overige knelpunten zijn dat de kwaliteit van zorg die nodig is niet wordt geboden. Verder ook een toenemende (administratieve) werklast en een toename van doorverwijzingen. Bij illegalen is het ook vaak zo dat de levensomstandigheden niet bevorderlijk zijn voor gezondheid en herstel. Hierdoor is de kans op recidief van een ziekte groter.

Verder komen patiënten pas laat met klachten en komen uiteindelijk op de spoedeisende zorg binnen. Dit wordt ook wel 'patiënt delay' genoemd. Reden hierachter is ook de identificatieplicht per 1 januari 2006. Illegalen zijn namelijk bang om in een 'systeem' te zitten. Maar ook dokters zijn geneigd patiënten soms niet door te sturen. Hiervoor gebruikt men de term 'dokters delay'.

" Verloskundige zorg aan onverzekerbare vrouwen"

Dit is een artikel gepubliceerd door Relinde van der Stouwe vanuit de Johannes Wier Stichting. Een mensenrechtenorganisatie van en voor artsen, verpleegkundigen en paramedici. De Johannes Wier Stichting mobiliseert professionals in de gezondheidszorg voor de bevordering van mensenrechten.

Het artikel beschrijft de situatie rondom verloskundige zorg voor onverzekerbare vrouwen tijdens het koppelingsfonds. Voorheen was het zo dat de positie van de moeders in veel opzichten zwak en onveilig was. Volgens de regels hadden ze in principe recht op verloskundige zorg en kraamzorg. Hun pasgeboren kinderen moesten preventieve jeugdgezondheidszorg krijgen en ingeënt worden. Daaronder viel ook de hielprik waarmee in de eerste levensweek van de baby wordt onderzocht of hij/ zij een aangeboren ziekte heeft. Veel vrouwen zonder papieren wisten echter niet dat zij en hun kind deze zorg konden opeisen. Daardoor gingen ze vaak pas laat op zoek naar hulp. Als ze voor het eerst een verloskundige bezochten, dan werd er nogal eens van hen verwacht dat ze voor de zorg meteen contant betaalden. Dan haakten deze vrouwen alsnog af of vroegen minder vaak hulp dan nodig was. Ook de gynaecoloog en de kraamzorg waren verplicht om alle zwangere en net bevallen vrouwen te helpen. Velen bleken dat niet te weten. Ook waren ze er vaak niet van op de hoogte dat het Koppelingsfonds rekeningen van illegale patiënten konden betalen. Vanwege de papieren rompslomp, de taalbarrière, onwil, en onbekendheid met de gecompliceerde levenssituatie van illegale vrouwen hadden nogal wat verloskundigen een afwijzende houding.

"Ziek en geen papieren"

Maria van den Muisenbergh bracht dit boek uit in 2004. Ze is zelf huisarts en staat in haar woonplaats Nijmegen bekend als de 'illegalen-dokter'. In het boek komt naar voren dat veel illegalen niet weten dat ze recht hebben op medisch noodzakelijke zorg, ook als ze die niet kunnen betalen. Daarnaast is er de angst voor ontdekking en de daaruit voortvloeiende weerstand tegen officiële instanties. Illegalen die werk hebben kunnen het zich vaak niet permitteren om zich ziek te melden en hulp te zoeken. Daarom stellen zij een bezoek aan het ziekenhuis vaak uit waardoor de klacht kan verergeren. Wanneer iemand wel onder behandeling is zijn er nog belemmeringen om de behandeling goed te laten verlopen. Bij veel illegalen ontbreekt het aan mantelzorg, (bed)rust en aan financiële middelen voor medicijnen. Ziekenhuizen gaan er vaak vanuit dat patiënten na ontslag een thuisomgeving hebben waar ze verder kunnen herstellen. Voor veel illegalen is dit niet aan de orde

Knelpunten bij de zorgverleners zijn dat sommige instellingen de indruk hebben dat het niet de bedoeling is illegalen te helpen. Daarbij zien zij op tegen het papierwerk

om de kosten te kunnen declareren. Eenmaal onder behandeling is het soms moeilijk om de illegale patiënten te monitoren en een stabiele behandeling te verzorgen. Dit komt door de veranderlijke en afhankelijke leefsituatie van de illegale patiënt.

Van den Muisenbergh ziet ook de laatste jaren een negatievere houding van zorgverleners ten opzichte van illegalen. Dat komt door het veranderende politieke klimaat sinds 2001. Ze geeft aan dat dit een van de redenen is waarom nog steeds veel artsen illegalen weigeren. Om een illegale patiënt door te verwijzen naar de tweede lijn moet ook zij soms veel moeite een specialist te overtuigen van het belang van een behandeling.

3.2 Wetgeving

In de jaren 90 raakten illegalen steeds meer afgesneden van hulp door huisartsen, tandartsen, specialisten en ziekenhuizen. Door de Koppelingswet en andere uitsluitingswetten konden illegalen zich niet meer verzekeren tegen ziektekosten. Hoewel de regering de uitsluiting zo volledig mogelijk wilde maken, zag men zich genoodzaakt om illegalen nog wel recht op "medisch noodzakelijke zorg" te geven, ook wegens het eigenbelang van "de volksgezondheid". Om die "medisch noodzakelijke zorg" betaalbaar te maken richtte de overheid bij de invoering van de Koppelingswet in 1998 daarom het landelijke Koppelingsfonds op.

Sinds de invoering van de koppelingswet in 1998 wordt de zorg aan illegalen niet meer vergoed door de zorgverzekeringen. Om illegalen niet helemaal in de kou te laten staan, werd het koppelingsfonds opgericht. Bij dit door de overheid gesubsidieerde fonds kunnen huisartsen verloskundigen en apotheken hun kosten voor medisch noodzakelijke hulp (lees: wat in het toenmalige ziekenfonds zat) aan illegalen declareren. Algemene ziekenhuizen kunnen dat niet. Zij hebben daarvoor een potje dubieuze debiteuren. Over de hoogte hiervan maken ze jaarlijks afspraken met de ziektekostenverzekeraars. Door de Awbz gefinancierde instellingen konden wel een beroep doen op het Koppelingsfonds, maar alleen voor de kosten die boven de 0,1 procent van de instellingsbegroting uitstegen, met een maximale behandelingsduur van zes maanden.

Ongedocumenteerden hebben recht op medisch noodzakelijke zorg van het ziekenhuis, revalidatiecentra en ambulances. Als de ongedocumenteerde niet kan betalen, moet het ziekenhuis de behandeling betalen uit haar 'stroppenpot', de begrotingspost Dubieuze Debiteuren. Ziekenhuizen proberen vaak de ongedocumenteerde te dwingen een betalingsregeling aan te gaan, om dit te voorkomen. Maar als de behandeling medisch noodzakelijk is, kan het ziekenhuis deze niet om financiële redenen weigeren. Toch kunnen dan nog rekeningen gestuurd worden. Dat komt omdat de 'stroppenpot' pas mag worden aangesproken als het ziekenhuis aantoonbaar alles heeft gedaan om de rekening betaald te krijgen. Het is dus belangrijk per brief op deze aanmaningen te reageren. Sinds kort is voor behandeling in het ziekenhuis identificatie verplicht. Identificatie

wordt gevraagd bij het maken van het ziekenhuispasje. Maar als de behandeling medisch noodzakelijk is, mag die niet geweigerd worden, ook al heeft de ongedocumenteerde geen identificatiebewijs. Een brief van de huisarts waarin hij aangeeft dat de behandeling medisch noodzakelijk is, kan helpen.

De Koppelingswet bepaalt dat 'vreemdelingen zonder verblijfsvergunning' (verder aangeduid als illegalen) geen recht hebben op o.a. een basisverzekering volgens de Zorgverzekeringswet. Niettemin kan medisch noodzakelijke hulp hen niet worden geweigerd. Illegalen zijn zelf aanspreekbaar op betaling van de kosten daarvan; alleen als zij niet kunnen betalen, kan een zorgaanbieder vanaf 1 januari 2009 onder voorwaarden aanspraak maken op een financiële vergoeding van oninbare kosten conform een nieuwe regeling die het CVZ uitvoert. Deze regeling komt in de plaats van de tot dan toe bestaande Regeling Stichting Koppeling.

Onderscheid tussen direct en niet-direct toegankelijke zorg

De nieuwe regeling onderscheidt twee soorten medisch noodzakelijke zorg:

- *direct* toegankelijke zorg: dit is de zorg die zonder recept, verwijzing of indicatie kan worden ingeroepen en doorgaans ook direct moet worden verleend. Hieronder valt de meeste eerstelijnszorg (met uitzondering van farmaceutische hulp) en de acute ziekenhuiszorg. Zorgaanbieders kunnen de oninbare kosten van direct toegankelijke zorg aan illegalen gedeeltelijk declareren bij het CVZ;
- *niet-direct* toegankelijke zorg: deze zorg is pas toegankelijk na recept, verwijzing of indicatiestelling. Het gaat dan om zorg geleverd door apotheken, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen en ambulancediensten. Alleen zorgaanbieders die het CVZ voor dit doel heeft gecontracteerd, kunnen aanspraak maken op een tegemoetkoming in de kosten.

Voorwaarden voor een tegemoetkoming in de kosten

Als een zorgaanbieder in aanmerking wil komen voor een tegemoetkoming in de oninbare kosten moet aan vier voorwaarden zijn voldaan:

- er moet sprake zijn van een (gedeeltelijk) *onbetaalde rekening*. Als de verschuldigde kosten door of namens de patiënt kunnen worden betaald, kan een zorgaanbieder geen beroep doen op de regeling;
- de patiënt is *onverzekerd én onverzekerbaar* als gevolg van de Koppelingswet. Dit geldt vaak voor illegale migranten, uitgeprocedeerde asielzoekers, niet-uitzetbaren en mensen die zijn verwickeld in een aanvraagprocedure voor een verblijfsvergunning.

- het moet gaan om *medisch noodzakelijke* zorg. De zorgaanbieder bepaalt of de verleende zorg medisch noodzakelijk was, gezien de aard van de prestatie en de verwachte duur van het verblijf;
- de zorg moet onderdeel zijn van het *basiszorgpakket of de AWBZ*.

Voor de verschillende zorgaanbieders gelden de volgende voorwaarden:

Huisartsen

Alle huisartsen kunnen een tegemoetkoming krijgen van 80% van de kosten van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen, voor zover die niet (volledig) door de patiënt betaald kunnen worden. Voor een consult mag de huisarts het passantentarief hanteren (niet ingeschreven patiënten). Kosten voor zorg bij zwangerschap en bevalling worden voor 100% vergoed.

Apothekers

Het CVZ contracteert per gemeente één apotheek. De gecontracteerde apotheken kunnen een tegemoetkoming krijgen in de kosten van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen, voor zover die niet (volledig) door de patiënt betaald kunnen worden. Die tegemoetkoming bedraagt een in de contracten vastgelegd percentage.

Een waarnemende niet-gecontracteerde apotheker kan de oninbare rekeningen indienen bij de gecontracteerde apotheker; deze declareert vervolgens de kosten bij het CVZ.

Ziekenhuizen

Het CVZ heeft 26 ziekenhuizen gecontracteerd, waar illegalen terecht kunnen voor zowel direct als niet-direct toegankelijke zorg. De kosten van direct toegankelijke (= acute) zorg – inhoudende dat verwijzing of overplaatsing naar een ander ziekenhuis niet verantwoord is – kunnen door elk ziekenhuis worden gedeclareerd bij het CVZ, voor zover die niet (volledig) door de patiënt betaald kunnen worden. De tegemoetkoming bedraagt 80% van de oninbare kosten. De reden hiertoe is om de zorgverlener te stimuleren de kosten te innen van de (illegale)patiënt. Kosten voor zorg bij zwangerschap en bevalling worden voor 100% vergoed.

De declaraties (zowel direct als niet-direct toegankelijke zorg) voor ziekenhuizen en AWBZ gerelateerde instellingen kent een 'open-einde-regeling'. Er is geen vaststaand bedrag voor een jaar en als dat geld op zou zijn krijgen ziekenhuizen geen geld meer. Alle zorg wordt, zoals is afgesproken, betaald.

Ziekenhuizen kunnen alleen oninbare kosten bij het CVZ declareren voor DBC's die ná 1 januari 2009 zijn geopend. Bovendien moet de declaratie zijn ingediend binnen negen maanden na het sluiten van de DBC. Als een DBC vóór 1 januari 2009 is geopend, komen de kosten daarvan nog ten laste van de NZa-beleidsregel afschrijving kosten dubieuze debiteuren. In dat geval kan een illegaal dus in een niet-gecontracteerd ziekenhuis blijven.

Verloskundigen en kraamhulpen

Alle verloskundigen en kraamhulpen kunnen een vergoeding krijgen van 100% van de kosten van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen, voor zover die niet (volledig) door de patiënt betaald kunnen worden.

Tandartsen

Alle tandartsen kunnen een tegemoetkoming krijgen van 80% van de kosten van:

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

Dit geldt voor kosten zover die niet (volledig) door de patiënt betaald kunnen worden.

AWBZ- en GGZ-instellingen

Vóór 1 januari 2009 bestond voor de oninbare kosten van illegalen in AWBZ- en GGZ-instellingen geen vergoedingsregeling. Voor de nieuwe regeling zal het CVZ in eerste instantie de instellingen contracteren waar op dit moment feitelijk illegalen verblijven. Daarna zal het CVZ instellingen contracteren op het moment waarop zij voor het eerst een illegaal opnemen.

(bron: website CVZ)

4. Resultaten

De resultaten in dit hoofdstuk zijn verkregen uit de diepte interviews met baliemedewerkers, artsen & maatschappelijk werkers en het management financiële administratie. Ze worden beschreven aan de hand van de drie deelvragen (zie ook hoofdstuk 2). Het deelonderzoek bevat een voor- en een nameting. De voormeting gaat over de regeling tot en met 31 december 2008, het Koppelingsfonds. De nameting betreft de huidige situatie, vanaf 1 januari 2009, waarin de nieuwe regeling van kracht ging. Van de dertien ziekenhuizen hebben zeven een contract met CVZ gesloten. Zij krijgen de planbare zorg voor (bijna) 100% vergoed.

Bij het afnemen van de interviews bleek dat de respondenten niet spreken over *direct* en *niet- direct* toegankelijke zorg zoals het CVZ doet, maar dat ze het over *planbare en spoedeisende zorg* hebben. Om die reden zijn in dit stuk deze begrippen toegepast. *Planbare zorg* omvat hetzelfde als de *niet-direct* toegankelijke zorg. *Spoedeisende zorg* betreft de *direct* toegankelijke zorg, welke zonder verwijzing verkregen kan worden.

Waar nodig wordt bij het beschrijven van de resultaten, aangegeven of het om het Koppelingsfonds gaat, of om de nieuwe regeling.

In totaal zijn bij dit onderzoek 49 respondenten betrokken. In elk ziekenhuis zijn een arts, een baliemedewerker en een manager financiële administratie geïnterviewd. Daarbij hebben tien maatschappelijk werkers, in verschillende ziekenhuizen hun medewerking toegezegd.

4.1 Deelvraag 1

In hoeverre zijn hulpverleners in het ziekenhuis op de hoogte van hun plichten tot het verlenen van zorg aan illegale kinderen?

Voor de beantwoording van deze vraag is in de ziekenhuizen contact gelegd met artsen en maatschappelijk werkers. In totaal zijn er 23 respondenten geïnterviewd waarvan dertien artsen en tien maatschappelijk werkers. Van de artsen zijn er negen werkzaam op de spoedeisende hulp (SEH) en vier van hen zijn kinderarts.

Een maatschappelijk werker geeft aan dat in zijn ziekenhuis artsen grofweg drie opvattingen zijn over zorg aan illegalen. '*De illegaal betaalt niet voor de behandeling dus ik behandel niet*', '*Ik behandel de illegaal hetzelfde als iedere andere patiënt*' of '*Ik behandel wel, maar alleen het hoogst noodzakelijke en met de kortst liggende tijd*'. Indien mogelijk probeert deze maatschappelijk werker illegale kinderen bij een arts 'onder te brengen' die hen hetzelfde behandelt als alle andere patiënten.

Voor spoedeisende zorg aan illegale kinderen geven de respondenten aan dat zij dezelfde zorg bieden als aan legale kinderen. Zij vertellen dat ze vanuit hun beroepsethiek verplicht zijn zorg te verlenen aan een ieder die dit nodig heeft. De term 'zorgplicht' viel regelmatig bij deze respondenten. Een van hen zei dat

zorgplicht en (illegale) kinderen onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn; “ *we hebben immers te maken met een zeer kwetsbare groep in de samenleving. Kwetsbaar omdat bij veel illegalen angst bestaat tot in aanraking komen met politie bij de toegang tot zorg*”. De meeste respondenten die hulpverlener zijn, zijn zich bewust van deze angst en beseffen dat de drempel tot toegang van ziekenhuizen laag moet zijn. Zeker als het om spoedeisende zorg gaat.

Wanneer een volwassen illegale patiënt echt niet kan betalen maar wel spoedeisende zorg nodig heeft, wordt in sommige ziekenhuizen gekeken of het mogelijk is de patiënt, na verantwoorde zorg, snel te ontslaan. Uit de interviews komt niet naar voren dat dit bij illegale kinderen ook gebeurt. Kinderen mogen wat betreft de respondenten nooit de dupe zijn van het niet-verzekerd zijn van hun ouders. Voor illegale kinderen geldt hetzelfde. Hun ouders zijn per definitie niet in staat om een zorgverzekering af te sluiten. De respondenten maken, mede daarom, geen onderscheid naar verblijfsstatus of financiële situatie. Het weigeren van een behandeling is zeker niet aan de orde als het medisch noodzakelijke zorg betreft. Dit recht ligt verankerd in mensenrechtenverdragen waaraan ook Nederland zich te houden heeft.

Ten tijde van het Koppelingsfonds lag de uitvoering van niet-spoedeisende hulp, nu planbare zorg genoemd, anders. Twee SEH-artsen geven aan dat de illegaal alleen behandeld werd als hij vooraf betaalde. Zij huldigen de eerste opvatting: *de illegaal betaalt niet voor de behandeling dus ik behandel niet*. Zij maakten geen onderscheid tussen illegalen die volwassen zijn of illegalen die kind zijn. De andere elf artsen gaven aan wel een behandeling te starten, ook als er vooraf geen betaling plaatsvond.

Vijf respondenten (artsen) die werkzaam zijn op de spoedeisende hulp blijken niet bekend te zijn met de rechten van het kind. Medische zorg aan kinderen, ook illegale kinderen, moet te allen tijde verleend worden, ook als hun ouders geen geld hebben. Drie van deze respondenten hebben daarentegen wel aangegeven dat ze illegale kinderen altijd zullen behandelen. De twee andere respondenten behandelen, zoals eerder vermeld, pas nadat er betaald is.

Van de 23 respondenten ‘arts & maatschappelijk werker’ zijn 20 op de hoogte van de invoering van de nieuwe regeling. Bij hen is tevens bekend wat deze nieuwe regeling inhoudt. Niet-spoedeisende zorg aan illegalen is toegewezen aan door CVZ gecontracteerde ziekenhuizen in de regio. Sinds de invoering van de nieuwe wet is het nog maar een aantal keer gebeurd dat artsen kinderen moesten overplaatsen naar een gecontracteerd ziekenhuis. Zo heeft een van de respondenten uit een klein ziekenhuis onlangs een patiëntje doorgestuurd naar een gecontracteerd ziekenhuis omdat er kostbare scans gemaakt moesten worden.

De drie respondenten die nog niet bekend zijn met de nieuwe regeling komen uit kleinere ziekenhuizen buiten de Randstad. Zij geven aan niet zoveel illegale kinderen te zien. Bij hen gaat het om hooguit vijf tot tien patiëntjes per jaar. Mede om die reden zijn ze volgens hen niet goed op de hoogte van alle wetten en regels

omtrent de zorgverlening aan illegale kinderen. Sommige respondenten geven aan niet altijd te weten of mensen illegaal zijn. *Dat is vaak een zaak die meer bij het financieel management en de baliemedewerkers komt te liggen*, aldus een van de artsen.

Samenvatting

De respondenten 'arts & maatschappelijk werker' geven alle 23 aan dat wanneer illegale kinderen spoedeisende hulp nodig hebben, ze dezelfde zorg krijgen als legale kinderen. Bij volwassen illegale patiënten wordt geprobeerd, na verantwoorde zorg, de opname tijd zo kort mogelijk te houden. Bij illegale kinderen zijn daar geen aanwijzingen voor.

Ten aanzien van de planbare zorg geven twee artsen tijdens de voormeting aan dat ze illegale kinderen alleen behandelen wanneer vooraf betaald wordt. De andere elf artsen geven aan dat ze altijd medische zorg aan illegale kinderen geven, wel of niet spoedeisend.

Twintig respondenten zijn tijdens de voormeting bekend met de nieuwe regeling die vanaf 1 januari 2009 ingaat. De drie respondenten die er niet mee bekend zijn, komen uit de kleinere ziekenhuizen buiten de Randstad. Zij behandelen relatief weinig illegale kinderen. Zij zijn tevens niet goed op de hoogte van de wetten en regels omtrent de zorgverlening aan illegale kinderen.

4.2 Deelvraag 2

Welke knelpunten signaleren ziekenhuizen bij het verlenen van zorg en de financiering van zorg aan de illegale patiënt?

Voor de beantwoording van deze vraag is naar de knelpunten gekeken die de verschillende functies in het ziekenhuis (kunnen) ervaren.

- Baliemedewerkers
- Artsen & maatschappelijk werkers
- Financiële administratie

Baliemedewerkers

Baliemedewerkers zijn de eerste toegang tot het ziekenhuis, ook voor illegale kinderen. Om die reden zijn ze een belangrijk schakel in dit onderzoek. In alle ziekenhuizen geven deze respondenten aan dat communicatie met illegalen een groot probleem is. Uit de voormeting blijkt dat illegalen zelf niet weten voor welke zorg ze zelf (direct) moeten betalen. Dit geldt met name voor illegale volwassenen. De (meeste) illegale kinderen worden zonder vooraf te betalen behandeld. Door onwetendheid van illegale patiënten liep de discussie aan de balie (tijdens de

voormeting) soms dusdanig hoog op dat respondenten het maatschappelijk werk erbij vroegen om het nogmaals aan de patiënt uit te leggen. Een respondent van de inschrijfbalie oppert dat: *"huisartsen niet alleen illegale patiënten moeten doorsturen met een verwijfsbriefje naar het ziekenhuis maar ze ook uitleg geven over de kosten die illegalen zelf moeten maken"*.

Tijdens de nameting wordt door een respondent een voorbeeld gegeven van een volwassen illegale patiënt die zich aan de balie erg 'agressief' gedroeg nadat hem verteld was dat hij moest betalen. De patiënt rekende er op dat na invoering van de nieuwe regeling de zorg nu gratis zou zijn. De beveiliging werd gealarmeerd. De andere respondenten bevestigen dat ze vaker te maken hebben met situaties waarin illegalen zich agressief jegens hen gedragen omdat ze slecht geïnformeerd zijn en ze met de nieuwe regeling ook moeten betalen.

Het voorbeeld geeft des te meer aan dat lang niet alle illegalen bekend zijn met hun plichten t.a.v. de betaling van zorg (wel met hun rechten). De respondenten vinden dit een 'zorgwekkende' situatie.

De respondenten reageren vooralsnog positief op de invoering van de nieuwe regeling omdat nu, volgens hen meer duidelijkheid bestaat. *"Er geldt nu een protocol wat er met illegale patiënten dient te gebeuren op het moment dat zij zich met een klacht melden bij ons"*, aldus een geïnterviewde. Er klinkt ook bezorgdheid door. Is de doelgroep wel goed op de hoogte van de nieuwe wetgeving? In de grote steden blijkt het niet altijd makkelijk om patiënten met 'planbare zorg' naar de gecontracteerde ziekenhuizen door te verwijzen. *"Illegalen reageren soms verontwaardigd als zij horen dat ze niet terplekke geholpen kunnen worden. Het zou goed zijn als zij vooraf al op de hoogte zijn wat er mogelijk staat te gebeuren als zij een ziekenhuis bezoeken Dit leidt voor ons ook tot minder discussies aan de balie"*, aldus een respondent. Volgens haar zou het praktischer zijn als patiënten die niet-spoedeisende zorg nodig hebben direct zelf een gecontracteerd ziekenhuis kunnen benaderen.

Uit de literatuur blijkt dat bij illegalen de vrees bestaat om met politie in aanraking te komen. Geen van de respondenten zegt bedreigd te hebben met politie als de illegalen boos waren omdat ze doorverwezen werden, of eerst moesten betalen. Wel merken ze op dat het aangaan van betalingsregelingen gepaard kan gaan met angstgevoelens bij illegalen. Het kan voor hen onduidelijk zijn waar ze een handtekening voor zetten en wat de consequenties kunnen zijn.

Artsen & maatschappelijk werkers

Het aantal illegale kinderen dat jaarlijks een ziekenhuis bezoekt verschilt sterk per ziekenhuis. Uit schattingen van de respondenten blijkt dat in de provincie gelegen ziekenhuizen ongeveer tien illegale kinderen jaarlijks zorg nodig hebben. In de Randstad daarentegen gaat het soms om meer dan honderd illegale kinderen per jaar. Exacte getallen zijn er niet omdat de medische administraties geen aparte registratie van illegale kinderen en volwassenen bijhouden. Een respondent uit een

klein ziekenhuis buiten de Randstad meldt: *"we hebben jaarlijks te maken met een zeer kleine groep illegale kinderen (tussen de 10-20 gemiddeld). Het is dus geen hot item hier"*. In de Randstad zijn illegalen een relatief grote groep. Een respondent uit een groot ziekenhuis geeft aan dat: *"illegaliteit is iets waar we bijna dagelijks mee te maken hebben, deze mensen kosten ook meer tijd en energie dan gebruikelijk"*.

Een van de respondenten spreekt zijn ongerustheid uit over kinderen die pas in een laat stadium van hun ziekte in het ziekenhuis terecht komen. Vooralnog hebben de respondenten dit nog niet mee gemaakt. Wel is het een aantal keer voorgekomen bij volwassen illegale patiënten (Muijsenbergh van de, 2004). Als voorbeeld vertelt een respondent over een nierpatiënt die pas in een laat stadium van zijn ziekte in het ziekenhuis komt waardoor zijn klacht spoedeisend is geworden. *"Mogelijk zal het risico op dit probleem nu kleiner zijn aangezien het nieuwe systeem ook de niet spoedeisende zorg dekt"*, aldus een kinderarts. Desondanks beseffen respondenten dat, met name in Randstad, de drempel om zorg te vragen hoog ligt bij illegalen. Hun angst voor de politie is groot.

Uit de literatuur (Muijsenbergh, 2004) komt naar voren dat illegale ouders hun kind soms eerder uit het ziekenhuis meenemen dan goed voor hem is. Meestal hangt dit samen met de kosten van de zorg of de angst om ergens geregistreerd te staan. Negentien respondenten geven aan dat zij hier geen ervaringen mee hebben. Uit één ziekenhuis is onlangs een jonge patiënt, die herstellende was van een beenbreuk, zonder medeweten van de artsen, door zijn ouders uit het ziekenhuis meegenomen. Twee respondenten hebben uitdrukkelijk aan ouders de garantie moeten geven dat zij zich geen zorgen hoeven te maken over politie en justitie. Een maatschappelijk werker uit een academisch ziekenhuis zegt: *"illegalen zijn weinig bekend met de geheimhoudingsplicht van o.a. artsen als het bijvoorbeeld gaat om de status. Dat is een slechte zaak want op deze manier wordt de drempel voor de illegaal alsmaar hoger om hulp in te roepen voor medische zorg"*.

Volgens een maatschappelijk werker bestaat er soms onduidelijkheid bij illegalen over hun eigen rechten ten aanzien van de gezondheidszorg. *"In de praktijk komt het erop neer dat zij vooral bang zijn voor hoog oplopende kosten"*. Deze mening wordt door meerdere respondenten gedeeld. Een andere respondent heeft juist een andere ervaring. In een aantal gevallen laten de ouders hun kinderen langer dan noodzakelijk is in het ziekenhuis vanwege de slechte thuisomstandigheden. Het gaat echter maar om enkele dagen.

De respondenten geven zonder uitzondering aan dat zij bij illegale kinderen extra bedacht zijn op de thuissituatie. Zij schakelen vaak een maatschappelijk werker in die bij de ouders langs gaat en kijkt naar de huisvesting en de hygiëne. Tevens informeren ze de ouders over de zorg die thuis aan het kind geboden moet worden. Blijkt dit niet in orde te zijn of niet te kunnen dan kan de opnameduur van het kind verlengd worden. Sommige respondenten voelen zich zelfs verplicht hen langer op te nemen. Voor de meeste respondenten is dit geen groot issue. Een respondent uit de Randstad geeft als voorbeeld dat voor twee van zijn patiëntjes,

waarbij een van de ouders alcoholverslaafd was, langere zorg in het ziekenhuis nodig was. Over het algemeen zien de respondenten dat in de praktijk illegale kinderen niet veel extra zorg nodig hebben. *“Er zijn dus wel situaties gebleken waarin dit noodzakelijk was maar hier is geen trend in te zien”*, aldus een kinderarts.

Nazorg

Uit het onderzoek blijkt dat op het moment dat illegale kinderen ontslagen worden het contact tussen de arts en het illegale kind vaak verloren gaat. Doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg komt daardoor moeilijk op gang of kan niet worden geboden. Mogelijk zijn zij bang voor de kosten. Andere mogelijke oorzaken die genoemd worden zijn: taalproblemen, het zwervende bestaan van illegalen, trauma's of omdat zij niet hun weg kunnen vinden in de Nederlandse gezondheidszorg. In totaal vier respondenten herkennen zich in de problematiek rond de gebrekkige nazorg. Poliafspraken vlak na een opname worden meestal wel nagekomen. Doorverwijzing naar gespecialiseerde zorg als revalidatiecentra levert vaak dezelfde problemen op, mensen komen niet op hun afspraak. Zeven respondenten zien vooral de kosten als struikelblok. Deze zorg valt onder de AWBZ en werd voor 1 januari 2009 niet vergoed. Het is illegale mensen wel duidelijk dat revalidatie geboden wordt maar het werkelijke belang ervan wordt door hen nogal eens onderschat. De zeven respondenten geven aan dat ze veel patiënten na ontslag uit het oog verliezen en niet weten hoe het verder met hen gaat. *Makkelijk is dit ook niet; “we hebben te maken met een met een groep die vaak geen vaste woon en verblijfplaats heeft en daardoor moeilijk te traceren is”*, aldus een arts.

Naast revalidatie omvat de nazorg ook fysiotherapie en medicatie. Met name medicatie wordt door de ouders niet altijd opgehaald. Een probleem is dat zij vaak niet weten waarvoor ze wel of niet moeten betalen. Artsen maken zich daar zorgen om omdat het niet geven van medicatie aan het kind van invloed kan zijn op het genezingsproces. *“Wanneer het lukt wil het ziekenhuis nog wel eens een voorraad medicijnen meegeven aan de patiënten, bijvoorbeeld bij aids/ HIV patiënten gebeurt dat nog wel eens mits deze medicijnen op voorraad zijn in het ziekenhuis”*, aldus een maatschappelijk werker. Bij kinderen moet dit zeker eerst goed geregeld zijn voordat hij naar huis mag. Wat betreft een andere respondent zijn de hoge kosten voor het ziekenhuis niet eens het belangrijkste: *“Het gaat er vooral om dat patiënten in het ziekenhuis niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Bovendien raken ze door het lange wachten nogal eens gefrustreerd, wat vaak tot wrijving op de afdeling leidt. Patiënten in een verkeerd bed veroorzaken ook nog eens langere wachttijden voor anderen”*.

Financiële administratie

Respondenten van de grotere ziekenhuizen in de Randstad vinden dat de overheid hen financieel meer moet bijstaan ten aanzien van het *‘illegalen probleem’*, bijvoorbeeld door de post dubieuze debiteuren aan te vullen. Ze zien het als een maatschappelijk probleem waar niet alleen de ziekenhuizen verantwoordelijk voor

zijn. De term '*gratis zorg*' klonk vaak negatief bij deze respondenten. "*Iedereen moet opdraaien voor de kosten voor zorgverlening, dus ook de illegalen*", aldus een van hen. Ze verwachten dat het in de samenleving op veel weerstand zal stuiten als bepaalde groepen, zoals illegalen, niet hoeven te betalen voor gezondheidszorg. Illegalen moeten zich dan ook zich coöperatief opstellen als ze niet kunnen betalen. Ziekenhuizen zullen in dat geval makkelijker een passende betalingsregeling treffen. Opvallend is dat de respondenten zich coulanter opstellen tegenover illegalen die zich niet mogen verzekeren, dan tegenover legale patiënten die zich wel kunnen verzekeren maar niet doen. Uit de interviews komt verder naar voren dat respondenten uit elf ziekenhuizen illegale kinderen onder alle omstandigheden, dus noodzakelijke zorg of uitstelbare zorg, zonder betaling vooraf zullen behandelen.

Overgang naar de nieuwe regeling

Een respondent van de financiële administratie van een (niet gecontracteerd) academisch ziekenhuis ziet de nieuwe regeling als volgt: "*Voor 1 januari was het zo ; u hoort hier niet, u bent niet ziek. Nu is dat zo: u hoort hier niet, u moet naar een nabijgelegen ziekenhuis dat wel gecontracteerd is*". Voor de planbare zorg aan illegale kinderen lijkt het dat de drempel nu lager is. Ze kunnen niet direct geholpen worden, maar worden doorverwezen naar een gecontracteerd ziekenhuis in de regio. Zes respondenten vinden dit niet altijd positief. Tijdens de behandeling is de specialist goed op de hoogte van de toestand van zijn illegale patiënt. Als het vervolg van de behandeling elders moet plaatsvinden omdat het niet meer spoedeisend is en de patiënt daarom overgeplaatst wordt naar een gecontracteerde ziekenhuis, kost het volgens de respondenten veel meer tijd en energie voor collega's om de zorg aan de patiënt weer optimaal te geven. Twee respondenten vinden het vreemd dat, terwijl zij in bezit zijn van een hoogwaardig traumacentrum voor spoedeisende zorg, niet gecontracteerd zijn door CVZ voor het verlenen van planbare zorg. Volgens hen heeft ieder ziekenhuis een bepaalde specialisatie, zoals bijvoorbeeld tropische ziektes. Als nu blijkt dat een patiënt een tropische ziekte heeft, en het ziekenhuis heeft geen contract met het CVZ, dan mogen ze de zorg wel leveren, maar krijgen deze behandeling niet vergoed. De illegale patiënt zou in zo'n geval dus overgeplaatst moeten worden naar een gecontracteerd ziekenhuis, maar die kunnen misschien die speciale zorg niet bieden. De respondenten maken zich daar zorgen om.

Respondenten vertellen dat ze hun illegale patiënt niet zo snel overplaatsen naar gecontracteerde ziekenhuizen op het moment dat de zorg planbaar is geworden. Vier respondenten, met name van de grotere ziekenhuizen, geven aan dat patiënten die langdurig op een afdeling liggen en dus lang bekend zijn, neurologische patiënten en patiënten die zich spontaan op de spoedeisende hulp melden, liever niet overplaatsen naar gecontracteerde ziekenhuizen. Het is volgens hen namelijk erg ingewikkeld. De zogenaamde "langliggers" en neurologische

patiënten met hersenletsels of uitvalverschijnselen hebben eerder gespecialiseerde zorg nodig dan dezelfde hulp maar dan in een ander ziekenhuis. Daarnaast plaatsen ze hen uit pieteit liever niet over. Volgens de respondenten is het in het belang van de patiënt hen een plek te geven waar zij de zorg krijgen die ze nodig hebben.

In de praktijk blijft een relatief kleine groep patiënten over die wel naar een gecontracteerd ziekenhuis verwezen kan worden. Dit zijn bijvoorbeeld zieke illegalen die in opvanginstanties als het 'wereldhuis' in Amsterdam verblijven. De begeleiders van deze instanties zijn inmiddels bekend met de nieuwe regeling en sturen patiënten door naar de juiste ziekenhuizen.

Van de 'financiële administratie' geven acht respondenten aan dat zij in geval van planbare zorg alleen illegale patiënten naar een gecontracteerd ziekenhuis doorverwijzen als zij vooraf op de hoogte zijn van de zorg die de patiënt nodig heeft. Patiënten waarvan verwacht wordt dat de kosten niet zo hoog zullen zijn blijven in het ziekenhuis. Als blijkt dat de zorg toch duurder gaat worden, dan zien de respondenten zich wel genoodzaakt illegale patiënten door te sturen. *"Op een gegeven moment houdt het op en ben je gedwongen patiënten door te sturen"*, aldus een respondent van een in de Randstad gelegen ziekenhuis. Hij doelt daarbij op de kosten voor planbare zorg die een niet-gecontracteerd ziekenhuis niet bij het CVZ kan declareren. Deze kosten zijn op dit moment nog op te brengen. Mogelijk voelen de ziekenhuizen zich in de toekomst genoodzaakt, hoe lastig dat voor illegalen ook is, hen door te sturen als zij zich 'aan de poort' melden.

De andere vijf respondenten verwijzen patiënten juist wel naar het meest nabijgelegen gecontracteerde ziekenhuis als het planbare zorg is. *"Zeker in het geval als bijvoorbeeld een dure MRI-scan gemaakt moet worden wat 600 euro kost"*, Respondenten bevestigen dat dit vervelend kan zijn voor de patiënt en, zoals eerder gezegd, ook voor de arts.

Een arts vertelt over een jonge illegale patiënt die opgenomen was en door de nieuwe regeling naar een ander ziekenhuis moest verhuizen voor verdere behandeling. Dit zorgde voor veel verwarring. *"Het is lastig aan een illegaal uit te leggen dat je als ziekenhuis in bezit bent van alle apparatuur en benodigdheden om diegene te helpen en hij/ zij toch elders geholpen moet worden"*. De respondent geeft tevens aan dat het administratief veel rompslomp oplevert om alle administratie door te sturen naar een ander (gecontracteerd) ziekenhuis.

Waar de meeste respondenten verheugd over zijn is dat de in- en uitstroom van illegalen beter in te schatten is: *"voorheen had je als ziekenhuis een instroom garantie en een uitstroom probleem. Dat is nu anders; nu heb je een uitstroomgarantie, wat heel apart is. Voorheen was het zo dat je een moeder met licht gehandicapt kind niet zomaar uit kon plaatsen, dat is nu anders. Die mensen kun je nu goed onder brengen. Dit is in eigen belang van moeder en kind en in het belang van een vrije plaats in ziekenhuis"*,

Nazorg

Sinds de invoering van de nieuwe regeling kunnen illegale kinderen nu geplaatst worden in een AWBZ gerelateerde instelling. De kosten voor deze hulp werden voor de nieuwe regeling niet vergoed. Desondanks was de arts wel verplicht deze zorg te leveren als met een indicatiestelling van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) aangetoond was dat een kind deze hulp nodig had. Met de huidige regeling krijgt de AWBZ instelling een contract met het CVZ zodra ze een illegaal opnemen. De zorg wordt voor (bijna) 100% vergoed. Sinds de nieuwe regeling van kracht is maken een aantal respondenten van gecontracteerde ziekenhuizen in de Randstad die bij de medische administratie werken, zich zorgen. Doordat hun ziekenhuis een regiofunctie heeft, moeten ze alle illegalen opnemen die zorg nodig hebben. Ze zijn bang dat de 'afdelingen overvol raken'. Momenteel is dit nog niet aan de orde. De respondenten geven wel aan dat wanneer dit probleem zich voor gaat doen, ze zonodig zorg in gaan kopen bij andere ziekenhuizen. Het CVZ geeft aan in dit soort situaties de kosten te vergoeden van de niet-gecontracteerde ziekenhuizen die de illegale patiënt overnemen.

Zoals eerder beschreven was ten tijde van het Koppelingsfonds de doorstroming van patiënten naar AWBZ gerelateerde instellingen als revalidatie niet optimaal. Illegale patiënten lagen soms langer dan gebruikelijk op de afdeling, terwijl ze andere zorg nodig hadden (verkeerde bed problematiek). Sinds 1 januari 2009 worden deze kosten vergoed. De respondenten reageren positief. Ze zien in de dat de doorverwijzing soepeler verloopt.

Respondenten die met veel illegale zorgvragers te maken hebben (ook van de niet-gecontracteerde ziekenhuizen) zien de kosten die dit met zich meebrengt als een van de grootste knelpunten. Exacte bedragen hebben ze niet voorhanden maar ze spreken over miljoenen euro's. De kleinere ziekenhuizen buiten de Randstad ervaren het minder als een probleem. Bij hen gaat het om tienduizenden euro's. Het declareren van de zorgkosten is door de komst van de nieuwe regeling veranderd. Ten tijde van het Koppelingsfonds verrekende de medische administraties het via de post- dubieuze debiteuren. Nu gaat de rekening naar het CVZ. Ziekenhuizen die niet gecontracteerd zijn maken nog steeds gebruik van de post- dubieuze debiteuren.

Tijdens de gesprekken met de respondenten bleek dat een aantal van hen niet gelukkig is met het feit dat CVZ hun ziekenhuis (met veel illegale patiënten) niet gecontracteerd heeft. Zij vinden het vreemd dat kleine ziekenhuizen, verspreid over de provincie en met aanzienlijk minder illegalen, wel een contract hebben. Zij zien nog steeds veel illegalen en krijgen alleen spoedeisende hulp voor 80% vergoed. Dat is zorg waarbij doorverwijzing of overplaatsing naar een door het CVZ gecontracteerd ziekenhuis medisch onverantwoord is. Omdat veel ziekenhuizen ook met de huidige regeling maar een klein deel van de illegalen doorsturen verlenen zij niet spoedeisende zorg en draaien voor deze kosten op. De respondenten zijn wel positief over de 100% vergoeding van niet-spoedeisende zorg en verloskundige zorg in gecontracteerde ziekenhuizen. De kosten van beide soorten zorg kunnen enorm oplopen.

Samenvatting

Uit de voormeting (het Koppelingsfonds) komt naar voren dat illegalen niet altijd goed op de hoogte zijn dat ze voor gezondheidszorg moeten betalen tenzij ze dat niet kunnen. De nameting (nieuwe regeling) leert dat illegalen nog steeds niet op de hoogte zijn van hun betalingsplicht. Een respondent vertelt dat een patiënt dacht dat met de nieuwe regeling de zorg voor illegalen gratis was geworden. Doorverwijzing van illegale kinderen naar gespecialiseerde hulp verliep tijdens de voormeting moeizaam. Volgens de respondenten had dat vooral te maken met kosten waar ouders voor kwamen te staan en niet goed weten waarvoor ze nu wel of niet moesten betalen. De respondenten rekenen medicatie ook onder nazorg. Deze werden vaak niet opgehaald bij de apotheek door de ouders. Door de nieuwe regeling verwachten respondenten dat verwijzing naar gespecialiseerde zorg makkelijker zal gaan.

De meeste ziekenhuizen laten het maatschappelijk werk bij de ouders langs gaan om de thuissituatie in ogenschouw te nemen. Mede daardoor is een enkele keer een illegaal kind een paar dagen langer in het ziekenhuis gebleven dan noodzakelijk.

Respondenten geven aan dat illegalen onbekend zijn met de geheimhoudingsplicht van artsen en ziekenhuizen. Ze willen het liefst zo kort mogelijk ergens geregistreerd staan omdat ze denken dat het aan de politie wordt doorgegeven dat er illegalen in het ziekenhuis zijn.

Alle respondenten verwachten van de illegale patiënt (of zijn ouders) dat hij zich coöperatief opstelt wanneer het ziekenhuis een betalingsregeling met de patiënt wil treffen. Zij zullen zich in zo'n geval ook coulant opstellen met het treffen van een betalingsregeling.

Sinds de nieuwe regeling wordt planbare zorg alleen vergoed in ziekenhuizen die door CVZ zijn gecontracteerd. Ziekenhuizen die niet gecontracteerd zijn moeten hun illegale patiënt overplaatsen naar een gecontracteerd ziekenhuis als de zorg 'planbaar' is. De meeste respondenten geven aan daar moeite mee te hebben. Ze vinden het administratief ingewikkeld en uit piëteit plaatsen ze neurologische patiënten niet zomaar over. Deze mensen hebben vaak al langdurig zorg in het ziekenhuis en hebben eerder behoefte aan gespecialiseerde zorg. Ook illegalen die via de spoedeisende hulp binnenkomen plaatsen ze niet zo snel over naar een gecontracteerd ziekenhuis. Respondenten van de financiële administratie geven aan dat bij hen alleen patiënten voor planbare zorg worden overgeplaatst als het helder is dat de vervolgbehandeling veel geld kost. Ziekenhuizen die niet gecontracteerd zijn maken voor de planbare zorg aan illegalen, net als vóór de nieuwe regeling, gebruik van de post dubieuze debiteuren.

Alle respondenten zijn positief over de invoer van de nieuwe regeling. Vooral verloskundige zorg kan erg duur zijn en wordt nu voor 100% vergoed.

4.3 Deelvraag 3

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

Bij de beantwoording van deze vraag is gekeken naar zowel de planbare als spoedeisende zorg. Het koppelingsfonds is hierbij vergeleken met de nieuwe regeling.

Wanneer een patiënt zich in het ziekenhuis meldt voor behandeling, krijgt iedereen de vraag om zijn zorgverzekeringspasje te laten zien en moet hij zich kunnen identificeren middels een paspoort, rijbewijs of ID kaart. Daarbij wordt het burgerservice nummer (BSN nummer) gecontroleerd. Illegalen hebben vaak geen paspoort en zeker geen zorgverzekering. Een aantal respondenten begrijpt dat de vraag naar een ID en BSN illegalen kan afschrikken. *“Het verhoogt bij voorbaat al de drempel om hulp in te vragen”*, aldus één van hen. Identificatie is echter wettelijk verplicht omdat in het verleden ziekenfondspasjes werden uitgewisseld met andere illegalen. Dit leverde soms levensgevaarlijke situaties op. *“Zo kan de eigenaar van het pasje een andere bloedgroep hebben dan degene die het pasje leent”*, en *“er kan vervuiling van het medisch dossier optreden”*.

Nadat geconstateerd is dat de patiënt zich niet kan identificeren en geen zorgverzekering heeft, krijgen zowel illegalen als onverzekerden een bepaalde code in het medische systeem waardoor bekend wordt dat zij niet kunnen betalen. Vervolgens krijgt hij een ponskaartje waarna een arts van de spoedeisende hulp bepaalt of de klacht wel of niet spoedeisend is.

Spoedeisende zorg

Bij zowel het Koppelingsfonds als de nieuwe regeling wordt na constatering van spoedeisende zorg, direct met de behandeling gestart. Het gaat om een levensbedreigende of acute situatie waarbij niet-ingrijpen schadelijk kan zijn voor de patiënt. In zowel de voor- als nameting zijn geen aanwijzingen gevonden dat medisch noodzakelijke hulp aan illegale kinderen geweigerd wordt. Tien respondenten geven aan zeer voorzichtig om te gaan met wel of niet verlenen van spoedeisende hulp. Een arts vertelt dat het ernstige consequenties voor hem kan hebben als hij niet behandelt en naderhand blijkt dat het toch om spoedeisende hulp gaat. *“We nemen daarom weinig risico's met dit soort situaties en laten niet zomaar een patiënt naar huis gaan bij weigering tot betaling, er moet 100% zekerheid over bestaan dat een patiënt geen levensgevaar loopt”*.

Artsen beseffen terdege dat levensbedreigende situaties kunnen ontstaan wanneer ze geen hulp bieden. Daarnaast kunnen ze voor het gerecht gedaagd worden. Nadat de behandeling van de patiënt succesvol beëindigd is probeert men de illegale patiënt alsnog te laten betalen. Wanneer hij dit niet kan (of niet wil) wordt hem gevraagd een formulier te tekenen waarin staat dat de patiënt of de familie

garant staat voor betaling. De respondenten geven aan dat dit uiteraard niet betekent dat er betaald wordt. *"van een kale kip kun je niet plukken"*, waarmee ze verwijzen naar de financiële situatie van vrijwel alle illegalen. In slechts enkele gevallen lukt het ziekenhuizen om de rekening bij de illegaal te innen. Vier respondenten geven aan dat hun ziekenhuis geen rekening stuurt naar de opgegeven huisadressen van illegalen. Niet alleen omdat ze er van uitgaan dat de rekening toch niet betaald wordt, maar vooral omdat het zorgwekkende situaties kan opleveren. Het komt voor dat verhuurders de rekening vinden en vervolgens de (illegale) huurder het huis uitzetten omdat niet bekend mag worden dat er illegalen in het huis wonen. Op de vraag of een ziekenhuis een incassobureau inschakelt om de rekening betaald te krijgen, antwoorden op een na alle respondenten ontkennend. De kosten die incassobureaus in rekening brengen zijn vaak veel hoger dan het bedrag van de rekening. Een van de respondenten zei het wat prozaischer *"die tuinstoel onder de brug ga je ook niet weghalen..."* verwijzend naar de moeilijke omstandigheden waarmee illegalen te maken hebben. Ziekenhuizen kunnen hun kosten pas bij het CVZ declareren wanneer ze de rekening en twee aanmaningen hebben verstuurd.

Planbare zorg

Tijdens de voormeting geven alle baliemedewerkers aan dat, voorafgaand aan de behandeling van een niet spoedeisende klacht, de illegale patiënt gezegd wordt dat de behandeling pas kan plaatsvinden als ze eerst een bepaald bedrag betalen bij de balie. Dit ging volgens een bepaald protocol. Wanneer de patiënt niet in staat bleek te betalen verleenden vijf ziekenhuizen vervolgens geen hulp. Ook niet aan illegale kinderen. Doorverwijzing via een huisarts maakte geen verschil; eerst betalen dan pas zorg. Een respondent zegt dat; *"illegaliteit is op zich iets dat fout is, dus waarom zou gratis zorg aan deze groep verleend moeten worden?"*. De overige acht ziekenhuizen voornamelijk in de provincie, verlenen ondanks het niet kunnen betalen wel planbare zorg. Een respondent vertelt dat zijn ziekenhuis als drempel om zorg te krijgen 25 euro vraagt. Slechts 10% van de illegalen betaalden dit bedrag daadwerkelijk. De andere patiënten werden toch behandeld *"uit sociaal aspect"* zoals een respondent opmerkte.

Vier respondenten vertellen dat hun ziekenhuis ook illegale volwassenen behandelt die niet vooraf kunnen betalen. Als reden geven ze dat *'lichte'* klachten kunnen overgaan in spoedeisende klachten. Dit kost uiteindelijk meer dan de *'lichte'* klacht meteen te behandelen. Vooral respondenten buiten de Randstad reageren zo.

Sinds 1 januari 2009 zijn een aantal ziekenhuizen door het CVZ gecontracteerd voor planbare zorg. Indien nodig wordt een patiënt, nadat de spoedeisende hulp verleend is, overgebracht naar het gecontracteerde ziekenhuis voor verdere hulpverlening. Voor illegale kinderen geldt dit ook.

Zoals hierboven beschreven verleenden tijdens de voormeting vijf ziekenhuizen alleen planbare zorg (ook aan kinderen) als vooraf betaald was. Na invoering van

de nieuwe regeling hebben twee van deze ziekenhuizen een contract gesloten met CVZ. Illegale kinderen worden in deze ziekenhuizen nu wel behandeld ook als de ouders niet in staat zijn om direct te betalen. De andere drie ziekenhuizen sturen de kinderen door naar een gecontracteerd ziekenhuis of behandelen als er wordt betaald.

Nazorg

Wat betreft de nazorg en verwijzing naar de gespecialiseerde zorg geven alle respondenten aan te zorgen dat dit zo goed mogelijk gebeurt. In het algemeen geldt dat iedere patiënt, dus ook illegale patiënten, zo optimaal mogelijke zorg krijgt. Illegaal zijn is niet van invloed op de geboden zorg. Een respondent zei: *“als ziekenhuis heb je te maken met de zorgplicht voor iedere patiënt, de achtergrond van diegene mag hier geen invloed op hebben”*.

Samenvatting

Bij zowel de voor- als nameting geven alle respondenten aan dat spoedeisende hulp te allen tijde wordt verleend.

Wat betreft planbare zorg zijn er verschillen. Tijdens de voormeting geven vijf respondenten van de balie aan pas medische hulp aan illegale patiënten (ook kinderen) te bieden als zij vooraf een (soms bepaald) bedrag hebben betaald. De andere respondenten bieden wel zorg, ook als er niet vooraf betaald is. Bij de nameting bleek dat twee van deze vijf ziekenhuizen een contract met CVZ hebben gesloten. Zij verlenen nu planbare zorg, ook als niet vooraf betaald is. Alle andere ziekenhuizen verwijzen (indien nodig en als ze geen contract met CVZ hebben) door naar gecontracteerde ziekenhuizen in de buurt. De respondenten geven wel aan dat ze na afloop van de behandeling de illegaal zo ver proberen te krijgen dat hij alsnog betaalt, of een betalingsregeling treft. Vier ziekenhuizen sturen echter geen rekening naar het opgegeven huisadres van de illegaal omdat dit schrijnende situaties tot gevolg kan hebben. Eén ziekenhuis schakelt een incassobureau in.

5. Conclusie, discussie & aanbevelingen

5.1 Conclusie & discussie

Uit het onderzoek blijkt dat de nieuwe regeling op een aantal belangrijke punten vooruitgang heeft gebracht in de toegang tot tweedelijnszorg voor illegale kinderen. Er zijn echter nog een aantal knelpunten. Aan de hand van de deelvragen zijn de volgende conclusies te trekken.

1. Spoedeisende zorg werd in het oude regeling altijd aan illegale kinderen verleend ongeacht de verblijfstatus en financiële beperkingen van de ouders. In de praktijk kwam dit erop neer dat er voorafgaand aan een behandeling niet betaald hoefde te worden. Wel rekenden ziekenhuizen erop dat illegalen een betalingsregeling aangingen. Met de nieuwe regeling is wat betreft het verlenen van spoedeisende hulp niets veranderd. Ook nu wordt dat te allen tijde spoedeisende zorg verleend

Wat betreft de niet spoedeisende zorg bleken baliemedewerkers van vijf ziekenhuizen illegale kinderen niet toe te laten tenzij er vooraf voor de zorg betaald werd. Twee artsen van die vijf ziekenhuizen bleken om dezelfde reden pas zorg te verlenen. Eerst betalen dan zorg. Het DCI artikel "Het recht op gezondheidszorg voor illegale kinderen " (2009) geeft echter aan dat de aanspraak op jeugdzorg van niet rechtmatig in Nederland verblijvende kinderen alle zorg omvat waarop andere kinderen ook aanspraak kunnen maken.

In ditzelfde artikel beschrijven onderzoekers dat ziekenhuispersoneel illegalen geen hulp bieden omdat ze vaak instructies van bovenaf opgelegd hebben gekregen om mensen die niet verzekerd zijn, te weigeren. Illegale ouders weten vaak niet wat hun rechten zijn en 'druipen' af als hen wordt verteld dat ze geen hulp krijgen.

Met de nieuwe regeling zullen illegale patiënten die planbare zorg nodig hebben, worden doorverwezen naar gecontracteerde ziekenhuizen of, als het een gecontracteerd ziekenhuis betreft, terplekke behandeld worden. Bij de nameting blijkt dat baliemedewerkers nu geen illegale kinderen meer de toegang weigeren maar hen doorverwijzen naar een gecontracteerd ziekenhuis of door een SEH-arts laten behandelen. Op dit punt heeft het nieuwe regeling verbetering gebracht in de toegang tot ziekenhuizen voor illegale kinderen. Baliemedewerkers geven aan dat er nu een duidelijk protocol geldt voor illegalen. Voor de illegalen zelf betekent de nieuwe wet dat er geen discussie meer hoeft te zijn over de vraag of zorg wel of niet spoedeisend is. De patiënt, kind of volwassene, wordt behandeld of doorverwezen.

2. De meeste artsen uit dit onderzoek geven aan op de hoogte te zijn van de kwetsbare positie van illegale kinderen. Het kan voorkomen dat patiënten langer dan gebruikelijk opgenomen worden in verband met de slechte thuisomstandigheden. Het SIGRA rapport (2006)vermeldt al dat de levensomstandigheden van illegalen niet bevorderlijk zijn voor hun gezondheid en herstel. Deze kwetsbare omstandigheden zijn niet alleen het

gevolg van de huisvesting. Uit dit onderzoek blijkt ook dat angst voor politie en justitie een rol spelen, ofwel het zich bevinden in een 'systeem' verhoogt de drempel tot de zorgvraag. Baliemedewerkers herkennen deze angstgevoelens bij illegalen als ze bijvoorbeeld een garantieverklaring voor betaling moeten tekenen. Ook dit wordt gesignaleerd in het SIGRA rapport (2006) en het rapport van DCI (2009).

3. Communicatie is een belangrijk probleem tussen ziekenhuizen en illegalen. Tijdens het Koppelingsfonds waren er met name misstanden over het betalen van de rekening. Met de invoer van de nieuwe regeling bestaat er bij illegalen veel onduidelijkheid over de reden van doorverwijzing naar een gecontracteerd ziekenhuis. Baliemedewerkers geven aan dat illegalen wat hen betreft moeten weten dat ze voor planbare zorg mogelijk naar een ander ziekenhuis worden verwezen. Daarnaast wordt van illegalen verwacht dat zij zich coöperatief opstellen voor het maken van een betalingsregeling. Artsen stellen dat zorg er voor ieder kind moet zijn maar dat het verlenen van 'gratis' zorg op weerstand stuit.
4. Met de oude regeling waren ziekenhuizen ontevreden over de doorstroming van illegale patiënten naar de derdelijnszorg. Patiënten bleven soms langer dan nodig was in het ziekenhuis liggen. Redenen voor de slechte doorstroming zijn de kosten die niet vergoed werden maar ook de angst bij de ouders. Zij zijn vaak onbekend met de zwijgplicht van artsen (en andere hulpverleners) waardoor ze bang waren (en zijn) dat bij een vervolgbehandeling mogelijk de politie op de hoogte werd gesteld.

De nieuwe regeling vergoedt nu wel de gespecialiseerde zorg, waaronder revalidatie en andere AWBZ gefinancierde instellingen. De artsen verwachten dat dit de doorstroming zal verbeteren. Ze denken dat de 'verkeerde bedden' problematiek ten aanzien van illegalen minder zal worden. Door de overplaatsing naar de gespecialiseerde zorg krijgen illegale patiënten nu ook de zorg die ze echt nodig hebben.

5. De nieuwe regeling heeft in financieel opzicht een positief effect voor de gecontracteerde ziekenhuizen. Zij krijgen de planbare zorg voor illegalen nu voor (bijna) 100% vergoed. Niet gecontracteerde ziekenhuizen zouden hun patiënten voor de planbare zorg moeten doorverwijzen. Ze geven echter aan dat dit in de praktijk soms op moeilijkheden stuit. Grotere ziekenhuizen in de Randstad die niet gecontracteerd zijn, verwijzen uiteindelijk maar een klein deel van de patiënten door naar een gecontracteerd ziekenhuis. Zij moeten daardoor zelf de rekening betalen. Deze ziekenhuizen zijn daar ontevreden mee. Wat hen betreft moet het CVZ meer ziekenhuizen een contract gunnen. In hun verzorgingsgebied wonen relatief veel illegalen die naar hen toekomen.

De verloskundige zorg wordt met de nieuwe regeling in alle ziekenhuizen (wel of niet gecontracteerd) voor (bijna) 100 % vergoed. Tijdens het

Koppelingsfonds was dit voor de ziekenhuizen een grote kostenpost. Voor zwangere illegale vrouwen betekent dit dat ze niet meer geweigerd kunnen worden. Uit het artikel " Verloskundige zorg aan onverzekerbare vrouwen" (2006) blijkt dat deze vrouwen niet bekend waren met hun recht op zorg, maar ook de plicht van de arts om haar te helpen.

6. De respondenten zijn zonder uitzondering positief over de nieuwe regeling. Een paar plaatsen wel een kanttekening. Niet ieder gecontracteerd ziekenhuis heeft bepaalde zorg in huis die de illegale patiënt nodig heeft (bijvoorbeeld bij tropische ziektes). Een kind met een speciale ziekte, die in een niet gecontracteerd ziekenhuis ligt met die specialiteit en die overgeplaatst moet worden naar een gecontracteerd ziekenhuis die die kennis niet heeft is beter af als hij kan blijven liggen waar hij ligt. Deze kosten worden dan echter niet vergoed door het CVZ. De respondenten maken zich daar zorgen over.

5.2 Aanbevelingen

1. Baliemedewerkers zijn de eerste drempel in de toegang tot het ziekenhuis voor illegale kinderen. Het is daarom belangrijk dat zij goed op de hoogte zijn van de nieuwe regeling. Zeker omdat uit de voormeting blijkt dat in vijf ziekenhuizen kinderen geen toegang kregen als niet vooraf betaald werd voor planbare zorg.

Naar aanleiding van dit onderzoek wordt Pharos geadviseerd om digitaal voorlichtingsmateriaal ontwikkelen voor baliemedewerkers, artsen & maatschappelijk werkers en de medische administratie. In de voorlichting moet ziekenhuispersoneel er onder andere op geattendeerd worden illegalen niet te dreigen met politie.

2. Huisartsen moeten eveneens ingelicht worden over de nieuwe regeling. Wanneer ze de patiënt naar het ziekenhuis verwijzen moeten zij hem op de hoogte stellen dat hij een betalingsplicht heeft en dat hij mogelijk naar een ander ziekenhuis verwezen kan worden. Huisartsen moeten op de hoogte zijn welk ziekenhuis in de omgeving gecontracteerd is door het CVZ. Het ziekenhuis weet welke huisartsen vaak illegalen doorverwijzen. Zij moeten de huisarts op de hoogte stellen van de nieuwe regeling en hen vragen de illegale patiënt voor te lichten over diens betalingsplicht en hoe het nu geregeld is als hij niet kan betalen. Daarnaast moet de huisarts de patiënt voorlichten over de mogelijkheid dat hij naar een ander ziekenhuis verwezen kan worden vanwege het contract met CVZ.
3. Uit het onderzoek blijkt dat een aantal ziekenhuizen geen rekening of aanmaningen naar het huisadres van illegalen stuurt omdat het in een aantal gevallen geleid heeft tot uitzet uit het huis door de verhuurder die niet wil dat

bekend wordt dat in zijn huis illegalen wonen. Het zou een voorbeeld voor ander ziekenhuizen in Nederland moeten zijn om dit beleid te volgen en ander mogelijkheden bedenken voor het overdragen van de rekening. Bijvoorbeeld bij het verlaten van het ziekenhuis de illegaal de rekening meegeven.

4. Ziekenhuizen in de Randstad die niet gecontracteerd zijn door het CVZ maar in hun verzorgingsgebied wel veel illegalen hebben wonen, nemen grotendeels nog steeds de planbare zorg van illegalen op zich. Het blijkt niet altijd haalbaar om patiënten, met bijvoorbeeld gecompliceerde klachten, door te verwijzen naar een gecontracteerd ziekenhuis waardoor zij alsnog de kosten zelf moeten dragen omdat het CVZ hen niet vergoed. Het CVZ moet in de randstad vooral die ziekenhuizen contracteren die al heel lang veel illegalen zien en daar inmiddels veel expertise in hebben.
5. Tenslotte is het raadzaam om in november/ december een tweede nameting bij dezelfde ziekenhuizen te verrichten. Er zijn dan meer ervaringen met de toegang van zorg voor illegale kinderen in de nieuwe regeling en er kan gekeken worden of er eventueel aanpassingen nodig zijn.

6. Literatuur

6.1 Onderzoeksrapporten

- Braat, K.C. *Ik ben er wel, maar ze zien me niet* (2004) Amsterdam: Defence for children International Nederland
- Morelli, C en Braat, K. *Kinderen zonder status* (1999) Amsterdam: Defence for children International Nederland
- Engelhard, D. *Met kennis van feiten* (2007) Utrecht: stichting Pharos
- Gerritse, L. *Jeugdzorg voor 'illegale' kinderen* (2006) Amsterdam: Defence for children International Nederland
- Van der Heijden, P.G.M., van Gils, G., Cruyff, M.,J.L.F., & Hessen, D. *Een schatting van het aantal in Nederland verblijvende illegale vreemdelingen in 2005* (2006) In opdracht van het Ministerie van Justitie. Utrecht, Universiteit Utrecht, IOPS
- Klazinga, N.S. (red) *Arts en vreemdeling* (2007) Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, stichting Pharos
- Leerkes, M. San, G. Engbersen, M. Cruijff, P vd Heijden. *Wijken voor illegalen: over ruimtelijke spreiding, huisvesting en leefbaarheid.* (2004) Den Haag: Sdu
- Muijsenbergh, M. Van den, *Ziek en geen papieren* (2004) Utrecht: stichting Pharos

- DCI rapport. *Het recht op gezondheidszorg voor illegale kinderen* (2009)
- Stouwe, R. Van der, *Verloskundige zorg aan onverzekerbare vrouwen*(2006)
- SIGRA rapport: *zeker van zorg? Zorg voor onverzekerden!* (2006)

6.2 Digitale bronnen

- College voor zorgverzekeringen www.cvz.nl, geraadpleegd in januari 2009
- DCI Website: www.ilegaalkind.nl, geraadpleegd in mei 2009
- Stichting koppeling. Website: www.stichtingkoppeling.nl, geraadpleegd in november 2008
- Stichting Pharos. Website: www.pharos.nl, geraadpleegd in november 2008
- Landelijk informatie- en adviespunt Lampion. Website: www.lampion.nl , geraadpleegd in juli 2008

7. Bijlage

7.1 vragenlijst aan ziekenhuizen

Aantallen:

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

- Ervaart u knelpunten t.a.v. de zorg aan ongedocumenteerden? Waar zou dit mogelijk aan kunnen liggen?

Financiën:

- Wat doet uw ziekenhuis met onbetaalde rekeningen in het algemeen?
- Wat doet uw ziekenhuis met onbetaalde rekeningen van een ongedocumenteerde kinderen en of volwassenen?
- Is uw ziekenhuis bekend met de post Dubieuze Debiteuren?
- Wordt daar bij ongedocumenteerde patiënten gebruik van gemaakt? Heeft u enig idee hoe vaak dat gebeurt?

Nieuwe wet:

- Wat zijn uw verwachtingen van de wetwijziging van januari 2009 t.a.v. de financiering van zorg voor ongedocumenteerden, ?