

Verslag van de bijeenkomst "Zorgeloos op straat" op 16 juni 2015

Georganiseerd door: Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, Bureau Nationale ombudsman en het College voor de Rechten van de Mens

Verslag

Dit verslag van de bijeenkomst 'Zorgeloos op straat' beperkt zich tot de tijdens de bijeenkomst genoemde knelpunten en oplossingen voor die knelpunten. In dit verslag wordt de inbreng van de deelnemers samengevat weergegeven.

Knelpunt 1: Er bestaat onbekendheid en onduidelijkheid over het recht op medisch noodzakelijke zorg bij zorgverleners

Niet iedere zorgverlener – inclusief ondersteunende medewerkers en verwijzers – is ervan op de hoogte dat iedereen, inclusief ongedocumenteerden¹, recht heeft op medisch noodzakelijke zorg. Met name ziekenhuizen schieten in dit opzicht tekort. Daarnaast begrijpen sommige zorgverleners het begrip medisch noodzakelijke zorg verkeerd. Zij leggen de term te beperkt uit in de veronderstelling dat deze alleen ziet op het leveren van zorg in acuut levensbedreigende situaties. Hierdoor komt het voor dat ongedocumenteerden onterecht verstoken blijven van zorg.

De onduidelijkheid en het gebrek aan bekendheid over de regels verschilt per regio, per type zorgverlener en per individuele zorgverlener. De praktijk leert dat de kennis vooral aanwezig is bij organisaties en behandelaars die reeds ervaring hebben opgedaan met het verlenen van zorg aan de doelgroep. Ook de meeste huisartsen zijn bekend met de regels. In de grote steden en in de Randstad zijn meer zorgverleners beter op de hoogte van de regels dan in gebieden met minder ongedocumenteerden. Daarbij komt dat er in de grote steden over het algemeen meer hulporganisaties actief zijn die bekend zijn met de regels en die ondersteuning bieden aan de doelgroep en optreden als intermediair met de zorgaanbieders.

Dat medici over het algemeen te weinig weten van de specifieke situatie van ongedocumenteerden is niet verbazingwekkend. Hieraan wordt amper aandacht besteed tijdens de opleiding en in de begeleiding van zorgverleners. Het Zorginstituut Nederland (ZIN)² heeft een website met uitgebreide informatie over het onderwerp, maar deze informatie wordt niet of niet goed gelezen. Daarnaast is voor zorgverleners de informatie over vergoedingen moeilijk op de site van ZIN te vinden. Percentage van vergoedingen zijn deels niet direct zichtbaar, maar pas als het declaratieformulier geopend is.

Oplossingen:

Een eerste oplossing die werd geopperd is om asielzoekers al tijdens de asielprocedure een medisch paspoort te verstrekken met daarin o.a. de naam van de behandeld arts en voorgeschreven medicatie en uitleg over het recht op medisch noodzakelijke zorg. Deze oplossing werd niet door

¹ Onder ongedocumenteerden wordt verstaan: niet-rechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen.

² Zorginstelling Nederland (voorheen College voor Zorgverzekeringen CVZ) is onder meer belast met de betaling van de vergoeding aan zorgverleners voor de aan ongedocumenteerden verleende zorg en de informatieverstrekking over de zorgverlening aan deze groep.

iedereen ondersteund. Ongedocumenteerden zijn vaak wantrouwend ten opzichte van registratie. Als alternatief werd gesuggereerd dat een informatiefolder van de rijksoverheid die zowel onder ongedocumenteerden, als via de huisartsen en intermediairs wordt verstrekt ook een bijdrage kan leveren aan de informatievoorziening.

Een tweede oplossing is om één centraal informatiepunt op te richten waar zowel ongedocumenteerden als zorgverleners informatie kunnen inwinnen. Het ZIN kan hier volgens de deelnemers in voorzien.

De vraag of de informatie over het recht op medisch noodzakelijke zorg de zorgverlener bereikt, hangt nu nog teveel af van de individuele zorgverleners. De beroepsgroepen zouden hiervoor meer verantwoordelijkheid moeten nemen. In de opleiding, bijscholing en begeleiding van zorgverleners moet meer aandacht worden besteed aan de bijzondere positie van ongedocumenteerden. Een bruikbaar instrument hiervoor is de e-learning cursus van de Johannes Wier Stichting.³ De overheid zou daarnaast meer samen kunnen werken met de verschillende medische beroepsgroepen om zorgverleners te voorzien van adequate informatie.

Aangezien de informatieverstrekking door het ZIN niet door iedereen wordt gevonden en gelezen, is het de moeite waard om informatie, naast de gebruikelijke kanalen zoals de website van het ZIN en de KNMG, ook via andere kanalen te verspreiden. Bijvoorbeeld via medische vakbladen zoals *Arts en Auto* en *Medisch Contact* en via nieuwsbrieven van de verschillende medische beroepsgroepen. Waarbij wordt opgemerkt dat het wel primair een overheidstaak is om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te regelen.

Knelpunt 2: Er bestaat onbekendheid en onduidelijkheid over het recht op medisch noodzakelijke zorg bij ongedocumenteerden

Niet iedere ongedocumenteerde weet dat het mogelijk is om gratis, of tegen een lage eigen bijdrage, naar de dokter te gaan. Hierdoor wordt zorg door sommige ongedocumenteerden gemedend. Het is daarbij belangrijk te beseffen dat de groep onverzekerde vreemdelingen in Nederland niet homogeen is, maar uiteen loopt van langdurig hier illegaal verblijvende derdelanders tot slachtoffers van mensenhandel. Niet iedere groep ervaart evenveel problemen. Er zijn verschillende groepen die met behulp van eigen netwerken de weg naar de zorg weten te vinden. Niet iedere ongedocumenteerde beschikt echter over zo'n netwerk. De informatiepositie van ongedocumenteerden zonder dergelijk netwerk is uitermate slecht. Deze groep is daarnaast lastig te bereiken. Dit is in het bijzonder zorgwekkend gelet op het feit dat zorgzoekers vaak afhankelijk zijn van intermediairs. Bij het ontbreken van een netwerk komt deze taak veelal te rusten op de schouders van vrijwilligers die hen op de goede weg helpen.

Oplossingen:

Er moet een plek zijn waar mensen vragen kunnen stellen. Het ZIN is hiervoor de meest aangewezen plek (zie ook de oplossing voor knelpunt 1). Daarnaast moeten asielzoekers in een vroeg stadium,

³ Zie: <https://www.johannes-wier.nl/documentatie/e-cursus-gezondheidszorg-voor-ongedocumenteerden/>

bijvoorbeeld wanneer zij het AZC verlaten, door het COA geïnformeerd worden over het recht op medisch noodzakelijke zorg. Ook verdient het aanbeveling om ongedocumenteerden vanaf het begin van de procedure (en niet bij de uitstroom) een medisch paspoort te verstrekken waarin de behandelend artsen staan genoteerd (zodat bij latere zorgverleners bekend is bij wie medische gegevens kunnen worden opgevraagd) en medicijnen worden vermeld. Daarin kunnen ook de rechten die zij hebben bij ontslag uit AZC vermeld staan met daarbij een uitleg van het begrip medisch noodzakelijke zorg. Het paspoort bevat dan een medische historie zonder persoonsgegevens. De veemdeling kan zelf beslissen of hij dit paspoort gebruikt of niet.

Er moet voor worden gezorgd dat zorgverleners zich beter informeren over de term medisch noodzakelijke zorg. Deze informatie is wel te vinden, maar wordt blijkbaar niet door iedereen gevonden. Het ministerie van VWS kan de verspreiding van de informatie verbeteren door proactief informatie te verspreiden. Dit kan bijvoorbeeld door flyers te verspreiden voor de wachtruimtes van huisartsenposten. Zo worden zowel de huisarts (als doorverwijzer) als de patiënt geïnformeerd.

Het zou ten slotte helpen als mensen met psychische problemen met een zwervend bestaan een vast aanspreekpunt hebben, bijvoorbeeld een huisarts.

Knelpunt 3: Oneigenlijke argumenten

Er worden door zorgverleners die onbekend zijn met de regels of die vrezen dat zij geen vergoeding ontvangen voor een ingreep, veel oneigenlijke argumenten gebruikt om zorgzoekende ongedocumenteerden te weigeren. Het begint vaak al bij het aanmaken van een dossier. Doordat ongedocumenteerden niet beschikken over een BSN-nummer is het voor zorgverleners niet mogelijk om een elektronisch patientendossier aan te maken. De problematiek speelt volgens de deelnemers vooral bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen buiten de Randstad. Argumenten die worden genoemd zijn bijvoorbeeld: we zitten vol, we mogen maar een aantal van dit soort behandelingen verrichten enz. Het lijkt er vaak op dat deze zorgverleners niet goed op de hoogte zijn van de regelgeving. De indruk bestaat daarnaast dat sommige zorgverleners denken te weten hoe de regelgeving in elkaar zit, maar hier eigenlijk een verkeerd beeld van hebben. Zo merken sommige deelnemers aan de bijeenkomst op dat er vaak misverstanden zijn over de vraag of een behandeling volledig of deels wordt vergoed. Het is bijzonder lastig om tegen de weigering om zorg te verlenen juridisch of anderszins iets te doen, omdat de weigering vaak mondeling gebeurt.

Oplossing:

Het aantal keren dat jaarlijks medisch noodzakelijke zorg wordt verleend aan ongedocumenteerden wordt bijgehouden door het ZIN. Om te kunnen monitoren of het recht op medisch noodzakelijke zorg wordt nageleefd, is het ook noodzakelijk dat de overheid de problemen en weigeringen bij de toegang tot dit recht registreert en analyseert.

Knelpunt 4: Interpretatie van de definitie van medisch noodzakelijke zorg

Artsen moeten rekening houden met de verwachte duur van het verblijf in Nederland van de patiënt, bij het beantwoorden van de vraag welke zorg medisch noodzakelijk is. Dit houdt in dat de zorg niet in Nederland hoeft te worden verleend, als dit geen onevenredige gezondheidsschade oplevert. Bij een toerist of een matroos is deze inschatting volgens de deelnemers nog wel te maken. Dit wordt al moeilijker bij iemand die al langdurig illegaal in Nederland is. Sommige zorgverleners zijn door de onbekende verblijfsduur van de ongedocumenteerde huiverig om aan een behandeling te beginnen. Dit is vooral aan de orde als de behandeling nog langdurige nazorg of revalidatie vereist. In het bijzonder speelt deze problematiek ten aanzien van de GGZ-patiënten. Een psychische stoornis vereist een veilige behandelomgeving en het kost daarnaast vaak verschillende sessies verspreid over enkele weken of maanden om een behandeling succesvol af te ronden. Als de behandelaar niet weet of hem deze tijd is gegund, kan dit een drempel vormen om aan de behandeling te beginnen.

Ook wordt de definitie door zorgverleners te beperkt ingevuld. Deze houdt in: behandeling inclusief nazorg.

Doordat de definitie slecht wordt begrepen, wordt in het kader van de GGZ-zorg soms pas ingegrepen als de situatie uit de hand dreigt te lopen. Zo noemt een deelnemer een voorbeeld van een man die vanwege ernstige psychische problemen een ruit inslaat met zijn vuist. Deze man wordt wel geholpen aan zijn hand (medisch noodzakelijk) maar de oorzaak, zijn psychische aandoening, wordt niet behandeld. Er staat ook geen uitleg over de term op de site van ZIN.

Oplissing:

Artsen moeten zich bij de vaststelling of sprake is van medisch noodzakelijke zorg niet teveel laten leiden door de verwachte duur van het verblijf, behalve als er hele concrete aanwijzingen zijn dat de behandeling niet kan worden afgemaakt. Het is onvermijdelijk dat dit in sommige gevallen in de praktijk toch een dilemma zal blijven, bijvoorbeeld als een behandeling levenslange dure medicatie vereist. Zorgverleners wordt aangeraden daarover met elkaar en met de beroepsgroep te spreken. Zorgverleners moeten in staat zijn gezondheid voorop te stellen in hun oordeel. De overheid zou zich hierin ook coöperatief moeten opstellen. Er moet ruimte zijn voor de medicus om medisch maatwerk te leveren. Voorkomen moet worden dat de medicus zegt, eigenlijk vind ik het noodzakelijk: maar...

Knelpunt 5: Automatische koppeling medisch noodzakelijke zorg aan basispakket en bijkomende kosten

Medisch noodzakelijke zorg is in de praktijk gelijkgesteld aan wat in het basispakket van de zorgverzekering zit. Abortus, palliatieve zorg, sommige medicijnen, mondzorg voor volwassenen, fysiotherapie en nog een aantal behandelingen zitten bijvoorbeeld niet in het basispakket en worden dus niet tot medisch noodzakelijke zorg gerekend. Dit kan een hoop ellende veroorzaken, omdat ongedocumenteerden niet het geld hebben om de behandeling of de medicijnen zelf te betalen. Opvallend is dat het basispakket door de tijd heen verandert en daarmee dus ook de opvatting over wat medisch noodzakelijke zorg is. Dit roept de vraag op of de automatische koppeling tussen medisch noodzakelijke zorg en het basispakket wel zou moeten worden gemaakt. Voor asielzoekers zijn immers in de RVA andere keuzes gemaakt.

Een lastig punt is of voor niet-rechtmatig verblijvende vreemdelingen meer vergoed zou moeten worden dan voor mensen die wel verzekerd zijn. Aan de ene kant kan deze groep niet werken, kan zich niet verzekeren en heeft dus meer problemen om bijvoorbeeld de eigen bijdrage van €5,- voor medicijnen te betalen. Anderzijds is het leven voor sommige verzekerden ook niet makkelijk en kunnen ook zij de eigen bijdrage niet altijd ophoesten.

Een tweede inschatting die voor zorgverleners moeilijk te maken is, is of iemand de eigen bijdrage zelf kan betalen. Apothekers concluderen al snel dat als iemand een 'smart phone' heeft, hij ook wel in staat zal zijn om zijn aparte bijdrage te betalen. Dit is niet altijd zo.

Oplossingen:

Het zou beter zijn voor de groep ongedocumenteerden een passend pakket van noodzakelijke zorg samen te stellen en niet langer vast te houden aan de automatische koppeling aan het basispakket. De specifieke belangen van deze groep rechtvaardigt een aangepast pakket.

Er zouden meer handvatten voor artsen moeten komen voor de vraag hoe ze kunnen inschatten of een vreemdeling in zijn eigen bijdrage kan voorzien.

Knelpunt 6: Essentiele randvoorwaarden

Goede zorg kan alleen geboden worden als aan alle randvoorwaarden wordt voldaan. Het ontbreken van een dak boven het hoofd, voldoende voedsel of de bijstand van een tolk kan een belemmering vormen om gezond te blijven/worden of een behandeling te krijgen of volbrengen.

Zo zijn huisvesting en voldoende voeding basale levensbehoeften waaraan moet zijn voldaan om een medische behandeling succesvol te laten zijn. Het voorbeeld werd genoemd dat iemand een behandeling had ondergaan en daarna regelmatig zijn medicatie moest blijven innemen bij al zijn maaltijden. Hij was echter dakloos en at maar incidenteel. Verder werd meerdere malen naar voren gebracht dat de start van een psychiatrische behandeling alleen zinvol is vanuit een stabiele thuissituatie met enig perspectief voor de toekomst. Juist dat is in veel gevallen een probleem.

Ook werd benadrukt dat ongedocumenteerden en zorgverleners goed met elkaar moeten kunnen communiceren, zodat een goede diagnose kan worden gesteld en een juiste behandeling kan worden uitgevoerd. Tijdens de bijeenkomst zijn gevallen genoemd, waarin vanwege het gebrek aan (geld voor) een tolk de behandeling is stopgezet of dat er niet aan een behandeling wordt begonnen. Zeker wanneer de ongedocumenteerde te maken heeft met psychische problemen waarin o.a. taboes besproken moeten worden, is een informele tolk (familie, landgenoot) geen oplossing. Een professionele tolk is derhalve vaak een noodzakelijk onderdeel om goede (psychische) zorg te kunnen geven.

Oplossingen:

De overheid moet de kosten voor een tolk weer gaan vergoeden. Daarvoor is het nodig dat voor onverzekerden dezelfde regels gelden als voor vreemdelingen die in een verblijfsprocedure zitten. Goede communicatie is namelijk een essentieel onderdeel van de medisch noodzakelijke zorg.

Zieke ongedocumenteerden moeten niet alleen toegang krijgen tot de bed, bad, brood regeling (nacht opvang) maar zouden ook overdag een dak boven hun hoofd moeten hebben, zodat er een stabiele leefomgeving is van waaruit de behandeling kan worden gestart. De aanpak van de gemeente Utrecht, waarbij een zieke vreemdeling vanuit het AZC wordt overgedragen aan de opvang om te voorkomen dat hij op straat komt, is in dit kader een goed voorbeeld.

Knelpunt 7: Spanning tussen gezondheidsrecht en vreemdelingenrecht

Er is een spanning tussen het recht op gezondheid en het vreemdelingenrecht, met name wat betreft het uitzetbeleid. Artsen zien in de media de vele aandacht voor het belang van een restrictief toelatingsbeleid en een effectief uitzetbeleid. Daarnaast heeft de discussie over strafbaarstelling van illegaliteit ook bij hulp- en zorgverleners twijfel doen ontstaan over de vraag of zij ongedocumenteerden nog wel mogen helpen.

Daarnaast is geopperd dat iemand vanwege zijn gezondheid kans maakt op een verblijfsvergunning als hij te ziek is om nog in zijn land van herkomst te worden behandeld. De gedachte komt nog wel eens op dat ziek zijn loont. In de praktijk is het echter heel lastig om wegens gezondheidsredenen (tijdelijk) verblijf te krijgen in Nederland.

Het belang van de volksgezondheid kan meer nadruk krijgen. Goede zorg voor iedereen werkt ook preventief voor allerlei nare epidemieën. Basale zorg is veel goedkoper dan enorme kosten vanwege verwaarloosde gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld als de verwaarlozing leidt tot een chronische aandoening).

O oplossingen:

De indruk is dat het VenJ belang in het publieke debat nogal luid overkomt. Het VWS-gezondheidsperspectief verdient meer aandacht in het publieke debat.

De overheid kan het recht op gezondheid veel actiever uitdragen. In de discussie wordt uitsluitend het belang van een ontmoedigings- en uitzettingsbeleid gehoord. Medische zorg heeft echter niets te maken met iemands verblijfsstatus. Ook in de politieke en maatschappelijke discussie moeten deze twee punten uit elkaar worden gehouden. De overheid en politici zouden op dit onderwerp het goede voorbeeld moeten geven.

Knelpunt 8: Teveel leunen op intermediairs met te weinig middelen

Verschillende vrijwilligersorganisaties en NGO's zeggen hun best te doen om zoveel mogelijk mensen te bedienen, maar hun middelen zijn beperkt. Zij bereiken dus ook niet alle ongedocumenteerden. Daarnaast frustrereert het sommige van deze organisaties dat de overheid hun werk voor lief lijkt te nemen. De toegang tot zorg zou immers niet van hun werk afhankelijk moeten zijn. Het is de taak van de overheid en de zorgverleners om ervoor te zorgen dat onverzekerden niet – in strijd met het recht op medisch noodzakelijk zorg – worden weggestuurd wanneer zij om zorg vragen.

O oplossingen:

Als iedere huisarts een paar ongedocumenteerden 'adopteert', naar voorbeeld van de 'friendly dentists' in Groningen, zou ook de gezondheidssector een betere invulling kunnen geven aan de rol van intermediairs. In Groningen is een netwerk opgericht van tandartsen die op vrijwillige basis ongedocumenteerden voorzien van mondzorg. De huisarts fungeert als poortwachter, maar ook als doorverwijzer. Huisartsen zijn beter dan vrijwilligers in staat om te bemiddelen tussen ongedocumenteerde patiënt en specialisten, bijvoorbeeld als de patiënt onterecht geweigerd is. Daarvoor is het essentieel dat meer huisartsen dan nu het geval is, over de nodige informatie beschikken.

Vrijwillige hulpverleners fungeren nu vaak als schakel tussen de ongedocumenteerde en de zorg. Terwijl het garanderen van zorg een taak van de overheid is. Deze hulpverleners dienen te beschikken over de voldoende middelen om hun taak te kunnen uitvoeren.

Knelpunt 9: Continuïteit van zorg

De meeste ongedocumenteerden weten de huisarts nog wel te vinden, maar een behandeling tot een goed einde brengen is lastiger, zeker als iemand geen onderdak heeft of niets te eten. Ook is revalidatie een probleem, omdat bijvoorbeeld fysiotherapie niet is gekwalificeerd als medisch noodzakelijke zorg.

Daarnaast vindt er een slechte medische overdracht van COA/vreemdelingendetentie naar de straat plaats. De ongedocumenteerde krijgt slechts voor twee weken medicijnen meegegeven en ontvangt lang niet altijd de bijhorende medische informatie.

Ook de continuïteit van zorg na uitzetting kan een probleem zijn. Vaak zijn medicijnen in het land van herkomst niet beschikbaar of te duur, waardoor ze feitelijk niet toegankelijk zijn. Ook dit kan in de overweging van de zorgverlener meespelen om niet aan de behandeling te beginnen. Immers, de behandeling heeft geen zin als deze niet kan worden afgemaakt.

Oplossing:

Wanneer in het AZC al duidelijk is dat de mensen te kampen hebben met psychische problemen, moeten zij als ze uitgeprocedeerd raken niet op straat terecht komen. Op voorhand is namelijk al duidelijk dat zij gaan behoren tot de meest kwetsbare groepen en dat voor hun behandeling een stabiele leefomgeving noodzakelijk is. Er zou in zo'n geval ook al contact moeten zijn tussen COA en een gemeente om te laten weten dat deze persoon eraan komt en dat een vorm van opvang geregeld moet worden.

Knelpunt 10: Niemand is verantwoordelijk

Wie moet de zorgverleners wijzen op hun plicht om medisch noodzakelijke zorg te verlenen? Ongedocumenteerden kunnen zich moeilijk organiseren en dus ook moeilijk invloed uitoefenen op de politiek. Wie moet er dan voor zorgen dat hun belangen worden gewaarborgd? Ook is er in de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten veel kennis verloren gegaan, wie zorgt ervoor dat de gemeenten wel over de juiste kennis beschikken?

Oplossingen:

De overheid moet actief uitdragen dat een ieder recht heeft op medisch noodzakelijke zorg en moet monitoren of de gezondheidszorg voldoende feitelijk toegankelijk is voor ongedocumenteerden. Hier zouden de IGZ en ook het ZIN een rol in kunnen spelen. Mogelijk kan de overheid de voorlichtende en uitvoerende taken weer neerleggen bij de beroepsgroepen (KNMG, LHV etc.) zelf.

De medische beroepsgroepen zouden veel meer kunnen doen om de kennis over het recht op gezondheid onder hun leden te verspreiden. Dit verhoogt ook de acceptatie onder medici. KNMG en GGZ Nederland kunnen meer invloed uitoefenen op zorgverleners om de bewustwording onder hen te vergroten. Gesprekken met de beroepsgroepen hebben wellicht meer effect dan gesprekken met de overheid.