

Bachelorscriptie:

Medische professionals versus de onverzekerde patient

Een inventarisering van ervaringen rondom de wet en
regelgeving van onverzekerde patienten



Utrechtse School voor Bestuur & Organisatie wetenschappen

Bachelorscriptie, Leerkring Publiek management

Student: Maaïke Terpstra, 3399737, m.e.terpstra@students.uu.nl

Begeleider: Karin Geuijen

Datum: 20 april 2011



Universiteit Utrecht

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
Dankwoord.....	5
Leeswijzer.....	6
1. Inleiding.....	7
2 Context.....	8
2.1 Ziekenfonds versus particulier	8
2.1.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.....	9
2.1.2 Wet op toegang ziektekostenverzekering	9
2.1.3 Veranderingsdrang.....	9
2.1.4 Zorgverzekeringswet.....	10
2.1.5 Verzekeringsplichtig.....	10
2.1.6 Kernaspecten zorgverzekeringswet	10
2.2 Onverzekerde personen.....	11
2.3 EU- Onderdanen	13
2.4 College van zorgverzekeringen	13
2.5 Illegalen in Nederland	14
2.6 Situatieschets onverzekerden.....	14
2.6.1 CVZ	15
2.6.2 Betrokken actoren	16
2.6.3 Schematisch overzicht	19
2.7 Eerdere onderzoeken.....	20
3. Juridisch Kader	21
3.1 Artikel 122a Zorgverzekeringwet.....	21
3.2 Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten.....	22
3.3 BIG Wet	22

3.4 Wet op Geneeskundige Behandeling.....	23
3.5 Koppelingswet.....	24
3.6 Vreemdelingenwet artikel 10	24
4. Theoretische kader: Professionals in de zorg	25
4.1 Een professional getypeerd	25
4.1.1 De autonomie van een professional	26
4.1.2 Professionals versus bureaucratie	27
4.2 Beroepseer	28
4.3 Gedragscodes.....	28
4.4 Verwachtingen	30
5. Methode.....	32
5.1 Wetenschappelijk filosofisch perspectief	32
5.2 Onderzoeksinstrumenten	32
5.3 Betrouwbaarheid & Validiteit	33
5.4 Operationalisatie kernbegrippen	34
5.5 Operationalisatie deelvragen.....	35
6. Analyse	36
6.1 Deelvraag 1: de rol van professionals in de zorg	36
6.1.1 Zorgplicht	36
6.1.2 Rol van professionals	37
6.1.3 Zorginstellingen.....	38
6.1.4 Samenvatting	39
6.2 Deelvraag 2: Behandeling van onverzekerde patiënten.....	39
6.2.1 Informatievoorziening.....	39
6.2.2 Zorginstellingen.....	40
6.2.3 Individuele professional	41
6.2.4 Feedback op de uitvoering.....	41

6.2.5 Ervaringen en knelpunten genoemd door de professionals.....	42
6.2.6 Samenvatting	44
6.3 Deelvraag 3: verschillende sectoren, verschillende implementaties	45
6.3 Deelvraag 3: verschillende sectoren, verschillende implementaties	45
6.3.1 Sectoren	45
6.3.2 Implementatie per sector	46
6.3.3 Kostenramingen CVZ.....	47
6.3.4 EU Burgers versus niet-Europese vreemdelingen.....	48
6.3.5 Samenvatting	48
7. Conclusie	49
8. Discussie.....	51
Literatuurlijst.....	52
Bijlage 1 declaratieformulier zelfstandige professional	54
Bijlage 2 Declaratieformulier gecontracteerde instellingen	56
Bijlage 3 Overzicht respondenten.....	64

Dankwoord

Voor u ligt mijn bachelorscriptie, geschreven aan de Utrecht School voor Bestuur & Organisatie wetenschap Universiteit Utrecht. Mijn scriptie over dit onderwerp: onverzekerde in de zorg, is voor mij een goede afsluiting van mijn bachelor. Het is een onderwerp, thema en sector waar mijn interesse ligt en waar ik tijdens mijn master: management van maatschappelijke organisaties, dan ook zeker verder mee ga.

Ik wil hier de ruimte gebruiken om alle personen die mij geholpen hebben met het schrijven van deze scriptie te bedanken. Allereerst de respondenten die de tijd hebben vrij gemaakt voor een interview en de voor mij, belangrijke inzichten hebben gegeven. Van alle gesprekken heb ik naast het onderwerp ook interessante inzichten gekregen over werken in deze sector; hiervoor bedankt. Ten tweede wil ik mijn scriptiebegeleidster, Karin Geuijen, bedanken voor haar feedback en sturing. Ten derde wil ik mijn dank betuigen aan mijn vrienden en familie voor de tijd en moeite hebben genomen om mijn scriptie door te lezen.

Mijn scriptie is over een ietwat ongebruikelijk periode tot stand gekomen, en daarom wil ik iedereen bedanken voor de getoonde flexibiliteit en geduld. Ik wil als laatste iedereen veel leesplezier toewensen en presenteer daarom met trots mijn bachelorscriptie: *'Medische professionals versus de onverzekerde patient; een inventarisatie van ervaringen rondom de wet en regelgeving van onverzekerde patienten'*.

Maaïke Terpstra

Leeswijzer

Dit onderzoek is een inventarisatie naar de ervaringen van professionals in de zorg rondom het thema onverzekerde in de zorg. Om dit onderzoek op de juiste manier te kunnen interpreteren volgt hier een korte beschrijving van de opbouw van het onderzoek.

Het onderzoek valt op te delen in twee delen; de context (hoofdstuk 1 t/m 4) en de analyse met conclusie (hoofdstuk 5 t/m 8). Als eerste zal in de inleiding (hoofdstuk 1) beschreven worden welke vraagstelling centraal staan en wat het doel van dit onderzoek is. Vervolgens zal hoofdstuk twee de situatie van zorgverzekeringen in Nederland uitleggen en de betrokken actoren en hun rol benoemen. Daarna wordt in hoofdstuk drie de relevante wetgeving besproken. Het laatste hoofdstuk van deel 1, hoofdstuk 4 is het theoretisch kader waarin uitgelegd wordt wat een professional is en welke rol deze speelt in relatie tot het thema.

Voor deel twee van het onderzoek, de analyse, wordt in hoofdstuk 5 de onderzoeksmethode uitgezet. Dit om te laten zien hoe het onderzoek is uitgevoerd en vanuit welke wetenschappelijk filosofisch perspectief de onderzoeker denkt. Vervolgens zal in hoofdstuk 6 de onderzoeksresultaten worden besproken in de analyse. Dit wordt gedaan aan de hand van de deelvragen die benoemd staan in de inleiding. De analyse vormt de basis voor de conclusie in hoofdstuk 7. Als laatste is er in hoofdstuk 8 ruimte voor discussie waarin een kritische reflectie naar dit onderzoek wordt beschreven.

Dit onderzoek is op deze manier opgebouwd omdat de ervaringen van de professionals centraal staan. De ervaringen zijn de onderzoeksresultaten die besproken worden in hoofdstuk 6. Maar het is van cruciaal belang om eerst de context van het thema helder te hebben voordat de analyse besproken wordt. Dit betekent dat dit onderzoek begint met het uitleggen van de context alvorens via de analyse de conclusie te trekken.

1. Inleiding

Gezondheidszorg is een internationaal recht. “Het International Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele rechten erkent dat iedereen recht heeft op een zo goed mogelijk lichamelijke en geestelijke gezondheid” (Arts en Vreemdeling, 2008;26). Ook in Nederland is gezondheidszorg verankerd in de wetgeving. Zo is er de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, waarin goed hulpverlenerschap aangekaard wordt. “Een arts dient in overeenstemming met de professionele standaard te handelen” (WOGB, Artikel 7;453 BW).

Naast de plichten van de hulpverleners staat, sinds de invoering van de zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 de verzekeringsplicht van Nederlandse burgers. Alle Nederlandse burgers zijn verplicht om zelfstandig en individueel een zorgverzekering bij een private zorgverzekeraar af te sluiten. Toch is deze situatie niet waterdicht; er zijn zoals zo vaak, mensen die een uitzondering op de regel vormen: personen die niet binnen de kaders van de wetgeving kunnen of mogen verblijven, de onverzekerde personen.

Hierdoor ontstaat de situatie dat er in Nederland ondanks de wetgeving sprake is van onverzekerde personen die om zorg vragen. Hulpverleners hebben een zorgplicht en om hulpverleners tegemoet te komen voor de kosten van de behandeling van onverzekerde personen is er in de Zorgverzekeringswet een ‘regeling tegemoetkoming kosten onverzekerde’ opgenomen. Deze regeling geldt echter alleen voor ‘medisch noodzakelijk zorg’, en is sinds 2009 uitgebreid met AWBZ zorg en geestelijke gezondheidszorg.

Met de invoering van de zorgverzekeringswet in 2006 en de aanpassingen van de regeling tegemoetkoming kosten hulpverleners in 2009 is het interessant om te kijken naar de implementatie van de wetgeving, met name rondom de onverzekerde. De vraag die dus opkomt, is hoe staat het met de implementatie van de wet en regelgeving? Hoe ervaren de professionals de wet en regelgeving en hoe gaan zij hiermee om? Welke problemen zijn er te signaleren? Met deze vragen kom ik tot de kern van dit onderzoek. De hoofdvraag luidt: *Wat zijn de ervaringen van professionals in de eerstelijns zorg, de spoedeisende hulp en de geestelijke gezondheidszorg met de wet en regelgeving rondom onverzekerde personen?* Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet er eerst gekeken worden naar de volgende deelvragen?

- *Hoe gaan de professionals in de zorg om met hun rol als professionals ten opzichte van een onverzekerde persoon?*
- *Welke factoren spelen mee bij de behandeling van een onverzekerde persoon?*
- *Zijn er verschillen tussen behandeling binnen de verschillende sectoren: eerstelijnszorg, spoedeisende hulp en de geestelijke gezondheidszorg?*

Dit onderzoek poogt een inventarisatie te geven van de ervaringen van de professionals, niet als verslag van het implementatie proces. Centraal staan de professionals, juist omdat zij de autonomie hebben om beslissingen te kunnen maken waar een ander liever niet aan denkt. Niemand ziet graag een jonge vrouw met pasgeboren kind op straat leven, of ernstige infecties rondom wonden bij daklozen, maar als maatschappij kan men niet alles voorkomen, dus lastige beslissingen moeten genomen worden.

De ervaringen van de professionals zijn belangrijk om een beeld van de praktijk te krijgen, los van de effecten van cijfers en regelgeving. Welke problemen zijn er en op welke manier zouden wij hier mee om moeten gaan? Juist omdat de wet en regelgeving nog in ontwikkeling is, is het van belang om deze inventarisatie te maken.

2 Context

Sinds 1 januari 2006 is er een hoop veranderd rondom de zorgverzekering. Op deze datum is de zorgverzekeringswet van kracht geworden. Dit betekent een nieuwe rol van de zorgverzekering voor burgers en verzekeraars. Om de huidige situatie goed te kunnen begrijpen moet er gekeken worden naar de geschiedenis van het gezondheidzorgstelsel en de huidige situatie. Als eerste een korte uitleg over de totstandkoming van de huidige zorgverzekeringswet. Daarna volgt er een toelichting over de relevante wet- en regelgeving voor onverzekerde personen. Vervolgens een uitleg van de omstandigheden van illegalen personen in Nederland. Als laatste een situatieschets waarin de huidige stand van zaken rondom onverzekerde personen wordt toegelicht.

2.1 Ziekenfonds versus particulier

Van oudsher was het principe zorgverzekering altijd een private aangelegenheid. Individuen konden zich vrijwillig aansluiten bij private ziekenfondsen, die meestal onderlinge waarborg- maatschappijen waren (Hamilton, 2008;15). De hulp die er binnen de private ziekenfondsen werd geboden bestond voornamelijk uit huisartsenzorg. Later kwam daar de gespecialiseerde medische zorg bij. (Ibid.;15). “Het ziekenfonds werd gezien als een sociale instelling die er vooral moest zijn voor mensen met een laag inkomen” (Ibid.;15). Maar deze vrijgevigheid werd via een andere manier bekostigd. “Artsen bedongen dat ziekenfondsen personen die particulieren tarieven konden betalen, niet als verzekerde zouden toelaten” (Ibid.;15). Dit werd onder andere bewerkstelligd door een welstandsgrens, waarmee bepaald werd of een persoon wel of geen recht had op deelname aan een ziekenfonds door middel van een vastgestelde loongrens. Zo was rond 1940 ruim 50% van de bevolking vrijwillig verzekerd bij een ziekenfonds. Tijdens de Tweede Wereldoorlog kwam het ziekenfonds terecht in de publiekrechtelijke sfeer (Ibid.;16). Onder invloed van de Duitse sociale wetgeving werd de ziekenfondsverzekering verplicht voor werknemers met een loon onder een bepaalde loongrens. Het privaatrechtelijke karakter van de maatschappijen bleef in stand, maar maatschappijen moesten door de overheid worden ‘toegelaten’ om hun taken te kunnen uitvoeren (Ibid.;16). Na de Tweede Wereldoorlog bleef de situatie, zoals hij was gecreëerd tijdens de oorlog, gehandhaafd. Tot 1966, toen de ziekenfondswet in werking trad. Het verschil met de oude situatie zat hem in het publiekrechtelijke karakter van het ziekenfonds, waar dit voorheen altijd privaatrechtelijke was (Ibid.;16).

Vanwege de loongrens was het voor personen met een hoger inkomen niet mogelijk om zich te verzekeren in het ziekenfonds. Vanaf de jaren 50 ontstonden vanuit de ziekenfondsen takken voor particuliere ziekteverzekeringen. Deze private instellingen werkten met het restitutiebeginsel, waar de verzekerde de kosten die hij moest maken terug kreeg, mits deze gedekt waren in de polisvoorwaarden (Ibid.;17). Met de totstandkoming van particuliere verzekeraars ontstond de scheiding tussen ziekenfonds en particulier die tot de inwerkingtreding van de zorgverzekeringswet in 2006 heeft bestaan.

Naast het ziekenfonds voor alle werknemers en de particuliere zorgverzekering was er een afzonderlijke ziektekostenverzekering voor ambtenaren in dienst van het rijk, provincies, gemeenten en waterschappen. Elke ambtenaren sector had een eigen fonds, maar daar kwam per 1 april 1993 een einde aan door middel van een gezamenlijke zorgverzekering voor alle ambtenaren (Ibid.;17).

2.1.1 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) was bedoeld om burgers te beschermen tegen de zware medische risico's, die als onverzekerbaar golden (Ibid.;17). De wet trad in 1967 in werking en was gebaseerd op een ziekenfondsverzekering, dus met inkomensafhankelijke premie. Daarnaast was er sprake van overheidstoezicht en werd gezien als een 'in natura verzekering'. Zowel ziekenfondsen, private verzekeraars en instellingen voor verzekering van ambtenaren konden als uitvoeringsorgaan voor de AWBZ werkzaam zijn (Ibid.;17). De premie werd geïnd door de belastingdienst, door middel van inhouding op het loon, waardoor het onder de burgers bekend stond als één der sociale premies.

De AWBZ wordt in de huidige situatie nog steeds geïnd door de belastingdienst. De hoogte van de premie wordt jaarlijks vastgesteld.

2.1.2 Wet op toegang ziektekostenverzekering

Tot de jaren 80 was er sprake van een vrijwillige ziekenfonds en verplichte ziekenfonds. Met de intrede van risicoselectie en premiedifferentiatie naar leeftijd werden de premies voor sommige groepen hoger, met name ouderen waren hier de dupe van. In 1986 werd de vrijwillige ziekenfonds opgeheven, en de weg naar particuliere verzekering vrij gemaakt. Om onverzekertheid tegen te gaan werd tegelijkertijd de wet op toegang tot ziektekostenverzekering ingevoerd. "In gevolgen van deze wet waren particuliere ziektekostenverzekeraars verplicht naast de maatschappijpolissen die zij in de aanbieding hebben, ook een zogenaamd overeenkomst van standaardverzekering 'standaardpolis' aan te bieden, waarvan de inhoud aan wettelijke voorschriften moest beantwoorden" (Ibid.;19). Deze standaardpolis was bedoeld voor iedereen die op een of andere manier niet in een andere verzekering paste. Een belangrijke groep hierbinnen waren de 65 plussers die niet meer verplicht verzekerd waren. De premie van de standaardpolis werd door de overheid vastgesteld (Ibid.;19). Met deze wet was gewaarborgd dat iedereen toegang had tot een zorgverzekering, om dit te kunnen betalen werd er een solidariteitsomslag ingesteld bij de particulier verzekerde.

2.1.3 Veranderingsdrang

Vanaf de jaren 90 ontstonden er ideeën om het systeem te veranderen. Er werden voorstellen gedaan om de plicht tot contracteren van zorginstellingen te vervangen voor onderhandelingen, meer marktwerking en concurrentie. De zogeheten vermarktingsgolf (Trappenberg, 2010;7) deed zijn intrede: concurrentie, marktwerking en budgettering waren de toekomst. Hiermee werden begrippen als efficiency, kwaliteit en keuzevrijheid de kernwoorden binnen de publieke sector.

Er moest één verzekeringsstelsel komen dat zou zorgen voor gelijkwaardige toegang en kwalitatief goede zorg voor iedereen (Hamilton, 2008;19). Vooral de stelselwijziging van Dekker en Simons, die in hun voorstel adviseerden voor een basisverzekering voor iedereen, gebaseerd op concurrentie tussen zorgverzekeraars, begin jaren 90, heeft voor opschudding gezorgd. Dit stelselwijziging haalde de eindstreep niet, maar aspecten daarvan zijn wel de basis voor de veranderingen, doorgevoerd in de jaren 90 tijdens het eerste kabinet Paars onder leiding van premier Kok. De belangrijkste verandering was het afschaffen van de basisverzekering en het toelaten van concurrentie tussen ziekenfondsen. Het College Van Zorgverzekeringen (CVZ) werd een uitvoerend orgaan voor het beheren van de centrale kas, die gevuld werd met de inkomensafhankelijke premie van verzekerde personen (Ibid.;20).

Tijdens het tweede Paarse kabinet (1998-2002) werd de start gemaakt met een fundamentele wijziging van het verzekeringsstelsel. Er moest aan de toekomst gedacht worden; de komende vergrijzing en oplopende kosten zouden er voor zorgen dat het toenmalige zorgstelsel niet meer volledig kon functioneren, het was tijd om een nieuwe weg in te slaan. Het kabinet achtte vernieuwing langs twee sporen noodzakelijk: "Herziening van de sturing van de zorg, door de verantwoordelijkheden aan te passen en de daarbij behorende instrumenten te herzien en aanpassing van het verzekeringsstelsel. Dit door de duale verzekeringsstructuur te vervangen door één algemene verzekering curatieve zorg en deze nieuwe algemene verzekering en de bestaande AWBZ op termijn te laten integreren" (Ibid.;21).

2.1.4 Zorgverzekeringswet

Met de invoering van de zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 is het verzekeringsstelsel ingrijpend veranderd. In plaats van verschillende verzekeringen voor verschillende groepen is er één basisverzekering, welke iedere Nederlandse ingezetene verplicht moet afsluiten bij een private zorgverzekeraar. Geen overheidsgestuurde ziekenfonds, geen aparte ambtenarenverzekering, geen inkomensgrens maar één basisverzekering voor iedereen. "De wet beoogt iedereen onder gelijke voorwaarden te verzekeren tegen de kosten van geneeskundige zorg" (Saase & Pruijssers, 2006;9).

2.1.5 Verzekeringplichtig

"Degene die AWBZ-verzekerd is, is verplicht zich volgens de zorgverzekeringswet tegen ziektekosten te verzekeren. Dit zijn twee groepen; ingezetenen en niet-ingezetenen die in Nederland werken"(Saase & Pruijssers, 2006;15). Ingezetenen zijn mensen die hun woon en verblijfplaats in Nederland hebben; dit zijn alle geregistreerde inwoners van Nederland (Ibid.;15). Iedereen is verzekeringplichtig, dus ook kinderen en onder curatele gestelde meerderjarigen. Voor deze groepen geldt een plicht van de wettelijk vertegenwoordigers om een persoonlijke zorgverzekering af te sluiten (Ibid.;15).

Niet-ingezetenen die in Nederland werken en in Nederland onder de loonbelasting vallen zijn ook verzekeringplichtig (Ibid.;16). Naast de AWBZ-verzekerden zijn ook vreemdelingen die rechtmatig in Nederland verblijven verzekeringplichtig. Het gaat hierbij met name om onderdanen van een lidstaat van de Europese unie.

"Niet verzekeringplichtig zijn militairen in werkelijke dienst en gemoedsbezwaarden: degenen met principiële bezwaren tegen verzekering", (Hamilton, 2008;33).

2.1.6 Kernaspecten zorgverzekeringswet

De zorgverzekeringswet kent één basispakket dat voor alle verzekeringplichtige ingezetenen geldt. Dit basispakket is gebaseerd op het verzekeringspakket van het voormalige ziekenfonds, en wordt getoetst aan de eisen van aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering. Op basis van periodieke toetsing van het verzekerde pakket aan genoemde criteria worden eventuele aanpassingen van het pakket gedaan (Hamilton, 2008;33). Burgers kunnen naar eigen wens aanvullende verzekeringen afsluiten: zij kunnen hun verzekeringspolis uitbreiden (Saase & Pruijssers, 2006;51). Per zorgverzekeraar kunnen de kosten hiervan per onderdeel verschillen. Voorbeelden zijn de tandartsenzorg, fysiotherapie en alternatieve geneeswijze.

Om de principes van dit stelsel, vergelijkbare zorg voor iedereen, uitvoerbaar te maken is er een acceptatieplicht voor verzekeraars. Verzekeraars moeten elke burger die zich bij hen aanmeldt accepteren, ongeacht het risicoprofiel van de burger (Saase & Pruijssers, 2006;18).

De financiering van de basisverzekering voor de verzekerde wordt in de eerste plaats betaald door de nominale premies van de verzekerden. Elke polissoort heeft een eigen premie, maar de premie van dezelfde polis is voor een ieder gelijk. De premies kunnen bij verschillende verzekeraars wel verschillen, dit ook om de concurrentie onderling aan te moedigen (Hamilton, 2008;35). Naast de nominale premie kent de zorgverzekeringswet een bij de burger geheven inkomensgerelateerde verzekerdenbijdrage, de belastingheffingen, die door de belastingdienst geïnd worden. Ook de overheid draagt haar steentje bij door een rijksbijdrage voor kinderen jonger dan 18 jaar (Ibid.;36). Als laatste kent elke verzekerde een verplicht eigen risico tot een bepaald bedrag om de gezondheidszorg te ontlasten (Ibid.;36).

Zoals net uitgelegd, is de nominale premie voor elke verzekerde gelijk, in tegenstelling tot de inkomensafhankelijke belastingen zoals de AWBZ. Om de zorg toegankelijk te houden voor alle verzekeringsplichtigen is de wet op Zorgtoeslag in werking gesteld. Alle verzekeringsplichtigen onder een vastgesteld inkomensgrens ontvangen zorgtoeslag, welke verzekerde tegemoetkomt in de kosten van de zorgverzekering. De hoogte van de zorgtoeslag wordt bepaald aan de hand van het gemiddelde van de premiekosten bij de verschillende zorgverzekeraars (Ibid.;37).

De financiering van de zorgverzekeraars is hoofdzakelijk gebouwd rondom de nominale premies van de verzekerden, maar wordt aangevuld door de overheid, via risicoverevening. Deze risicoverevening wordt verspreid over de zorgverzekeraars aan de hand van vooraf kenbare en voor iedere zorgverzekeraar gelijke criteria. Zonder de risicoverevening is de acceptatieplicht moeizaam op te brengen voor zorgverzekeraars, aangezien zij niet bepalen welke verzekerde zich waar aanmeldt (Ibid.;36).

2.2 Onverzekerde personen

Theoretisch gezien zouden er geen onverzekerde Nederlandse burgers kunnen zijn, immers is elke ingezetene verplicht zich te verzekeren. Desalniettemin is er nog een groep die op dit moment onverzekerd is. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is dit een groep van ongeveer 132.000 personen¹. Dit is ongeveer 1% van de totale bevolking. Om dit aantal terug te dringen heeft de Tweede Kamer op 19 mei 2010 ingestemd met een wetsvoorstel opsporing onverzekerde.² Op 24 februari 2011 heeft de Eerste Kamer ingestemd met het wetsvoorstel en vanaf 15 maart 2011 zal de wet uitgevoerd worden.³ Middels deze wet wordt het mogelijk om actief onverzekerde personen en wanbetalers aan te pakken. Door het opleggen van boetes en het koppelen van betalingsregelingen aan de sociale voorzieningen en/of uitbetaalde lonen.

Naast de onverzekerde ingezetenen is er een groep personen die onrechtmatige in Nederland verblijft, de vreemdelingen en illegalen. Dit kunnen bijvoorbeeld uitgeprocedeerde asielzoekers zijn maar ook illegale gezinsmigranten en personen met een verlopen toeristenvisum. Deze personen kunnen burgers van binnen en buiten de EU zijn. De verschillende groepen

¹ <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71433ned&D1=0-3&D2=a&D3=a&D4=a&VW=T> bezocht op 18-04-2011

² <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2010/05/19/tweede-kamer-stemt-in-met-wetsvoorstel-opsporing-onverzekerden.html> bezocht op 8-12-2010

³ <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2011/02/24/eerste-kamer-stemt-in-met-wetsvoorstel-opsporing-onverzekerden.html> bezicht op 10-04-2011

onverzekerde(n) staan vermeld in kader 1. Deze personen kunnen in Nederland geen zorgverzekering afsluiten omdat zij niet rechtmatig in Nederland verblijven. Het gevolg is dat deze personen een beperkte toegang hebben tot de gezondheidszorg. Hulpverleners hebben echter wel een zorgplicht (artikel 543, WOGB), dus moeten zij personen zonder zorgverzekering voor medisch noodzakelijke zorg wel behandelen. Om hulpverleners tegemoet te komen in de kosten van zorgverlening aan onverzekerde personen, is er een speciale regeling waarop hulpverleners aanspraak kunnen maken. De zogeheten: "Tegemoetkoming in de kosten voor de zorg van illegale vreemdelingen"(GGZ,2010;13). Deze regeling is vastgelegd in Artikel 122a van de Zorgverzekeringswet en is bedoeld als financiële steun voor hulpverleners; niet als verzekering voor onrechtmatig in Nederland verblijvende vreemdeling. Deze regeling is toegevoegd als aanvulling op de koppelingswet (1998) en is van kracht sinds 1 januari 2009.

Kader 1. Overzicht onverzekerden ontleend aan GGZ Nederland

1. " 'wettelijk' onverzekerden: geloofsovertuigden, gedetineerden en militairen;
2. Bewust onverzekerden: de zogenaamde 'principiëlen' (uitgezonderd de geloofsovertuigden); de miljonairs; de calculerende wanbetalers;
 - *Ingezetenen*: Kwetsbare groepen (dak-, thuis-, en adreslozen en verslaafden ; sociale minima met sociale en/of psychische problematiek; minderjarigen); en
 - *Vreemdelingen*, te onderscheiden in:
 - legaal in Nederland verblijvende buitenlanders, zoals toeristen en tijdelijke arbeidskrachten;
 - EU-onderdanen;
 - asielzoekers: een asielzoeker is iemand die in een ander land verblijft om bescherming te vragen van de overheid wegens mogelijke vervolging in het herkomstland. Gedurende deze beoordelingsperiode (de asielprocedure) heet een vreemdeling een asielzoeker. Gedurende de beoordelingsperiode worden asielzoekers opgevangen door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) en in die periode worden hun ziektekosten, waaronder GGZ, gedekt door de Ziektekosten Regeling Asielzoekers (ZRA). Na een positieve beslissing op een asielverzoek krijgt de asielzoeker de titel 'vluchteling' of 'statushouder';
 - uitgeprocedeerde asielzoekers: een asielzoeker die een negatieve beslissing (vaak na een lange beroepsfase) krijgt op een asielverzoek. De uitgeprocedeerde asielzoeker moet binnen zekere tijd Nederland verlaten;
 - mvv'ers: buitenlanders in Nederland met een machtiging tot voorlopig verblijf (mvv), die een reguliere aanvraag voor een verblijfsvergunning hebben ingediend, moeten voor de periode dat nog niet op de aanvraag voor een verblijfsvergunning is beslist, een particuliere ziektekostenverzekering afsluiten. Als er positief op de aanvraag wordt beslist en een verblijfsvergunning wordt verleend, dan is de desbetreffende vreemdeling, als hij aan de overige voorwaarden voor verzekering voor de volksverzekeringen voldoet, AWBZ-verzekerd en moet een zorgverzekeraar hem accepteren voor een zorgverzekering.
 - Illegalen: illegaal is iemand die onwettig in een land verblijft; een uitgeprocedeerde asielzoekers wiens tijd om Nederland te verlaten, is verstreken of iemand die hier onwettig, zonder (een lopend) asielverzoek verblijft"

2.3 EU- Onderdanen

EU-onderdanen vallen niet binnen de regeling die is opgenomen in artikel 122a van de zorgverzekeringswet. Dit omdat een EU-onderdaan in principe rechtmatig verblijft in Nederland (Tweedebeleidsregel CVZ, 2009). “De zorgverzekeringswet is bij de Europese Commissie als een socialenverzekeringwet, in de zin van de Europese socialenzekerheid verordening nr. 1408/71” (Hamilton,2008;109). Dit wil zeggen dat elke EU-onderdaan recht heeft op gezondheidszorg in een verdragsland. Deze zorg is dan overeenkomstig met de regels van de sociale ziektekostenverzekering van het land waar de zorg wordt verleend (Ibid.;110). Dit wil zeggen dat een Pool in Nederland zorg krijgt volgens de Nederlandse zorgverzekeringswet en als een Nederlander in Engeland zorg nodig heeft, hij deze krijgt overeenkomstig met de Engelse wetgeving.

De kosten die gemaakt worden voor het verlenen van de zorg van verzekerde EU-onderdanen kunnen aangemeld worden bij de afdeling buitenland van Agis Zorgverzekeringen. Deze verzekeraar heeft in opdracht van de overheid de taak om de internationale afspraken uit te voeren (Ibid.;110). De kosten van onverzekerde EU-onderdanen kunnen niet vergoed worden door het CVZ of door Agis. Dit omdat zij vaak de mogelijkheid hebben om terug te keren naar land van herkomst (Tweedebeleidsregel CVZ, 2009). “Gemaakte kosten moeten EU-onderdanen daarom zelf betalen. Mocht een zorginstelling oninbare kosten hebben gemaakt dan kunnen zij deze ten laste leggen van de NZa-beleidsregel Afschijvingskosten dubieuze debiteuren” (Tweedebeleidsregel, CVZ;2009).

2.4 College van zorgverzekeringen

Het College Van Zorgverzekeringen (CVZ) treedt op als uitvoeringsorgaan van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Zij heeft een ministeriële taak tot het controleren van de uitvoering van de zorgverzekeringswet. De speciale aandacht gaat wederom uit naar artikel 122a, waarin wordt beschreven dat hulpverleners kosten van onverzekerde patiënten kunnen declareren bij CVZ. Hier zijn echter strenge regels aan verbonden. Centraal staat dat “alleen hulpverleners aanspraak kunnen maken op de regeling, patiënten blijven altijd zelf verantwoordelijk voor betaling”.⁴

Daarnaast maakt CVZ een onderscheid tussen direct en indirect toegankelijke zorg. Direct toegankelijke zorg is: “Zorg die zonder recept, verwijzing of indicatie toegankelijk is en vaak direct moet worden verleend. Hieronder vallen huisartsen, kraamhulp, verloskundigen, tandartsen en acute ziekenhuiszorg”.⁵ Onder indirect toegankelijke zorg wordt verstaan: “Zorg die toegankelijk is na recept, verwijzing of indicatiestelling. Het gaat hier om zorg die is verleend door apotheken, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, verpleeghuizen en ambulancediensten”.⁶

Hulpverleners kunnen alleen oninbare kosten declareren, daarnaast moeten zij voldoen aan de volgende voorwaarden:

- “Er is sprake van een (gedeeltelijk) onbetaalde rekening, de kosten kunnen niet door of namens de patiënt worden betaald;
- de patiënt is onverzekerd én onverzekerbaar: de patiënt is een onverzekerbare vreemdeling en kan geen zorgverzekering afsluiten;

⁴ <http://www.cvz.nl/financiering/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen.htm>

⁵ bezocht op 8-12-10

⁶ Ibid. bezocht op 8-12-10

⁶ Ibid. bezocht op 8-12-10

- het gaat 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 is onderdeel van het zorgpakket *Zvw* of de *AWBZ*".⁷

De kosten van direct toegankelijke zorg kunnen door de hulpverlener gedeclareerd worden via de declaratieformulier beschikbaar op www.cvz.nl. Voor indirect toegankelijke zorg heeft het CVZ zorginstellingen aangewezen die onverzekerde patiënten zorg kunnen verlenen. Het CVZ heeft voor indirect toegankelijke zorg 'gecontracteerde zorginstellingen'. Declaratie van indirect toegankelijke zorg kan alleen door deze 'gecontracteerde zorginstellingen'. Per zorgsector heeft CVZ afspraken gemaakt met een beperkt aantal instellingen waar onverzekerde patiënten voor indirect toegankelijke zorg terecht kunnen. Zo zijn er 29 GGZ instellingen gecontracteerd en is er in elke Nederlandse gemeente een gecontracteerde apotheker. Welke instellingen dat zijn staan per sector op www.cvz.nl en is bekend gemaakt bij de betrokken actoren van de sector.

2.5 Illegalen in Nederland

Hoeveel illegalen er in Nederland verblijven is nooit helemaal precies te zeggen. Er zijn verschillende schattingen gemaakt. De laatste officiële schatting is in opdracht van het Ministerie van Justitie door de Universiteit Utrecht uitgevoerd. Dit onderzoek door Van der Heijden e.a., is in 2006 geweest. "Tussen 2005-2006 waren er naar schatting 129.000 illegalen in Nederland, dit zijn zowel Europese als niet-Europese vreemdelingen" (WODB Min. van Justitie, 2008;14).

De leef- en woonomstandigheden van illegale personen zijn vaak beroerd. Door de koppelingwet uit 1998 is het voor personen zonder rechtmatig verblijf in Nederland niet meer mogelijk om aanspraak te maken op sociale voorzieningen. Deze wetgeving is bedoeld om illegaliteit in Nederland te ontmoedigen.

Er zijn in Nederland diverse organisaties die opkomen voor de belangen van illegale personen. Organisaties die zich speciaal bezig houden met de gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld stichting Pharos/Lampion, stichting Kruispost en de Johannes Wierstichting. Deze organisaties voorzien illegale personen van informatie en doen onderzoek naar de situatie van illegale personen.

2.6 Situatieschets onverzekerden

Naast de bovenstaande uitleg van de wet en regelgeving en benoeming van de vormen van onverzekerde personen is het van belang om de huidige situatie te schetsen.

De zorgverzekeringwet is ingegaan op 1 januari 2006, inmiddels 4 jaar geleden. In die tussentijd heeft CVZ geprobeerd zoveel mogelijk Nederlandse ingezetenen te wijzen op hun zorgplicht. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) waren er op 1 mei 2010 nog ruim 132.000 onverzekerde Nederlandse personen⁸. Wel is er sinds 2006 een afname te signaleren van ongeveer 20.000 personen.

⁷ <http://www.cvz.nl/financiering/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen.htm>
! bezocht op 8-12-10

⁸ <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71433ned&D1=0-3&D2=a&D3=a&D4=a&VW=T>

bezocht op 18 april 2011

Als een Nederlandse ingezetene zonder zorgverzekering bij een hulpverlener komt is het de taak van de hulpverlener om deze persoon te wijzen op de verplichting van het hebben van een zorgverzekering (GGZ,2010;19). Zonodig kan de hulpverlener (in samenwerking met maatschappelijk werk) de patiënt direct aanmelden om de kosten voor de patiënt direct te kunnen declareren (GGZ,2010;20)

Op het moment dat deze patiënten een hulpvraag hebben worden deze patiënten dus automatisch weer in het systeem opgenomen, althans dat is het uitgangspunt. Naast de officiële huisartsen en spoedeisendehulpafdelingen van ziekenhuizen zijn er verspreid over de grote steden ook een aantal gezondheidsposten die op vrijwilligers draaien en daar mensen helpen die niet in het systeem opgenomen willen en of kunnen worden. Een voorbeeld is stichting 'Kruispost' in Amsterdam of de 'straatdokter' in Rotterdam. In samenwerking met maatschappelijkwerkorganisaties en gemeentelijke administratie kantoren, die de sociale voorzieningen uitkeren, wordt gepoogd om deze personen via betalingsregelingen binnen de zorgverzekering te houden. Via de regeling wanbetalers wordt het gemakkelijker om te controleren welke personen assistentie nodig hebben bij het vervullen van hun financiële plichten.

Voor onverzekerden die niet rechtmatig in Nederland verblijven, illegalen vreemdelingen, is er middels de koppelingwet uit 1998 geen mogelijkheid om aanspraak te maken op sociale voorzieningen. De zorgverzekeringwet geldt alleen voor Nederlandse ingezetenen of buitenlandse personen die in Nederland belasting betalen via hun werkgever (Saase & Pruijssers, 2006;16). Illegale vreemdelingen hebben dus geen mogelijkheid om zich in Nederland te verzekeren. Voor EU-onderdanen geldt dat zij de mogelijkheid hebben om in eigen land te verzekeren waardoor zij in Nederland, volgens de standaarden van de Nederlandse wetgeving behandeld kunnen worden (ibid.;76). Om dit te kunnen reguleren zijn er twee verzekeringsmaatschappijen in Nederland aangewezen om declaraties in het buitenland af te handelen. Voor Nederlanders die in een EU, EER of Verdragsland werkzaam zijn en dus daar een wettelijk verzekeringsplicht hebben is dit CZ zorgverzekeringen (ibid.;76). Claims van EU-onderdanen die in Nederland zorg nodig hebben, worden afgehandeld door de afdeling buitenland van Agis Zorgverzekering (Hamilton, 2008;110).

2.6.1 CVZ

Het college van zorgverzekeringen speelt een centrale rol bij de uitvoering van artikel 122a van de Zorgverzekeringwet. Alle declaraties worden door hen getoetst alvorens deze worden uitbetaald. CVZ speelt daarnaast ook een rol als informatieadviseur voor hulpverleners en sluit contracten af met zorginstellingen.

Middels een halfjaarlijkse monitor probeert CVZ de uitvoering van de wet en regelgeving openbaar en overzichtelijk te maken. Hierin worden ook de financiën uiteengezet. Deze monitor wordt gepubliceerd op de website. De financiën zijn op 1 januari 2009 begroot vanuit het oogpunt dat niemand precies wist hoe hoog de kosten daadwerkelijk zouden zijn. Per 1 januari is de zorg van AWBZ- en GGZ-instellingen opgenomen in de 'regeling tegemoetkoming kosten', maar de hoogte van deze kosten was moeilijk te bepalen. Daarvoor is er een raming gemaakt met de gedachtegang van een overschot ten opzichte van de declaraties.

De balans over 2009 was als volgt:

Zorgvorm	Begroting	Kosten
Apotheken	3.628.000	3.044.522
Kraamzorg	225.000	111.572
Ambulance vervoer	82.000	10.036
Tandartsen	715.000	95.012
Huisartsen	746.000	447.479
Paramedische zorg	61.000	30.008
Verloskundige	317.000	260.774
Ziekenhuizen	22.946.000	8.615.079
AWBZ en GGZ instellingen	15.504.000	1.500.000
Hulpmiddelen	154.000	42.828
Laboratoriumkosten	0	78.506
Totaal	44.378.000	14.235.816

Figuur 1. Bron: monitor regeling financiële zorg illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers, 7 april 2010 CVZ

2.6.2 Betrokken actoren

Voor de uitvoering van de wet en regelgeving rondom onverzekerden zijn verschillende actoren actief. De belangrijkste is natuurlijk het College van Zorgverzekeringen (CVZ), die in opdracht van het rijk de taken van de zorgverzekeringswet uitvoert. Daarnaast zijn in principe alle zorginstellingen in Nederland, in welke vorm dan ook, als actor aanwezig. Elke zelfstandige huisarts, verloskundige of kraamverzorgster kan declaraties bij het CVZ indienen. Uiteraard zijn er ook grotere spelers actief: de ziekenhuizen, centrale huisartsenposten en GGZ instellingen. Voor apothekers, ziekenhuizen (met uitzondering van de spoedeisende hulp) en GGZ- of AWBZ instellingen geldt dat zij alleen declaraties kunnen indienen als zij gecontracteerd zijn bij het CVZ. Er is naar gestreefd dat in elke gemeente in Nederland een gecontacteerde apotheek gevestigd is. Over Nederland verspreid zijn er 26 gecontracteerde ziekenhuizen. De GGZ en AWBZ instellingen worden gecontracteerd op het moment dat zij er in contact mee komen. Bij de grote instellingen worden de declaraties vaak door de administratie afgehandeld. Dit in tegenstelling tot de zelfstandige die de declaraties zelf moet indienen. De declaratie formulieren kunnen de actoren vinden op www.cvz.nl een voorbeeld van het declaratieformulier staan in bijlage 1 en 2. Voor de duidelijkheid volgt hier een overzicht van de betrokken actoren en de rol die zij vervullen in de praktijk rondom de afhandeling van illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers en EU-onderdanen.

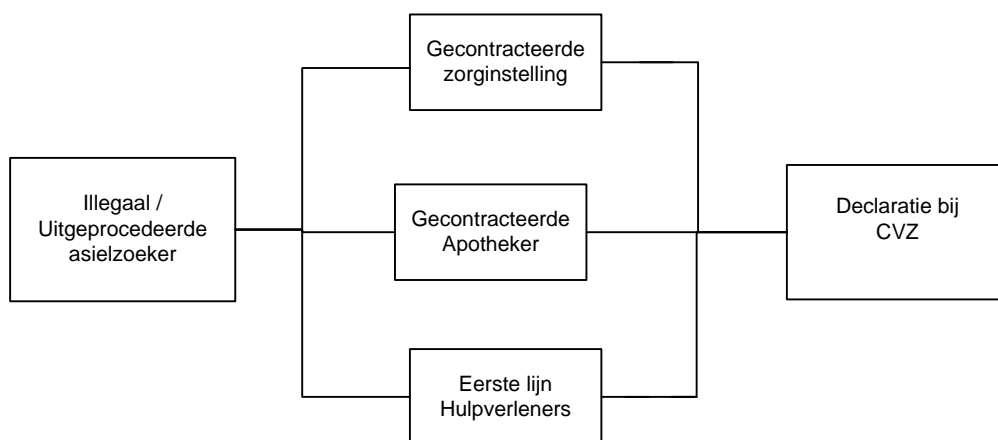
College van Zorgverzekeringen	Uitvoerder van de regeling tegemoetkoming zorgverlening aan illegalen. Bepaalde de voorwaarden voor in aanmerking komen voor de regelen en keert de binnengekomen declaraties uit. Sluit contracten met niet direct toegankelijke zorginstellingen.
Agis Zorgverzekeringen afd. Buitenland	Door de EU aangewezen om in Nederland uitvoerder van Europese regelgeving rondom zorg aan EU-onderdanen. Declareren gemaakte kosten voor hulpverleners in het buitenland. Kosten kunnen alleen worden gedeclareerd als personen een EHIC kaart bezitten.
Huisartsen	Kunnen zorg verlenen aan onverzekerde personen. Zorg aan illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers kunnen zij declareren bij CVZ tegen 80% vergoeding. Zorg aan EU-onderdanen alleen met een EHIC kaart bij Agis Nederland, overige kosten moeten patiënten direct betalen. Nederlandse onverzekerde patiënten kunnen direct aangemeld worden bij een verzekerings- maatschappij.
Verloskundige/kraamverzorgster	Kunnen zorg verlenen aan onverzekerde personen. Zorg aan Illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers kunnen zij declareren bij CVZ tegen 100% vergoeding. Zorg aan EU-onderdanen alleen met een EHIC kaart bij Agis Nederland, overige kosten moeten patiënten direct betalen. Nederlandse onverzekerde patiënten kunnen direct aangemeld worden bij een verzekerings-maatschappij.
Ziekenhuizen	Zijn niet-direct toegankelijk zorg en krijgen daarom alleen vergoeding als zij gecontracteerd zijn bij het CVZ. De hoogte van de vergoeding staat in het contract afgesproken. Ziekenhuizen die geen contract hebben, mogen zorg verlenen, deze krijgen ze echter niet vergoed. Voor EU-onderdanen geldt dat zij contact op moeten te nemen met Agis afd. Buitenland. Nederlandse onverzekerden worden direct aangemeld voor een verzekering.
Spoedeisendehulp	Kunnen zorg verlenen aan onverzekerde personen. Zorg aan illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers kunnen zij declareren bij CVZ tegen 80% vergoeding. Zorg aan EU-onderdanen alleen met een EHIC kaart bij Agis Nederland, overige kosten moeten patiënten direct betalen. Nederlandse onverzekerde patiënten kunnen direct aangemeld worden bij een verzekerings-maatschappij.
Apothekers	Kunnen zorg verlenen aan onverzekerde personen. Zorg aan illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers kunnen zij declareren bij CVZ tegen 100% vergoeding. Zorg aan EU-onderdanen alleen met een EHIC kaart bij Agis Nederland, overige kosten moeten patiënten direct betalen. Nederlandse onverzekerde patiënten kunnen direct aangemeld worden bij

	een verzekeringsmaatschappij.
GGZ & AWBZ instellingen	Zijn niet-direct toegankelijk zorg en krijgen daarom alleen vergoeding als zij gecontracteerd zijn bij het CVZ. De hoogte van de vergoeding staat in het contract afgesproken. Instellingen die geen contract hebben, mogen zorg verlenen, deze krijgen ze echter niet vergoed. Voor EU-onderdanen geldt dat zij contact op moet te nemen met Agis afd. Buitenland. Nederlandse onverzekerde patiënten worden direct verzekerd.
GGD	Was vroeger uitvoerder van de stichting koppeling. Nu vooral actief als informatiepunt en bewaker van de gemeentelijke volksgezondheid.
Stichting Kruispost	Vrijwilligersinstelling waar artsen en verpleegkundigen onverzekerde personen zorg verlenen. Draait op donaties van patiënten en subsidie van de gemeente. Kunnen medicijnen voorschrijven die bij apothekers via de CVZ regeling gedeclareerd kunnen worden.
Stichting Lampion	Stichting waar verschillende organisaties bij betrokken zijn om informatie uit te wisselen en knelpunten te lokaliseren. Werkt vooral vanuit de illegale vreemdelingen en is een veel gebruikte vraagbaak.

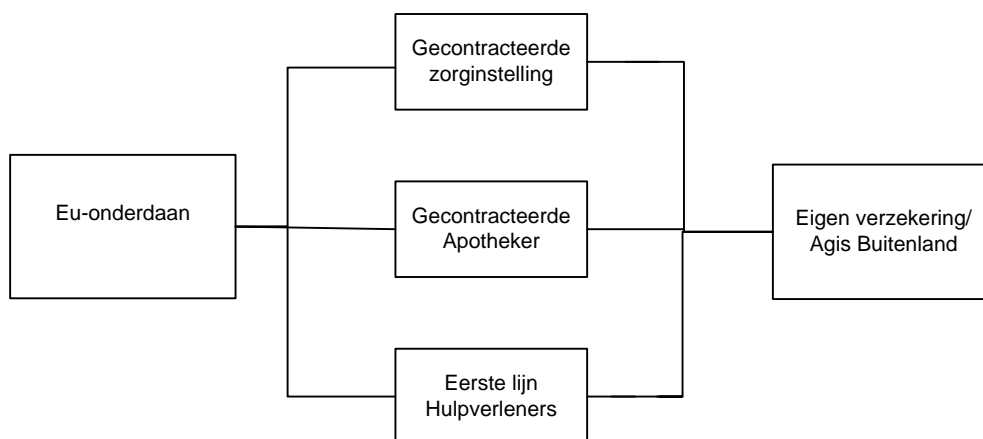
Figuur 2: overzicht betrokken actoren.

2.6.3 Schematisch overzicht

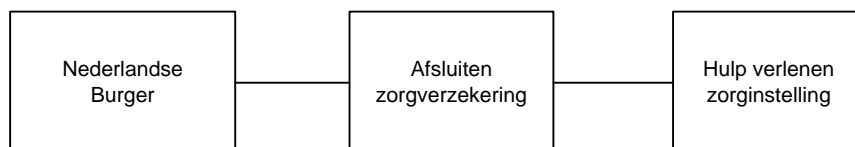
Kader 2 schematisch overzicht van het proces bij een illegaal of uitgeprocedeerde asielzoeker



Kader 3 schematisch overzicht van het proces bij een EU-onderdaan



Kader 4 proces bij een onverzekerde Nederlandse Burger



2.7 Eerdere onderzoeken

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan die te maken hebben met onverzekerde personen in de zorg. Deze richtten zich voornamelijk op de illegale vreemdeling en de knelpunten die ervaren worden door hulpverleners rondom illegalen. Belangrijke onderzoeken die gedaan zijn: *'Arts en Vreemdeling'* door de Commissie Medische Zorg en Pharos in de 2007. Een tweede onderzoek richtte zich meer op de vreemdelingen: *'Gezondheidsklachten van illegalen'* welke is uitgevoerd door onderzoeksbureau Nivel in 2001 onder huisartsen en spoedeisendehulpafdelingen van ziekenhuizen. Een derde onderzoek is uitgevoerd door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Bureau van Ministerie van Justitie en heeft als titel: *'Illegaal verblijf in Nederland, een literatuurstudie'*. Als laatste is het rapport van het Breed Medisch Overleg in opdracht van het Landelijk Ongedocumenteerde Steunpunt (LOS) van belang. Dit rapport heeft de toegang tot de gezondheidszorg voor ongedocumenteerden onderzocht.

Deze onderzoeken bieden ons vooral een inzicht in hoe de situatie van met name illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers op dit moment is. De toegang tot de gezondheidszorg is daarin het belangrijkste uitgangspunt. Omdat dit onderzoek zich richt op de ervaringen van de professionals en niet van de 'patienten' kunnen wij gebruik maken van de eerdere onderzoeken gericht op de 'patiënten' om de ervaringen van professionals te begrijpen. Daarnaast hebben de eerdere onderzoeken verschillende definities en resultaten opgeleverd die gebruikt zijn in de uitvoering van de regeling tegemoetkoming in de kosten voor de zorg van illegale vreemdelingen.

Het belangrijkste wat naar voren komt in deze onderzoeken is dat men het erg belangrijk vindt dat de gezondheidszorg toegankelijk is voor iedereen. Middels deze onderzoeken is geprobeerd om de situatie van de onverzekerde in kaart te brengen, de knelpunten die ervaren worden en waar speciale aandacht moet zijn in verband met herkenbare ziektebeelden. Een voorbeeld geeft het onderzoek 'gezondheidsklachten van illegalen': veel patiënten komen bij de huisartsen met psychosociale klachten als slaapstoornissen, stofwisselingsproblemen en urinewegeninfecties. Ook stelt het onderzoek dat de klachten van illegale patiënten gemiddeld ernstiger van aard zijn dan de doorsnee huisartsbezoeker. (Nivel, 2001;39).

Onderzoeken uitgevoerd door Nivel en Pharos zijn gebruikt als aanvulling op de wet en regelgeving rondom het thema onverzekerde. Zo bleek uit het onderzoek *'ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot gezondheidszorg'* van Pharos in 2009 dat het regelmatig voorkwam dat deze kinderen geen of nauwelijks toegang hadden tot de gezondheidszorg. Dit is aangekaart bij de stichting Lampion en er zijn maatregelen genomen om deze toegang voor kinderen te verbeteren.

Bovenstaande voorbeelden geven aan dat onderzoek binnen dit thema een belangrijke bijdrage kan leveren aan de ontwikkeling van de uitvoering van de wet en regelgeving. Toegang tot de goede gezondheidszorg is een internationaal recht voor alle personen. Door middel van onderzoek kunnen we zorgen dat iedereen in Nederland toegang heeft tot gezondheidszorg.

3. Juridisch Kader

In het juridisch kader zullen alle relevante wetten rondom dit thema worden genoemd en toegelicht. Het juridische kader geeft de wettelijke grenzen voor professionals in de zorg aan bij de behandeling van onverzekerde patiënten.

3.1 Artikel 122a Zorgverzekeringswet

De regeling tegemoetkoming kosten van zorgverlening is alleen bedoeld voor medische noodzakelijk zorg welke staat beschreven in Artikel 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet (Zvw). In deze artikelen staan de basisbehoeften van de geneeskundige zorg, waar elke verzekerde recht op heeft. De kern van deze wetgeving, is de zorgplicht van de arts (artikel 453 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst). De arts moet elke patiënt als gelijk behandelen. Dit betekent dat artsen en hulpverleners, medische noodzakelijke zorg moeten verlenen aan patiënten die geen zorgverzekering hebben.

Dit wordt ondersteund door artikel 12 van het Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR) waarin staat: "Dat iedereen recht heeft op een goed mogelijke lichamelijk en geestelijke gezondheid. Het recht op gezondheid bestaat volgens het toezichthoudend Comité (CESCR) uit vier elementen waaraan medische voorzieningen in een staat moeten voldoen: (1) beschikbaarheid, (2) toegankelijkheid, (3) aanvaardbaarheid en (4) kwaliteit." (arts en vreemdeling, 2007;26). Elke persoon heeft dus recht op acute noodzakelijke gezondheidszorg, ongeacht of zij verzekerd tegen ziektekosten zijn of niet.

De kosten die hulpverleners hiervoor maken kunnen zij declareren bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). De eisen van het CVZ voor declaraties staan beschreven in paragraaf 2.4. De vergoeding die hulpverleners ontvangen staat beschreven in Artikel 122a, lid 4: "Indien zorg is verleend die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing, recept of zonder indicatie als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wordt verleend, bedraagt de bijdrage: a:100% van de kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling, en b: 80% van de kosten in de overige gevallen, voor zover deze kosten niet op grond van het derde lid zijn of kunnen worden betaald of buiten beschouwing dienen te blijven"(Artikel 122a, lid 4 Zvw).

Een ander aspect van deze wet is de verhaalplicht van de hulpverlener zoals omschrijven staat in artikel 122a, lid 3: "Geen bijdrage wordt verstrekt voor zover de kosten van de verleende zorg op de vreemdeling of een verzekeraar van de vreemdeling kan worden verhaald". De hulpverlener wordt dus verplicht om in eerste instantie de kosten die hij maakt te verhalen op de patiënt, lukt dit niet kan er aanspraak gemaakt worden op de declaratieregeling.

Het belangrijkste onderdeel van Artikel 122a van de Zorgverzekeringswet is lid 1. Hierin staat omschreven voor hulpverleners welke patiënten in aanmerking komen voor een vergoeding, zie kader 5. Dit betekent dat de hulpverlening aan een aantal onverzekerde personen, zoals genoemd in kader 1, niet in aanmerking komen voor de regeling tegemoetkoming onverzekerde, met als grootste groep de EU-onderdanen.

1. Het College zorgverzekeringen verstrekt bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan:
 - a. vreemdelingen als bedoeld in artikel 8, onderdelen f of h, van de Vreemdelingenwet 2000, voor zover het betreft vreemdelingen die in afwachting zijn van een beslissing op een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning als bedoeld in artikel 14 van die wet, dan wel vreemdelingen die in afwachting zijn van een beslissing op een bezwaarschrift of een beroepschrift naar aanleiding van een beslissing als hiervoor bedoeld en deze procedure krachtens de Vreemdelingenwet 2000 of op grond van een rechterlijke beslissing in Nederland mogen afwachten, en
 - b. vreemdelingen als bedoeld in artikel 10 van de Vreemdelingenwet 2000.

3.2 Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten

De AWBZ is bedoeld voor als bescherming voor de hoge kosten van langdurige ziekten onder ingezetenen. Een persoon is alleen AWBZ verzekerd op het moment dat hij rechtmatig in Nederland verblijft en via loondienst belasting betaalt: “Verzekerd overeenkomstig de bepalingen van deze wet is degene, die: a. ingezetene is; b. geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen”(AWBZ, artikel 5;1). Dit betekent dat ook een niet- ingezetene wel recht kan hebben op AWBZ zorg, op het moment dat hij loonbelasting betaalt. Op het moment dat een persoon niet rechtmatig in Nederland verblijft kan deze persoon geen aanspraak maken op de AWBZ voorzieningen.

Sinds 1 januari 2009 is de AWBZ zorg opgenomen in de CVZ regeling ‘tegemoetkoming kosten onverzekerden’. Het is dus nu voor GGZ en andere zorginstellingen mogelijk om de kosten voor onverzekerde patiënten te declareren bij CVZ. Maar alleen als de zorginstelling gecontracteerd is bij het CVZ, zoals eerder uitgelegd. De AWBZ-zorg die vergoed wordt door CVZ bevat alleen de zorg zoals deze staat omschreven in artikel 6 lid 1: “De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening” (AWBZ, artikel 6;1).

3.3 BIG Wet

De wet voor Beroepsbeoefenaren In de Gezondheidszorg (BIG) is een kaderwet die de vervanging van een jarenlange hiërarchische traditie inleidde. “Met de invoering van de BIG wet is een integraal verbod op het uitoefenen van de geneeskunst (met uitzondering van de artsen) vervangen door een geclausuleerde vrijheid voor een ieder die de individuele gezondheidszorg uitoefent” (de Die & Hoorenman, 2003;1). De BIG wet zorgde voor een ruimere interpretatie van gezondheidszorg en de mogelijkheid om geneeskundige handelingen te verrichten door een ander dan een arts (Ibid.;2).

De doelstelling van de wet BIG is: “Het bevorderen van de kwaliteit van de zorg die beroepsbeoefenaren verlenen en de bescherming van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren”(Ibid.;5). De inhoud van de wet BIG staat in kader 5 vermeld.

Met de komst van de BIG wet is er voor de beroepsbeoefenaar veranderd dat er van beroepsbescherming naar vrijheid is gegaan. “Iedereen mag zich op het terrein van de individuele gezondheidszorg bewegen, als men zich maar houdt aan de regeling van de voorbehouden handelingen en geen schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt”(Ibid.;8). Vroeger mochten geneeskundige handelingen alleen door artsen worden gedaan, maar door de verandering van de gezondheidszorg was dit niet meer haalbaar. Verpleegkundigen waren eigenlijk niet bevoegd om geneeskundige handelingen uit te voeren. Met de invoering van de BIG is dit veranderd, met als gevolg: “Dat er een veel grotere groep hulpverleners dan voorheen zich op het gebied van de gezondheidszorg is gaan bewegen” (Ibid.;8).

Om patiënten te beschermen tegen ondeskundigheid is er gelijktijdig ook een titelbescherming ingevoerd. De titels zijn beschermd door wettelijk geregelde opleidingseisen en deskundigheidsgebieden. Op het moment dat een hulpverlener BIG geregistreerd is, voldoet deze persoon dus aan de wettelijke eisen om deze titel te claimen (Ibid.;9). Voor het bewaken van de kwaliteit van BIG is de registratie-eis bij selectieprocedures een belangrijke eis.

De BIG bewaakt de kwaliteit en deskundigheid van beroepsbeoefenaren, het is voor professionals in de zorg van belang om zich binnen de regels van de BIG wetgeving te bewegen.

Kader 6: Wat regelt de BIG?

De onderwerpen die in de wet benoemd worden zijn:

- “Registratie en titelbescherming voor acht beroepen (arts, tandarts, apotheker, verloskundige, verpleegkundige, fysiotherapeut, psychotherapeut, gezondheidspsycholoog);
- Regeling van opleidingstitelbescherming voor veertien beroepsgroepen;
- Opleidingseisen voor de BIG geregelde beroepen;
- Beschrijving van deskundigheidsgebied voor elk van de BIG-geregelde beroepen;
- Bepalingen betreffende de toelating van buitenlands gediplomeerden;
- Regeling van voorbehouden handelingen;
- Kwaliteitsartikel (verantwoorde zorg en kwaliteitsverbetering);
- Tuchtrect voor de acht registerberoepen;
- Procedure ingeval van ongeschiktheid voor de beroepsuitoefening vanwege de gezondheidstoestand of verslaving van de acht registerberoepen;
- Toezicht op de naleving van de wettelijk bepalingen door de inspectie voor de gezondheidszorg;
- Strafbepalingen die overtreding van een aantal verplichtingen bedreigen met een geldboete, hechtenis of gevangenisstraf”.

(de Die & Hoorenman, 2003;6)

3.4 Wet op Geneeskundige Behandeling

In de Wet op Geneeskundige Behandeling (WOGB) staat beschreven welke verantwoordelijkheden er zijn voor arts en patiënt. Belangrijke aspecten hiervan zijn geheimhoudingsplicht, beslissingsvrijheid en hoe de arts met de gegevens en of weefsels van de patiënt moet omgaan volgens de wetgeving. Voor dit onderzoek is vooral artikel 453 van belang: “De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard” (WOGB, artikel 453).

3.5 Koppelingswet

De koppelingswet is een wet die het onmogelijk maakt voor personen die niet rechtmatig in Nederland verblijven, illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers, om aanspraak te maken op sociale voorzieningen. De koppelingswet is in 1998 in werking getreden met het doel: “Om het recht op sociale voorzieningen te koppelen aan het rechtmatig verblijven in Nederland” (aanhef Koppelingswet).

3.6 Vreemdelingenwet artikel 10

In artikel 10 van de vreemdelingenwet staat in navolging van de Koppelingswet dat: “de vreemdeling die geen rechtmatig verblijf heeft, kan geen aanspraak maken op toekenning van verstrekkingen, voorzieningen en uitkeringen bij wege van een beschikking van een bestuursorgaan. De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing op de bij de wet of algemene maatregel van bestuur aangewezen ontheffingen of vergunningen”. Dit artikel benadrukt dat er geen mogelijkheid is voor een persoon die niet rechtmatig in Nederland verblijft om gebruik te maken van sociale voorzieningen. Wel is er in dit artikel een uitzondering opgenomen; in lid 2 van artikel 10 staat vermeld: “Van het eerste lid kan worden afgeweken indien de aanspraak betrekking heeft op het onderwijs, de verlening van medisch noodzakelijke zorg, de voorkoming van inbreuken op de volksgezondheid, of de rechtsbijstand aan de vreemdeling”.

4. Theoretische kader: Professionals in de zorg

Een professional wordt in de dagelijkse praktijk gezien als iemand die goed is in wat hij doet. Dit kan dus een topsporter, een artiest of specialist in een werkgebied zijn. Op deze drie voorbeelden is geen eenduidige definitie te plakken. Het definiëren van een professional is door verschillende auteurs gepoogd. De invulling van de *verschillende* definities verschillen, maar velen noemen het klassieke voorbeeld van een professional: de arts. De sociale status, de lange opleidingsperiode en de gedragscodes die artsen hebben zijn de aspecten waarmee artsen worden gezien als professional.

4.1 Een professional getypeerd

Wilensky (1964) beschrijft in zijn artikel *'the professionalization of everyone?'* twee eigenschappen waaraan je professionals kan herkennen. (1) het werk is gebaseerd op (technische) kennis en competenties die alleen door training verworven kan worden en (2) de professional gedraagt zich naar bepaalde normen (141). Wilensky noemt vervolgens vijf stappen waaraan een beroep moet voldoen om als professional getypeerd te worden. "Als eerste noemt hij, dat het beroep moet groeien tot een full time bezigheid, het moet een 'baan' zijn. Ten tweede moet er een opleiding zijn, waar de 'competenties' die nodig zijn verworven kunnen worden. De volgende stap is het oprichten van een organisatie die opkomt voor de belangen van de professionals en de ruimte geeft voor intern debat. Stap vier is het uitsluiten van mensen door middel van diplomering en certificering. Men kan alleen aansluiten bij de beroepsgroep als deze in bezit is van de juiste papieren, dit om de beroepsgroep te beschermen en de autoriteit van de professionals te waarborgen. Als laatste formuleert een beroepsgroep een formele gedragscode, welke geldt voor alle praktiserende professionals, waaraan ze zich te allen tijden aan moeten houden" (Wilensky, 1964;142-145).

Aspecten van de typering van Wilensky zie je terug bij Freidson (2001). Hij onderscheidt in zijn boek *'The third logic'* drie kenmerken van een professional: (1) specialistische kennis, (2) beroepsorganisaties met een hoger doel en (3) persoonlijk ruimte, autonomie en bescherming van de normen en waarden. Freidson benoemt ideologie als een belangrijke eigenschap voor de professional. Ideologie ziet hij als een 'commitment to work'; het werk van de professional staat ten doel van helpen, iets toevoegen en niet voor de beloning (Freidson, 2001;108). Dezelfde ideologie wordt ook gebruikt om de sociale status te behouden, gebruik te maken van de politieke- en economische middelen om de eigen beroepsgroep te beschermen (Ibid.;106). Vooral de bescherming van de beroepsgroep om de sociale status te behouden is hierin een belangrijke factor.

Bekijken we deze eisen voor professies om professional te worden getypeerd, dan worden artsen en advocaten vaak als de klassieke voorbeelden genoemd, deze voldoen aan alle eisen. Maar er zijn ook professies die maar aan een gedeelte van de eisen voldoen, maar toch gezien worden als een professional, ondanks dat de professie an sich niet aan de eisen van een professional voldoet. Dit zijn bijvoorbeeld verpleegkundigen, die over weinig autonomie beschikken, maar wel gebonden zijn aan een gedragscode en beschikken over specialistische kennis. Ook docenten en maatschappelijk werkers kunnen aan deze groep worden toegevoegd (Trappenburg 2010;3).

De maatschappelijke inbedding van een professie wordt gekenmerkt door professionele controle. Er zijn twee vormen van professionele controle te onderscheiden: "(1) inhoudelijke controle, de professie bepaalt zelf wat professionals moeten weten, welke competenties en vaardigheden nodig zijn om de taak uit te voeren. Zowel technische kennis als ervaring speelt hierin

een rol. Daarnaast is er (2) institutionele controle, waarbij het gaat om de afscherming van de professie, de mate waarin de beroepsgroep in staat is om de professie wettelijk te beschermen middels tuchtrecht en toelatingseisen”(WRR, 2004;130).

4.1.1 De autonomie van een professional

Autonomie is binnen de professionele beroepsgroepen een belangrijke factor voor de uitvoering van de taken. Doordat zij, zoals hierboven genoemd, specialistische kennis hebben en zich moeten houden aan bepaalde professionele normen, hebben zij een zekere discretionaire ruimte om hun taken uit te voeren. De definities van autonomie lopen sterk uiteen. Het woordenboek geeft als uitleg ‘het recht om zelf te bepalen wat je doet’, maar in de bestuurlijke zin betekent autonomie volgens het woordenboek: ‘de onafhankelijkheid van een orgaan’. Deze definities van autonomie slaan op individuele personen, in het kader van dit onderzoek staat de professionele autonomie centraal. De definitie voor (medische) professionele autonomie is als volgt geformuleerd: “De vrijheid van oordeelsvorming van de arts om, zonder inmenging van derden, in de individuele arts/patiënt relatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt” (KNMG,2007;11).

De definitie van professionele autonomie van de KNMG is terug te zien bij Trappenburg. Zij onderscheidt op basis van Freidson (2001) drie soorten autonomie: “(1) een professie bepaalt zelf wie zich lid mag noemen, bepaalt haar eigen kwalificatie eisen, (2) een professie bepaalt zelf hoe het werk moet worden verdeeld, wie wat mag doen en (3) een professie controleert, berispt en straft zelf professionals die niet aan de eisen van het vak voldoen” (Trappenburg, 2010;2). Middels de autonomie hebben professionals de ruimte om hun werk zo te doen zoals zij dit het beste achten. Professionele autonomie vereist daarnaast het uitvoeren van de autonomie binnen de kaders van de geldende standaarden van de professie (Macdonald in Nursing Ethics, 2002;3).

Discretionaire ruimte en autonomie zijn voorrechten die professionals niet zomaar opgeven. In tegendeel juist, personen zijn op zoek naar manieren om hun autonomie te behouden of zelfs uit te breiden (Lipsky, 1980;19). Aan de andere kant worden organisaties steeds groter en complexer. Een arts heeft niet meer alleen te maken met zijn patiënt maar ook met de eisen van het ziekenhuis, de administratie en de verzekeraar. Daardoor wordt de autonomie van de professional, de arts steeds verder ingeperkt. Freidson (2001) noemt dit de spagaat van de professional, de bureaucratie, de administratie beperkt de ruimte van de professional voor de uitvoering van zijn beroep.

De voorrechten van de medische specialist staan nauwelijks ter discussie, daarentegen is er wel aandacht voor de toenemende autonomie van de verpleegkundige. Autonomie voor verpleegkundige betekent dat hij zonder tussenkomst van artsen en/of bureaucratie op basis van eigen kennis beslissingen kan nemen (van Hemel, 2001;28). Met de opkomst van verpleegkundige wetenschap ontstaat er een meer democratische verhouding tussen artsen en verpleegkundige. “Verplegingswetenschap helpt de verpleegkundige om als deskundige, autonome, beroeps-beoefenaar een eigen inbreng te doen” (van Hemel,2001;30). Ondanks deze professionalisering van het beroep verpleegkundige, is de verhouding tussen arts en verpleegkundige nog steeds hiërarchisch, en zijn verpleegkundigen gebonden aan de beslissingsbevoegdheid van artsen. “Verpleegkundigen halen hun autonomie uit de specifieke kennis die zij door training en ervaren hebben verworven en hebben door de geaccepteerde professionalisering van het beroep het recht

om misstanden en of onduidelijkheden aan de kaart te stellen" (Macdonald in Nursing Ethics, 2002;4).

4.1.2 Professionals versus bureaucratie

Vanaf oudsher zijn de medische professionals georganiseerd in maatschappen: een samenwerking van verschillende medische specialisten. Maatschappen zijn ontstaan als organisaties gericht op beheersing van de kosten, maar daarna stond vooral de vakgerichte samenwerking centraal. Tegenwoordig kan je een maatschap bekijken als een onderneming (Medisch Contact, 2001 nr 50). Medische specialisten werden middels hun maatschap ingehuurd door ziekenhuizen en andere zorginstellingen waar zij tegen betaling hun kunsten vertoonden. Tegenwoordig zijn er medische specialisten die in loondienst zijn van het ziekenhuis en is de macht van maatschappen onder andere door wet- en regelgeving ingeperkt. Medische professionals zijn niet meer zelfstandig en exclusief, zij moeten zich compromitteren aan het beleid van ziekenhuizen en naast hun professie uitoefenen bereid zijn om neventaken op zich te nemen.

De komst van publieke managers en het ontstaan van grote complexe organisaties zorgt voor meer contact tussen professionals en managers. Professionals krijgen steeds meer te maken met protocollen, budgetten en controle op tijdsbesteding door managers, die proberen grip te krijgen op het sturen van de autonome professionals. De complexe organisaties zijn vaak afhankelijk van de professionals voor het succesvol uitvoeren van hun taak, maar professionals hebben vaak de neiging om zich terug te trekken uit de organisatie (WRR, 2004;152).

De mate waarop professionals gelimiteerd worden in hun autonomie en de hoogte van overheidsteun voor hun maatschappelijke positie is afhankelijk van de sterkte van de beroepsgroepvereniging (WRR, 2004;67). De medische beroepsgroep is vanaf oudsher een sterke beroepsgroep en hun verenigingen zijn dan ook machtige instellingen. Zo is de toegang tot beroepsgroep, het alleenrecht op uitoefenen en de sterke maatschappelijk sociale status van een professional in de zorg mede te danken aan de sterke beroepsverenigingen (WRR, 2004;69). Zij genieten daarnaast van overheidsteun, via de juridische vastlegging van de eisen van de beroepsgroep in de BIG wet. Door deze sterke sociale positie hebben beroepsverenigingen de autonomie van het uitvoeren van de professie kunnen behouden voor de professionals.

Ondanks de sterke positie van professionals in de zorg, moeten zij samenwerken. Managers en professionals kunnen op verschillende manieren samenwerken. In de praktijk worden drie manieren onderscheiden: "(1) het management (als representant van de organisatie) schept de voorwaarden voor het professionele werk (faciliteren), (2) het management bepaalt het professionele werk (disciplineren) en (3) management en professionals vormen een productieve coalitie (coproduceren)"(WRR,2004;153).

Samenwerking tussen professionals en managers kan elkaar tegenwerken of verbeteren. Lipsky (1980) beschrijft waarom managers met uitvoerders botsen. Een verschil van inzicht, verschil in belangen of de dreiging van inperking van autonomie zijn voorbeelden waarom managers en professionals vaak botsen.

Trappenburg erkent botsingen tussen management en professionals en geeft 4 manieren waarop de samenwerking versoepeld kan worden. "(1) Zorg als manager dat je core business piekfijn in orde is, zodat professionals zich kunnen richten op hun core business. (2) Respecteer als manager de professionele ideologie en spreek professionals vooral aan op hun waarden en idealen, neem die waarden op in de missie van de organisatie. (3) Heb als manager waar mogelijk respect voor de

professionele autonomie, laat professionals van elkaar leren, organiseer bijeenkomsten waar professionals elkaar ontmoeten. En als laatste, (4) waai als manager niet met alle winden mee, niet elk politiek voornemen is een kans die je niet mag missen” (Trappenburg, 2010;15).

4.2 Beroepseer

Professionals in de zorg zijn vaak trots op hun beroep; zij dragen iets bij aan de samenleving. Zij zorgen voor de noodzakelijke hulp, die anderen, niet professioneel opgeleid, niet kunnen geven. Om hun beroep uit te oefenen zijn zij gebonden aan de eisen van de gezondheidszorg: zo ontstaat de beroepseer. Beroepstrots en beroepseer zijn twee zaken die erg dicht bij elkaar liggen, maar toch van elkaar verschillen. “Beroepseer, is als iemand er naar streeft kwaliteit te leveren door te voldoen aan hoge normen die door jezelf en door de groep tot maat zijn verheven en bij dit streven ook door anderen wordt erkend” (Kuhnen, 2009;31). Beroepseer gaat over wat er in de beroepsgroep, een professe, als standaard wordt gezien. Daarentegen gaat beroepstrots van de persoon zelf uit. “Beroepstrots is dat je zelf, openlijk en zelfbewust, de inhoud van je eigen beroepsuitoefening waardeert en dat je vindt dat de waarde daarvan een bredere erkenning verdient” (Ibid.;31).

Beroepseer gaat ook over de standaarden van de groep, je compromitteert jezelf als professional aan de standaarden die heersen binnen de professe. Dit komt onder andere naar voren in de gedragscodes en richtlijnen die door de professe worden opgesteld. Daarnaast is de sociale status van een beroep gebaseerd op de beroepseer die uitgedragen wordt door de professionals.

4.3 Gedragscodes

De gedragscodes, artseneed en andere richtlijnen geven richting aan de normen en waarden van de professionals binnen de professe. De codes worden aangemerkt als ‘professionele standaard’ waar een ieder die als professional opereert zich aan moet binden. “De artseneed, de eed van Hippocrates, geeft uitdrukking aan de morele waarden van de medische beroepsgroep; de gedragscodes en richtlijnen concretiseren deze waarden” (KNMG, 2010;22).

De gedragscodes zijn richtlijnen voor artsen, niet alle normen zijn verplicht maar dienen bijvoorbeeld als advies. Er kunnen verschillende opvattingen bestaan over bepaalde behandelingen, maar de bepalingen dienen wel de algemene aanvaardbare opvatting weer te geven. Toetsingsinstanties als de tuchtcolleges, visitatiecommissies, klachtencommissies en de inspectie voor de gezondheidszorg hanteren de professionele standaard ook op die manier (Ibid.;22). Dit betekent niet dat artsen dit altijd moet volgen, zij moeten echter wel kunnen uitleggen waarom zij de norm niet hebben toegepast. Doorslaggevend in dit geval is altijd de gezondheidssituatie en het belang van de individuele patiënt (Ibid.;22).

Een gedragscode, of bekender ‘a code of ethics’ is een geschreven document welke richtlijnen bevat voor morele standaarden ten behoeven van de professional (Schwarz, 2002;29). wordt. Uit onderzoek blijkt dat de validiteit van een ‘code of ethics’ afhankelijk is van drie aspecten: (1) participatie door professionals op de ontwikkeling van de code, (2) compatibel zijn met algemene ethische principes en (3) code moet in lijn zijn met de organisatiecultuur, hij moet authentiek zijn. (Newton, 1991 in Schwarz, 2002;30). De beroepsvereniging voor artsen in Nederland, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) heeft de gedragscode opgesteld in samenwerking met de leden, met inachtneming van de internationaal geldende regels

van de 'Declaration of Geneva', waarin de universele (medische) ethische gedragsregels vermeld staan.

Het afleggen van de artseneed is in Nederland niet wettelijk verplicht; door de universiteiten wordt er ook in mindere mate aandacht aan besteed. Daarentegen wordt er op de medische opleidingen wel aandacht besteed aan (medische) ethiek. Onder medische ethiek wordt verstaan: "Een reflectie op het menselijke handelen in het licht van moreel goed en kwaad, toegepast op de omgang met leven en dood, voortplanting, gezondheid en ziekte. Meer specifiek betekent medische ethiek het geheel aan opvattingen en gedragsregels inzake een goede uitoefening van de geneeskunst" (Ibid.;22).

De opvattingen over medische ethiek zijn geconcretiseerd in gedragscodes voor de medische beroepsgroep. Ethisch opvattingen zijn per land verschillend, met uitzondering van de vier elementen, die de basis vormen van internationaal geneeskundige normen: (1) respect voor autonomie van de patiënt, (2) geen schade aanrichten die niet nodig is, (3) weldadig handelen en (4) rechtvaardig handelen (Ashcroft e.a., 2007;4). De KNMG noemt deze vier elementen als basis voor de gedragscode voor artsen zoals deze geldend is op dit moment.

Naast de gedragscode voor artsen hebben verpleegkundigen hun eigen normen en waarden vastgelegd in een document. Zij leggen bij het behalen van hun diploma de Eed Verpleegkundigen en Verzorgenden af. Net zoals de eed van Hippocratus voor de artsen, is deze eed niet verplicht, maar met het uitspreken van de eed spreken zij uit waarvoor ze staan. De Eed geeft uitdrukking aan de waarden en normen van de beroepsgroep (V&VN, 2010). Naast de eed heeft de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) ook een beroepscode opgesteld. In deze code staan richtlijnen opgesteld voor de uitvoering van het beroep verpleegkundige en/of verzorgende. Daarnaast zijn er in het document richtlijnen geformuleerd over de medisch ethisch handelen.

4.4 Verwachtingen

De professionals, met name de professionals in de zorg, geniet van een hoge mate van autonomie. Daarnaast zijn zij een beperkte groep: een professional moet aan verschillende eisen voldoen om als professional getypeerd te worden. Vrijwel alle beroepen binnen de zorg worden in het dagelijks leven gezien als professional, of het nu een verpleegkundige of chirurg is, van beiden wordt verwacht dat zij hun beroep uitoefenen volgens de standaarden van de beroepsgroep en dat zij daarvoor opgeleid zijn.

Een belangrijk aspect van een professional in de zorg is de zorgplicht en de plicht tot goede hulpverlening welke staat omschreven in de gedragscodes van de desbetreffende professies. Deze staan ook wettelijk vastgelegd in de Wet Beroepsbeoefenaren In de Gezondheidszorg (BIG wet) en in de wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WOGB).

In dit onderzoek draait het om de behandeling van onverzekerde personen. Personen die dus verzekering technisch gezien niet in aanmerking komen voor behandeling, maar op grond van de rechten van de mens wel recht hebben op medisch noodzakelijke zorg. Om aan deze eisen te voldoen zijn er verschillende maatregelen genomen, zowel nationaal als Europees. Zoals we gezien hebben in het context en het juridisch kader zijn er mensen die buiten de boot vallen op het gebied van gezondheidszorg. Immers alleen medische noodzakelijke zorg, wordt door de verschillende regelingen vergoed aan de hulpverlener.

Nu betekent dit dat hulpverleners soms personen met een hulpvraag niet altijd kunnen helpen. De term medisch noodzakelijk zorg is zowel door een commissie van medische wetenschappers als de wetgever onderzocht en gedefinieerd. Of een hulpvraag als medische noodzakelijke hulp geassocieerd moet worden is aan de professional, de hulpverlener. Hier ziet men een botsing van belangen: de professional heeft een zorgplicht, één die door de beroepsgroep hoog in het vaandel wordt gedragen, maar heeft niet altijd de mogelijkheid om de personen te helpen en om de gemaakte kosten te kunnen declareren. Of dit nou bij de patiënt zelf is of via een van de bestaande regelingen is in principe irrelevant. De kosten, zeker die van een chronisch ziektebeeld, kunnen hoog oplopen.

Aan de hand van de literatuur kan men verwachten dat de wet en regelgeving rondom het verlenen van hulp aan patiënten haaks staat op de standaard in de beroepsgroep, de zorgplicht. De gedragscodes en de heersende beroepseer versus de wet en regelgeving zorgt voor een interessante kwestie binnen de professies in de zorg.

Een bijkomend aspect is dat professionals zich graag bezighouden met hun eigen professie. De randvoorwaarden, wet-en regelgeving die niet direct van invloed is voor de uitoefening van hun beroep, is daarom een aspect waar zij zich eigenlijk niet mee bezig willen houden. De relatie tussen management en professional is daarom een belangrijke schakel. De ervaringen van de professionals is afhankelijk van de implementatie van de wet en regelgeving rondom dit onderwerp in hun specifiek werksituatie. Samenwerking en de rol van het management zijn daarom een belangrijk spel in de uitvoering van de wet en regelgeving.

Niet elke professional heeft direct te maken met een manager; een zelfstandige huisarts of apotheker is zelf verantwoordelijke voor de administratie. Van belang is dus ook de rol van betrokken instanties, zoals bijvoorbeeld de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het College van Zorgverzekeringen (CVZ), maar ook GGZ Nederland. De relatie tussen een zelfstandige hulpverlener en het CVZ valt te vergelijken met de relatie van een medisch specialist met de medische administratie van een ziekenhuis. Management moet in dit onderzoek als breed begrip gezien

worden, waarin de creatie van randvoorwaarden centraal staat. Dit impliceert dat ook de rol 'opdrachtgever' hierbinnen een rol kan spelen.

De rol die instanties als CVZ en GGZ Nederland, als 'manager' of als 'opdrachtgever' voor de (zelfstandige) professional, inneemt kan invloed uitoefenen op het verloop van de samenwerking en daarmee op de uitvoering van de wet-en regelgeving. De verwachting rondom dit onderwerp is dat de communicatie tussen de betrokken partijen van belang is om de samenwerking rondom de uitvoering goed te laten verlopen.

5. Methode

Voor elk onderzoek is het van belang om uit te leggen hoe het onderzoek is uitgevoerd. Hier een beschrijving van het perspectief van de onderzoeker, de onderzoeksmethode en hoe de betrouwbaarheid en validiteit gewaarborgd wordt.

5.1 Wetenschappelijk filosofisch perspectief

Dit onderzoek is gebaseerd op twee aspecten: de wet- en regelgeving en de ervaringen van professionals. Het eerste aspect is eigenlijk de context, de wet- en regelgeving. De Implementatie van wet- en regelgeving is een praktische probleem, klaar voor praktische oplossingen. Maar wet- en regelgeving wordt gecontroleerd door de rechtspraak, waar interpretatie van deze wet- en regelgeving leidend is. De interpretatie van de wet en regelgeving in samenhang met de ervaringen van de centrale actoren in dit onderzoek, de professionals, zorgt voor een ander perspectief. Ervaringen, interpretaties en ruimte voor eigen inbreng wordt in Burrell & Morgan; *'sociological paradigms and organisational analysis'*(1979) gezien als de interpretatieve benadering, waarin 'begrijpen' van de situatie tot doel staat. Binnen deze benadering staat subjectiviteit voorop, alles wordt door iedereen op een andere manier ervaren. Interpretatieve onderzoekers zien de wereld als volgt: "The social World as an emergent social process which is created by the individuals concerned" (Ibid.;28). Hieruit volgt de acceptatie dat theorievrije waarnemingen onmogelijk zijn, er is geen eenduidige waarheid. "Interpretative researchers seek to understand the very basis and source of social reality" (Ibid.;31).

In dit onderzoek is gekozen voor een interpretatieve benadering. Zowel de feitelijke documentatie van de wet- en regelgeving als de ervaringen van de professionals zijn de basis van dit onderzoek, daarom is het van belang deze te gebruiken als aanvulling op elkaar. Door verschillende bronnen te gebruiken wordt er een completer beeld van de werkelijkheid geboden. "The theoretical vocabulary carried into the research activity is often considered by the researcher as a first cut or guide to getting started constantly open to new meaning, translations and redifferentiation based on interactions in the research process"(Ibid.;196). Interpretatief onderzoek focust zich volgens Deetz op taal, context en situaties (Ibid.;195). De inzichten rondom deze dimensies, voortkomend uit de verkregen data zijn bepalend geweest voor de uiteindelijke vraagstelling in dit onderzoek. De vraag is na eerste gesprekken met respondenten en verdieping in de bestaande onderzoeken aangepast. Theorievorming is pas ontstaan na de eerste analyses, een kenmerk van de interpretatieve benadering (Ibid.;196). De interpretatie van de resultaten is afhankelijk van de ervaringen die de professionals aangeven. Daarom geldt dat het proces, de respondenten en de resultaten leidend zijn in dit onderzoek (Ibid.;196).

5.2 Onderzoeksinstrumenten

Zoals eerder toegelicht, bestaat dit onderzoek uit twee aspecten; de wet- en regelgeving en de ervaringen van de professionals. De wet- en regelgeving is via literatuuronderzoek op een zo objectief mogelijke manier gepresenteerd. Geprobeerd is om de objectiviteit te waarborgen door ook de geschiedenis en de totstandkoming van wet en regel mee te nemen. Dit om de huidige situatie met in achtneming van het perspectief van het verleden zo objectief mogelijk te kunnen beoordelen.

Voor het tweede aspect, de ervaringen van de professionals, is gekozen voor interviews met respondenten uit verschillende hoeken van de zorg en verschillende belangengroepen. Er is geprobeerd om respondenten uit alle betrokken sectoren te interviewen. De respondenten zijn uitgenodigd op grond van hun expertise op dat betreffende vlak. Hierdoor zijn er ook respondenten zonder eigen medische achtergrond, maar die wel via hun takenpakket betrokken zijn bij de problematiek.

De interviews met de respondenten zijn via een recorder opgenomen en getranscribeerd. Voor de analyse is gebruik gemaakt van codering van het transcriptiebestand. Alle uitspraken zijn genummerd. In dit onderzoek is gekozen voor een thematisch codering, waarin het thema leidraad is in de codering van fragmenten (van Thiel, 2007;162).

5.3 Betrouwbaarheid & Validiteit

“Betrouwbaarheid en validiteit zijn begrippen die meer passen in de kwantitatieve onderzoeksmethodes. Bij kwalitatief onderzoek is het lastig om de begrippen te benoemen, dit omdat de analyse van de onderzoeker zich veelal afspeelt in de het hoofd van de onderzoeker” (van Thiel , 2007;165).

Om als kwalitatief onderzoek wel de betrouwbaarheid en validiteit te kunnen waarborgen benoemt van Thiel (2007) triangulatie, een driehoeksmeting, als een manier om de validiteit te vergroten. Triangulatie legt van Thiel uit als: “het verzamelen en/of verwerken van informatie op meer dan één manier. Dit kan zijn door triangulatie van (1) operationalisaties (meerdere maatstaven voor één construct), (2) informatiebronnen (mensen, documenten, eerder onderzoek), (3) onderzoekers (intercollegiale vergelijking) en (4) methoden of meetinstrumenten (bijvoorbeeld interviews en analyses van documenten over het zelfde onderwerp)”(2007;59). Triangulatie is in dit onderzoek toegepast met name door gebruikmaking van verschillende bronnen, zowel respondenten, documenten als eerdere onderzoeken. De operationalisatie van begrippen, door middel van het theoretisch kader rondom professionals en de verschillende vormen van onverzekerde personen.

Er moet benadrukt worden dat betrouwbaarheid en validiteit zeker in dit onderzoek lastig te bewerkstelligen is. Het onderzoek is gedaan door één onderzoeker, dus zonder controle van mede-onderzoekers. Daarnaast is het onderzoek uitgevoerd met behulp van respondenten van verschillende organisaties waardoor de zogeheten ‘membercheck’ bij respondenten lastig te genereren valt. Door middel van overleg met mede-studenten en experts vanuit de zorg die niet betrokken zijn bij het onderzoek is er gepoogd om de betrouwbaarheid te vergroten (Ibid.;165). Dit is ondermeer gedaan door te vragen naar ‘navolgbaarheid’ van de resultaten bij een expert uit de zorg, die zowel als verpleegkundige en als manager heeft gewerkt met onverzekerden in de zorg. Wel moet de kanttekening geplaatst worden dat het aantal respondenten te beperkt is om echte generalistische conclusies te kunnen trekken.

5.4 Operationalisatie kernbegrippen

Voor de analyse van de resultaten en beantwoording van de hoofd- en deelvragen is het belangrijk om helder te stellen wat de gehanteerde definities van kernbegrippen zijn en op welke manier deze definities in verband staan met de theorie (van Thiel;2007;51). De belangrijke kernbegrippen van dit onderzoek zullen worden toegelicht aan de hand van theoretische definitie en praktische uitvoering binnen dit onderzoek.

Professionals

Voor dit onderzoek wordt uitgegaan van de typering die Wilensky voor een professie maakt: (1) het werk is gebaseerd op (technische) kennis en competenties die alleen door training verworven kan worden en (2) de professional gedraagt zich naar bepaalde normen (1964;141).

Er is gekozen voor deze typering omdat binnen deze typering zowel verpleegkundigen als artsen en alles wat er tussen zit vallen. Vele professies spelen een rol in dit onderzoek. Daarnaast beschikken zij als medische professionals over de autonomie om de noodzakelijk afweging over de term 'medische noodzakelijk zorg' te maken. Daarom zie ik beoefenaren van deze professies als professionals.

Onverzekerde personen

Voor een onverzekerd persoon maken we grof drie onderscheidingen: (1) een Nederlandse ingezetene zonder geldige zorgverzekering, maar die wel toegang heeft tot de mogelijkheid van verzekeren. (2) Een onrechtmatig in Nederland verblijvend persoon, die geen recht heeft op sociale voorzieningen en dus geen mogelijkheid heeft tot het afsluiten van een zorgverzekering. (3) Een Europees onderdaan die rechtmatig in Nederland verblijft zonder zorgverzekering, maar recht heeft op een zorgverzekering in het land van herkomst.

Deze drie vormen van onverzekerd zijn bevatten de grootste groep van de onverzekerden in Nederland. De overige vormen zijn afsplitsingen van de bovengenoemde categorieën. De wet- en regelgeving is ook toegepast op deze drie categorieën. Voor een compleet overzicht van de verschillende soorten onverzekerden verwijs ik u naar kader 1 op pagina 11 van dit onderzoek.

Medisch noodzakelijke hulp

Naar aanleiding van verschillende onduidelijkheden rondom de term medisch noodzakelijk zorg heeft de commissie Klaazinga, na onderzoek een definitie geformuleerd. "Medische noodzakelijke zorg dient naar oordeel van de commissie als 'verantwoorde en passende zorg' te worden gedefinieerd. Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Daarbij baseert een arts de indicatie op een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen, indiceert conform de normen van de beroepsgroep en is kosteneffectief. Bij gelijke effectiviteit van interventies geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag" (Arts en Vreemdeling, 2007;9).

Deze definitie is niet compleet overgenomen in de wettekst van de Zorgverzekeringswet. Daar wordt de volgende definitie gehanteerd: "De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of

b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten” (Zorgverzekeringswet, art. 11)

Beide definities benadrukken de ‘behoefte van de patiënt’ als medisch noodzakelijke zorg. Dit betekent dat het aan de arts is om te bepalen of de zorg medisch noodzakelijk is of niet.

Voor dit onderzoek gaan wij uit van de definitie zoals hij in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet beschreven staat. Dit omdat de professionals zich moeten houden aan de wet- en regelgeving zoals deze officieel is vastgelegd.

5.5 Operationalisatie deelvragen

Voor de beantwoording van de hoofdvraag zijn er drie deelvragen opgesteld. Deze deelvragen gaan in op verschillende onderdelen van dit onderzoek en zullen te samen tot een antwoord op de hoofdvraag leiden.

Deelvraag 1: Hoe gaan de professionals in de zorg om met hun rol als professional ten opzichte van een onverzekerde persoon?

Bij de beantwoording van deze deelvraag staat de rol van de professional centraal. Hoe zien de professionals zelf hun rol en wat zien zij als een belangrijk punt in de behandeling van onverzekerde personen. Wat zien de betrokken organisaties, als de vereniging voor huisartsen en stichting Lampion als centrale thema's?

Deelvraag 2: Welke factoren spelen mee bij de behandeling van een onverzekerde persoon?

De wet- en regelgeving geeft een duidelijk kader aan over de voorwaarden van patiënten om in aanmerking te komen voor vergoeding. Hoe worden deze kaders ervaren door professionals? Belangrijk onderdeel hiervan is informatievoorziening aan professionals, weet iedereen wat ze moeten weten? Daarnaast wordt er gekeken naar de visie van professionals en betrokken organisaties, en waar zien zij knelpunten en/of mogelijkheden tot verbetering?

Deelvraag 3: Zijn er verschillen tussen behandeling binnen de verschillende sectoren: eerstelijnszorg, spoedeisende hulp en de geestelijke gezondheidszorg?

Als zelfstandig huisarts bekleed je een andere positie dan als medisch specialist in een groot ziekenhuis met een complete medische administratie achter de hand. Wat zijn de verschillen in implementatie binnen de verschillende sectoren? Hierbij kijken we naar de ramingen gemaakt door het CVZ en de daadwerkelijk gemaakte kosten per sector. Belangrijk hierbij zijn de verschillende soorten onverzekerde die een rol spelen bij dit onderzoek.

6. Analyse

Na de beschrijving van de context, juridisch- en theoretisch kader is het nu tijd om te kijken naar de onderzoeksresultaten en die in perspectief te zetten met de voorgaande beschrijving van de situatie. De analyse wordt opgebouwd aan de hand van de drie deelvragen. Hierin wordt geprobeerd een antwoord te zoeken op de hoofdvraag: de ervaringen van de professional in de zorg met de wet- en regelgeving rondom onverzekerde patiënten.

In de voorgaande hoofdstukken is beschreven welke actoren betrokken zijn (context), hoe de wet- en regel in elkaar zit (juridisch kader) en wat het inhoudt om een professional in de zorg te zijn. Nu gaan we dit koppelen aan de ervaringen van de respondenten, om een beeld te krijgen van de situatie alvorens we een conclusie zullen trekken. Een overzicht van de respondenten kunt u vinden in bijlage 3.

6.1 Deelvraag 1: de rol van professionals in de zorg

Als men de typering van Wilensky gebruikt, uitgelegd in het theoretisch kader, ziet men dat vele actoren in de zorg als professional aangemerkt kunnen worden. Als medische professionals hebben zij daardoor allemaal te maken met een zorgplicht, waardoor zij verplicht zijn om patiënten te behandelen. Dus ook onverzekerde patiënten die een hulpvraag hebben. Om hulpverleners te beschermen tegen de kosten van behandeling van onverzekerde patiënten is er verschillende wet- en regelgeving ontwikkeld. Deze regelingen gaan in het kader van dit onderzoek uit van het verlenen van medische noodzakelijke zorg. Medische professionals hebben via de wetgever de autonomie gekregen om te bepalen wat medisch noodzakelijk zorg voor elke patiënt betekent. Deze autonomie is gebaseerd op het feit dat alleen medische professionals kunnen beoordelen wat wel of niet medische noodzakelijke zorg is door de specialistische kennis die gekoppeld is aan hun beroep. Deze vrijheid is dus een gevolg van de professionele status die medische professionals in deze maatschappij hebben. Dit zie je ook terug in de kenmerken van een professional genoemd door Freidson (2001): specialistische kennis, beroepsverenigingen met een hoger doel en persoonlijk ruimte, autonomie en bescherming van de normen en waarden.

Er zijn twee centrale thema's die de rol van een medische professional typering. Als eerste, staat de zorgplicht centraal. Als tweede, de gedragscodes opgesteld door de beroepsverenigingen. In deze gedragscodes staat beschreven hoe een hulpverlener zich hoort te gedragen en aan welke eisen goede zorg moet voldoen.

6.1.1 Zorgplicht

Medische beroepsgroepen kennen sterke beroepsverenigingen. Deze zijn van invloed op de sfeer en instelling van de medische professionals. Zo zijn beroepseer en de zorgplicht belangrijke thema's voor deze professionals. Voor de behandelingen van onverzekerde patiënten geldt dit principe hetzelfde als voor verzekerde patiënten. Voor de professional is het een patiënt met een hulpvraag die behandeld moet worden, ongeacht of deze verzekerd is of niet. *“Maar om even heel kort te zijn, wij weigeren nooit patienten, ongeacht of ze nou verzekerd zijn of niet”* (2;36). Dit is de kern van de zorgplicht, het behandelen van patiënten met een hulpvraag. Dit staat vastgelegd in de wetgeving, namelijk in artikel 453 van de Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst (WOGB). In dit

artikel wordt benoemd dat een arts elke patiënt als gelijk moet behandelen, dit betekent dat een onverzekerde patiënt niet anders behandeld mag worden dan een patiënt die wel een zorgverzekering heeft. In de praktijk gaat dit niet helemaal op, omdat er in een andere wetgeving, namelijk artikel 122a van de Zorgverzekeringswet staat beschreven dat een hulpverlener alleen medische noodzakelijke hulp hoeft te verlenen aan een onverzekerde patiënt.

De zorgplicht is een aspect waar hulpverleners veel waarde aan hechten. Dit is terug te zien in de gedragscodes die zijn ontwikkeld door beroepsverenigingen die als richtlijnen werken voor medische professionals. "Als verpleegkundige/verzorgende heb ik als uitgangspunt dat iedere zorgvrager recht heeft op zorg. Dat betekent met name dat etnische afkomst, nationaliteit, cultuur, leeftijd, geslacht, seksuele geaardheid, ras, geloof, levensbeschouwing, politieke overtuiging, sociaal-economische status, lichamelijke of verstandelijke beperking, aard van de gezondheidsproblemen, levensstijl niet van belang zijn voor de vraag of iemand zorg krijgt, dat ik iedere zorgvrager en zijn naasten met hetzelfde respect tegemoetreed"(V&VN,2006;11). Een vergelijkbaar artikel staat in de gedragscode van de KNMG voor artsen.

Vanuit de gedragscodes en de wetgeving heeft de zorgplicht van medische professionals een belangrijke functie ingenomen. Een kenmerk van professionals die in de literatuur wordt genoemd is het hebben van een 'code of ethics' (Wilensky,1964;141). Binnen de medische wereld is deze 'code of ethics' als sinds de eed van Hippocrates (±400 voor Christus) deel van het beroep. In de Nederlandse artseneed is opgenomen dat in lijn van de zorgplicht het belang van de patiënt altijd voorop moet staan: "Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd" (KNMG,2010;9). Dit wordt ook internationaal gesteund. In de 'Declaration of Geneva', die opgesteld is door de World Medical Association, staat hetzelfde beschreven: "The health of my patient will be my first consideration" (KNMG,2010;21).

Professionals geven ook aan deze zorgplicht als 'logisch' te ervaren. Een patiënt komt binnen met een hulpvraag en wordt vervolgens geholpen; pas daarna wordt er gekeken naar de persoonlijke omstandigheden van patiënten. "Maar zij weten niet dat iemand niet verzekerd is, sommige van ons weten dat iemand niet verzekerd is, dat zullen er maar een paar zijn. Maar de rest weet niet eens of iemand wel of niet verzekerd is, dan moeten wij bewust gaan kijken op de stickers of iemand verzekerd is" (2;68). De patiënt wordt gewoon behandeld net als elk andere. Ook is het niet altijd direct te beoordelen of iemand wel of niet verzekerd is. Een voorbeeld: "Je bent natuurlijk verplicht om je legitimatie bij je te hebben, maar als iemand op zaterdagochtend van het voetbalveld af komt, 9 van de 10 hebben geen legitimatie bij zich"(2;72). Hierbij speelt de term 'medisch noodzakelijke hulp' wel een rol. Onverzekerde die bij de spoedeisende hulp van een ziekenhuis binnen komen met een hulpvraag die niet spoedeisend is en eigenlijk bij een huisarts thuis hoort kan dan worden doorverwezen, dit is afhankelijk van het beleid van het ziekenhuis.

6.1.2 Rol van professionals

De zorgplicht is in lijn met de maatschappelijke 'rol' die professionals innemen. Reed (2001) legt uit dat de rol van een persoon binnen de professie gelieerd is aan hoe iemand zich identificeert met de identiteit van het 'systeem' en vervolgens ook handelt naar de normen en waarden van het 'systeem' (2001;2). Het systeem kan gezien worden als de beroepsgroep van de medisch professionals welke onder invloed staat van de sterk heersende gedragscodes en interne controle.

Gedragscodes zoals deze, die zijn ontwikkeld door de beroepsgroepen, kennen een lange geschiedenis. Ze zijn gebaseerd op de wetgeving rondom het uitoefenen van de professie. Zo zijn de eed van Hippocrates, het principe van 'geen kwaad doen' en kwaliteitsbewaking belangrijke uitgangspunten van de wetgeving op dit gebied. Dit is onder andere terug te vinden in de BIG Wet: waar het kernpunt, de kwaliteitsbewaking door de (her)registratie van de professionals, een belangrijke invloed heeft op het behouden van de sociaal maatschappelijke status van medische professionals.

In de uitvoering wordt er veel gesproken over het zich bezig houden van de professional met de professie: goede en verantwoorde zorg verlenen, en zich niet moet druk maken om de randvoorwaarden. Dat is aan de administratie om uit te zoeken. Zoals door de professional uitgelegd: *"Nee ik heb het nog wel eventjes nagevraagd, maar dat was nog niet helemaal duidelijk voor mij hoe dat precies werkt. Dat is de zorgadministratie die daar verder uhhh ja daarover gaat laat maar zeggen, in hoeverre zeg maar waar het geld vandaan getrokken wordt, of dat iets is van het ziekenhuis zelf of dat ergens anders vandaan gehaald wordt dat weet ik niet"* (2;29).

Vooraf bij de grote zorginstellingen kan het voorkomen dat de professionals niet op te hoogte zijn van de administratieve afhandeling van de behandeling van patiënten. *"Daar komt het nog wel eens voor dat iemand mailt van goh hoe kan ik gefinancierd krijgen, dan zeggen we bel naar je naar je debiteuren afdeling en die weten het precies"* (5;134).

6.1.3 Zorginstellingen

Hulpverleners zijn vaak in dienst van (grote) instellingen als ziekenhuizen, gezondheidscentra en zijn daardoor gebonden aan de regels van deze instellingen. Zo kwam er uit de resultaten naar voren dat niet alle ziekenhuizen op dezelfde manier omgaan met onverzekerde patiënten. De lijn die wordt uitgezet vanuit hogerhand moet gevolgd worden door de professionals op de werkvloer. *"Van bovenaf wordt er bepaald dat elke patiënt die bij ons komt, wordt gezien, dat is zo bepaald"* (2;117). Terwijl zij signaleren dat ergens anders het er anders aan toe gaat: *"Die zeggen van nee doen we niet, en die verwijzen dan toch vaak hierheen omdat wij dat wel doen"* (2;111).

De uitvoering van de wet- en regelgeving wordt in de praktijk over het algemeen als positief beoordeeld. Wel gaven betrokken instanties verschillende 'kinderziektes' aan, die metertijd wel beter zijn geworden. Zo was met name in het begin de bekendheid van de regeling bij verschillende actoren onvoldoende. Als voorbeeld werd vaak het baliepersoneel van ziekenhuizen aangehaald. Dit omdat deze personen niet als medische professional worden aangemerkt en daardoor niet gebonden zijn aan gedragscodes en zorgplicht, maar aan de regels opgesteld door het ziekenhuis. Zo kwamen er verschillende verhalen, ook in de media, naar voren over personen die geweigerd werden aan de balie. *"één van die conclusies daaruit was dat ziekenhuizen uhh nou soms illegalen kinderen gewoon de zorg uhh weigeren terwijl in alle Europese regels en de van regels ten aanzien van kinderen mogen ze die helemaal niet weigeren"*(4;121). Maar de respondenten waren het gezamenlijk eens dat de bekendheid bij het de betrokken actoren steeds beter wordt. *"Dus dat er zijn nu in die 13 ziekenhuizen zijn nu ook protocollen gekomen als er illegalen kinderen komen wat ze dan moeten doen"* (4;121).

Ook bij GGZ instellingen is er veel onduidelijkheid over wet- en regelgeving rondom deze patiënten geweest. Sinds de invoering van het basispakket in de zorgverzekeringswet heeft GGZ expliciet te maken met onverzekerde patiënten. *"Ik denk dat daar ook wel een beetje onervarenheid, onwetendheid inzit. Maar het ligt er ook maar helemaal aan, we hebben mensen die bij de medische*

administratie werken en die zijn er wat kiener op maar hulpverleners zouden daar misschien wat minder bewust mee bezig zijn, die zijn meer bezig met het verlenen van hulp en niet zo zeer met de financiële afhandeling van dingen” (3;23). De regeling is voor professionals werkzaam binnen de GGZ dus compleet nieuw. Dat hier en daar knelpunten ontstaan is daarom ook niet verwonderlijk.

6.1.4 Samenvatting

Samenvattend kan er geconcludeerd worden dat professionals veel waarde hechten aan de zorgplicht en deze dan ook na streven. Het helpen van patiënten met een relevante hulpvraag is daarin het uitgangspunt. Belangrijk hierbinnen is de medische noodzakelijke zorg.

De standpunten van (grote) zorginstellingen zijn bepalend voor de manier waarop de professionals de onverzekerde patiënten behandelen. De behandeling kan dus per instelling verschillen, afhankelijk van de situatie en de betrokken actoren. Dit heeft ook te maken met de geografisch ligging van instellingen; in de grote steden zijn nou eenmaal meer illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers. Een andere factor is bijvoorbeeld de aanwezigheid van een huisartsenpost dichtbij de zorginstelling en de beschikbaarheid van tandartsen in de direct omgeving.

6.2 Deelvraag 2: Behandeling van onverzekerde patiënten

Het wettelijk kader van onverzekerde patiënten is het uitgangspunt voor de regeling tegemoetkoming kosten van onverzekerde patiënten. Het CVZ heeft op basis van de wetgeving voorwaarden vastgesteld waaraan patiënten moeten voldoen om als hulpverlener compensatie voor de gemaakte kosten te kunnen declareren. Voldoen patiënten niet aan deze voorwaarden dan kunnen hulpverleners de kosten dus niet declareren. Belangrijk hierbij is dat de regeling tegemoetkoming onverzekerde patiënten alleen van toepassing is op patiënten die afkomstig zijn van buiten de EU. Voor patiënten afkomstig van binnen de EU geldt dat patiënten in het bezit moeten zijn van een EHIC kaart of zelf moeten betalen. Kunnen ze dit niet, worden de kosten verhaald op de regering van het desbetreffende EU-land door afdeling buitenland van zorgverzekeraar Agis. Voor Nederlandse onverzekerde ingezetenen geldt dat zij nog tijdens het consult ingeschreven kunnen worden bij een zorgverzekeraar. Dit is mogelijk door de acceptatieplicht voor verzekeraars.

Er zijn dus verschillende eisen waar hulpverleners rekening mee moeten houden bij de behandeling van onverzekerde patiënten. Essentieel hiervoor is een goede informatievoorziening voor professionals. Een betere informatievoorziening kan onder andere bereikt worden door het delen van ervaringen en het centraal registreren van knelpunten.

6.2.1 Informatievoorziening

Belangrijk voor het goed implementeren van een regeling als deze is de informatievoorziening. Alle medische professionals zouden op de hoogte moeten zijn van het bestaan van deze regeling. Dit om mogelijke misstanden te voorkomen wanneer zij te maken krijgen met onverzekerde patiënten. Bij de invoering van de regeling in 2009 was er sprake van onbekendheid bij betrokken actoren. Uit

verschillende onderzoeken kwamen naar voren dat personen bij de balie weggestuurd werden of dat patiënten eerst moesten betalen. “Medewerkers die op cruciale (toegangs)plekken binnen de gezondheidszorg werkzaam zijn, zoals baliemedewerkers en administratieve krachten, beschikken vaak over onvoldoende kennis” (BMO, 2009;9). Het onderzoek *‘Ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot ziekenhuiszorg’* geeft eenzelfde voorbeeld: “Medewerkers die op cruciale (toegangs)plekken binnen de gezondheidszorg werkzaam zijn, zoals baliemedewerkers en administratieve krachten, beschikken vaak over onvoldoende kennis” (Pharos, 2010;10). Ook in dit onderzoek bleek de onwetendheid van het baliepersoneel een probleem. Vanuit verschillende kanten is dit aangekaart door betrokken actoren, zo ook stichting Lampion, waarin alle betrokken beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn, heeft het probleem van onwetendheid bij niet-professionele actoren besproken. Het laatste jaar zijn hier veel positieve reacties opgekomen, waardoor de situatie sterk verbeterd is. *“Wat je nu te horen krijgt, is dat juist dit systeem toch wel een verbetering is omdat je nu niet meer zoals dat wordt gezegd, je wordt niet weggestuurd maar doorverwezen”* (5;83).

6.2.2 Zorginstellingen

De informatie voorziening is per beroepsgroep verschillend. Werknemers in grote zorginstellingen als ziekenhuizen en GGZ instellingen worden door de organisaties zelf geïnformeerd over de manier van uitvoering. Dit kan per instelling verschillen. Het CVZ heeft met elk ziekenhuis, GGZ instelling of AWBZ instelling een ander contract afgesloten, één die het beste aansluit met de behoefte van die desbetreffende instelling. Dit is door het CVZ bewust gedaan: *“Wij proberen de ziekenhuizen en de zorgverleners zoveel mogelijk hun eigen autonomie te laten bewaren ten aanzien van deze regeling. Dat wil zeggen dat wij niet alles voorschrijven....we zeggen hooguit van kijk een aantal voorwaarden moet u aan voldoen, maar hoe zij hun incassotraject inrichten, dat is hun eigen verantwoordelijkheid”* (5;112). De autonomie van de instellingen staat voorop, dit omdat zij de regeling binnen de instelling tot uitvoer moeten brengen. Er is een groot verschil in behandeling van dag-patiënten op de poliklinieken van de ziekenhuizen of een patiënt die verlamd is in een verzorgingstehuis. Dit betekent dat de manier van declareren kan verschillen.

De informatievoorziening binnen de instelling, naar de professionals op de werkvloer, is de verantwoordelijkheid van de instelling. Een belangrijk hulpmiddel bij de informatievoorziening naar alle betrokken actoren binnen instelling zijn de individuele contracten van het CVZ met ziekenhuizen en instellingen. *“Ja naar de balies en dat men niet op de hoogte is van de overeenkomst en de afspraken die we hebben gemaakt, daarom was het wel heel fijn dat we die overeenkomst hebben gesloten konden we gelijk bellen naar die contact persoon van goh moet je horen daar en daar loopt het fout. En dat konden we vroeger absoluut niet, want je wist niet waar je heen moest. Dus we hebben nu, we konden ze nu gewoon op hun contract wijzen natuurlijk he, dit zijn de zaken die we met elkaar hebben afgesproken en jullie kunnen geen patiënt wegsturen”* (5;131).

Het CVZ heeft een beperkt aantal ziekenhuizen, apothekers, AWBZ en GGZ instellingen gecontracteerd. Dit betekent dat de controle op deze instellingen veel groter is dan voorheen. In de vorige situatie kon elke instelling een declaratie indienen bij het koppelingsfonds, nu is dit een beperkte groep. Dit betekent dat de onderlinge samenwerking en communicatie makkelijker verloopt. Elke instelling die gecontracteerd is door het CVZ heeft een contactpersoon, waardoor problemen terug te leiden zijn naar concrete situaties, wat voorheen onmogelijk was door de anonimiteit van declaraties. Het delen van informatie gebeurt nu ook op een persoonlijke en directe

manier: *“Ja en de apotheken die gecontracteerd zijn uhh is het aannemelijk dat ook deze mensen komen en zullen ze die informatie tot zich nemen in plaats dat je een wilde mailing stuurt en dan hoop dan je maar dat dit ook bij de apothekers bij de juiste personen terecht komt en ook dat de informatie blijft hangen, en nu ben je daar met elkaar mee bezig”*(5;98).

6.2.3 Individuele professional

Informatievoorziening voor de individuele professionals is voornamelijk via de beroepsvereniging verlopen. Deze informatie is verspreid via de bestaande kanalen. Zo heeft bijvoorbeeld de Landelijke Huisartsen Vereniging via verschillende manieren geprobeerd huisartsen op de hoogte te stellen: *“Kijk wat wij doen, wij helpen gewoon met de uitvoering van die regelingen, wij doen dat door informatie te bieden aan huisartsen, dat gebeurt met de wetswijziging, met de invoering van de nieuwe regeling, dan hebben we die regeling regelmatig opnieuw uitgelegd via de nieuwsbrief, die is op de website te zien, er zijn artikelen verschenen in het tijdschrift”*. Het is onmogelijk om hiermee alle huisartsen te bereiken, maar voor degene waarvoor het een relevant onderwerp is, zijn verschillende initiatieven genomen om de regeling bekend te maken.

Daarnaast is het CVZ in eerste instantie bedoeld als vraagbaak voor de hulpverlener en niet voor patiënten. *“Niettemin, de informatie die wij leveren, ook op de website, ook voor de direct toegankelijke zorg is in eerste instantie bedoeld voor de zorgverleners. vanuit onze optiek is dat ook... dat is onze doelgroep dat daarmee het belang wordt gediend dat de onverzekerbare vreemdeling daarmee zorg krijgt is het effect, maar de doelgroep zijn de zorgverleners”* (5;100). De website van de CVZ is zo ingericht dat hulpverleners alle informatie snel kunnen vinden. Op deze website zijn ook de declaratieformulieren te vinden. Dit geldt ook voor de zelfstandige verloskundigen en tandartsen en overige hulpverleners.

Voor de declaraties van Europese onverzekerden die afgehandeld worden door afdeling buitenland van zorgverzekeraar Agis kan de individuele hulpverlener informatie vinden op de website (www.agisweb.nl). Ook deze website is gericht op het geven van informatie voor zorgverleners.

6.2.4 Feedback op de uitvoering

De administratieve uitvoering van de regeling ligt vaak bij de financiële administratie van de grote zorginstellingen en niet bij de professionals. *“Nee en daar ligt ook gewoon niet hun interesse, zij moeten de mensen helpen en het is toch wel vaak van joh ik heb een probleem en wil een oplossing wat hapklaar en begrijpelijk is, Ja en eigenlijk is dat terecht, want zij zouden daar hun hoofd ook niet op moet breken. je moet erop kunnen vertrouwen dat de persoon die je voor je hebt je op een professionele manier kan behandelen”* (3;43). Dit zorgt ervoor dat de medische professionals zich kunnen concentreren op hun taak als professional, het behandelen van patiënten, zonder zich druk te hoeven maken om randvoorwaarden. Vanuit de literatuur bleek dat op orde hebben van de randvoorwaarden voor professionals een belangrijke rol speelt in een goede samenwerking tussen managers en professionals (Trappenberg, 2011;2).

Voor de individuele professionals geldt dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor de declaraties bij CVZ. Dit kunnen zij doen middels een declaratieformulier dat is te downloaden op de website van CVZ. Het formulier vereist dat er vijf punten ingevuld worden. Er is door het CVZ gepoogd om het formulier zo ‘makkelijk’ mogelijk te maken voor de professionals. Een voorbeeld van het

declaratieformulier zit in bijlage 1 en 2 zoals het CVZ zelf stelt: *“Dat is onze rol, om zo min mogelijk belemmeringen op te werken en zo soepel mogelijk uit voering te geven”* (5;153).

Naast de declaraties voor Europese- en niet Europese onverzekerden zijn er ook verschillende maatregelen genomen om het aantal onverzekerde ingezetenen te verminderen. Zo is bijvoorbeeld sinds 1 januari 2010 de Wanbetalerswet van kracht. De boeteclausule van het onverzekerd zijn voor ingezetenen is aangepast waardoor de drempel tot het afsluiten van een verzekering verlaagd is. De acceptatieplicht van verzekeraars zorgt ervoor dat onverzekerde ingezetenen snel toegang hebben tot verzekerde gezondheidszorg. *“Je kunt dus ter plekke verzekerd worden, dat is dus een acceptatieplicht van de maatschappij, van jij komt aan de ziekenhuisbalie dan kun je verzekerd worden en dan, het is eigenlijk het verzekeren van een brandend huis, wat in een brandverzekering echt niet zou kunnen kan dus wel in een ziektekostenverzekering”*(6;75).

Daarnaast heeft de Tweede Kamer ingestemd met het wetsvoorstel opsporing onverzekerde, waarmee het mogelijk wordt om onverzekerde ingezetenen actief op te sporen en te dwingen tot het afsluiten van een zorgverzekering. Deze opsporing en gedwongen afsluiting van zorgverzekeringen zal uitgevoerd worden door het CVZ. *“Ja het cvz meldt uiteindelijk de onverzekerde die zich dus niet gaat verzekeren, want je wordt eerst twee keer aangespoord om dat te doen, wordt uiteindelijk verplicht aangemeld waarbij een uhh een verzekeraar gewoon deze verzekerde toegewezen krijgt en waarvan wel het cvz het eerste jaar nog de premie gaat innen”*(5;65). Middels deze wetgeving wordt gepoogd om alleen nog de illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers als onverzekerde personen over te houden. Met uitzondering van de EU burgers die in hun herkomstland geen zorgverzekering hebben afgesloten.

6.2.5 Ervaringen en knelpunten genoemd door de professionals

De behandeling van onverzekerde patiënten moet door de informatievoorziening en goede randvoorwaarden gemakkelijker worden voor de medische professionals. Er zijn door de professionals een aantal voorbeelden van knelpunten genoemd die in het onderzoek naar voren kwamen.

Een eerste voorbeeld is dat niet alle patiënten voldoen aan de voorwaarden; dit betekent dat er ondanks de uitgedachte regelgeving toch een groep personen is die tussen wal en schip valt. Die bestaat uit voornamelijk de EU-onderdanen die met sociale economische motieven naar Nederland zijn gekomen, zonder zich te vestigen in Nederland. Op het moment dat zij zich niet officieel vestigen in Nederland en niet in Nederland belasting betalen door middel van bijvoorbeeld loonbelasting kunnen zij geen aanspraak maken op sociale voorzieningen in Nederland. Deze personen zijn afhankelijk van de zogeheten grijze markt en zijn zelf verantwoordelijk voor het hebben van een zorgverzekering. Vaak hebben zij deze in het thuisland niet afgesloten, en moeten in Nederland dus zelf opdraaien voor de kosten van behandeling en medicijnen. Aldus een professional: *“Nou wat ik belangrijk vind is dat de zorgaanbieders die wel gecompenseerd krijgen als het om illegaal is, dat niet gecompenseerd krijgen als het een eu burger is”* (6;59). De kosten van behandeling van deze groep wordt niet vergoed door het CVZ omdat zij de mogelijkheid heeft om terug te keren naar het land van herkomst. Vaak gebeurt deze terugkeer niet en kunnen mensen met diepe schulden eindigen om de kosten te kunnen betalen. Natuurlijk is er wel de mogelijkheid om een verzekering in eigen land af te sluiten, maar daarvoor moeten zij dan eerst terugkeren naar het land van herkomst, waar de toegang tot het afsluiten niet altijd even toegankelijk is als in Nederland dankzij de acceptatieplicht.

Er is dus een groep personen die door sociaal economische problemen tussen wal en schip valt. Voor een professional kan dit lastige situaties opleveren. Een professional moet door de zorgplicht de noodzakelijke hulp verlenen, de professionals zijn toch verplicht zijn om patiënten te helpen. Zij moeten dit echter eigenlijk uit eigen zak betalen, omdat zij dit op geen enkele manier vergoed kunnen krijgen.

Als tweede is het wel of niet vallen binnen het basispakket van een medicijn en/of behandeling een cruciaal punt. Bepaalde medicijnen voor bijvoorbeeld hartklachten vallen niet binnen het basispakket en worden daardoor niet vergoed door het CVZ. Dit betekent dat apothekers deze medicijnen alleen kunnen verstrekken na betaling van de patiënt, waar niet alle patiënten aan kunnen voldoen. *“Toen kwam de patient terug van de apotheek, hij kreeg de medicijnen niet want ze vielen niet binnen het basispakket. Hij had ze nodig, het waren hartmedicatie, dus hebben wij ze zelf maar gegeven.”* (7;). Ook behandelingen zoals fysiotherapie en mondzorg zijn veel genoemde voorbeelden.

Behandelingen en medicijnen die buiten het basispakket vallen zijn een maatschappelijk probleem. Dit komt naar voren in de groep personen die het niet kunnen veroorloven om zich aanvullend te verzekeren. Een oplossing voor deze situatie is volgens de respondenten dan ook nog ver weg. Wel zijn er in verschillende gemeentes initiatieven om de minima te helpen door collectieve verzekeringen. *“We hebben een collectief contract voor de minima, zitten nu ongeveer zo’n 70.000 personen hier in. dat zijn dus mensen die op het minimum of op het bijstandniveau of tot een limiet van 120% minimumloon zitten, dus ook de aow’er met een heel klein pensioentje, komt daarvoor nog in aanmerking. Daarmee slagen wij er in om in dat contract met Achmea, Zilveren Kruis, een grote groep mensen binnen de verzekering te halen die als compensatie voor de collectiviteit, korting krijgen en die korting krijgen wordt omgezet in een deel van het aanvullende pakket, en daarmee uhmm uhmm hebben we dus een grote groep mensen behoedt voor de risico’s van de onverzekerd zijn”* (6;16). Via deze collectieve contracten is het dus mogelijk om je ook te verzekeren voor behandelingen en medicijnen die niet in het basispakket zitten.

Een derde voorbeeld die door de respondenten wordt benoemd zijn de taal en cultuur verschillen. De taalbarrière kan grote problemen opleveren tijdens de behandeling van patiënten. Onduidelijkheden over precieze klachten en/of mogelijke behandelingsmethoden en vervolgspraken worden genoemd als belemmering in de behandeling. Dit geldt niet alleen voor illegalen maar ook voor ingezetenen die de taal niet spreken: *“Maar het is ook een cultuur en taal drempel, dus ook mensen die wel ingezetene zijn maar omdat ze vaak wel het taal vermogen nog niet hebben om te zeggen wat ze mankeren en wat ze beleven aan hun ziekte is dat altijd een schroom die overwonnen moet worden”* (6;101).

Taalbarrières spelen ook een rol bij het baliepersoneel van zorginstellingen. Deze medewerkers moeten uitleggen aan de patiënten dat op het moment dat zij kunnen betalen, dit zelf moeten doen. Dit levert regelmatig verwarring op, dat patiënten denken dat zij moeten betalen voor de behandeling en draaien zich vervolgens weer om.

Cultuur speelt ook een belangrijke rol. Zo moet een hulpverlener zich afvragen met wie hij te maken heeft: *“Hoe je interpreteer je een ziekte, als het een negatief vooruitzicht is in hoeverre is dat bespreekbaar en ook met familie, kan er over de dood gesproken worden ja of nee dat soort zaken”* (1;135). Dit zijn gesprekken die het voor professionals erg lastig maken om patiënten de juiste hulpverlening te bieden. Een ander voorbeeld heeft te maken met het verstrekken van medicijnen. *“Het is gewenning, dat er geen huisarts is maar dat je bijvoorbeeld naar een ziekenhuis kan gaan en dat ze daar een allemaal medicatie gaan voorschrijven terwijl Nederland daar heel erg terughoudend*

in probeert te zijn" (1;136).. Dit soort situaties kunnen onduidelijkheden op leveren waardoor een goede vertrouwensband tussen arts en patiënt lastig is te realiseren.

Als vierde geeft de spoedeisende hulp aan regelmatig patiënten te ontvangen met hulpvragen die volgens het Nederlandse zorgsysteem bij de huisarts thuis horen. In het buitenland is de spoedeisende hulp vaak het eerste loket voor medische hulpvragen, terwijl in Nederland die functie bij de huisarts ligt. Het concept huisartsen is relatief onbekend en moeilijk te vertrouwen voor onverzekerde buitenlandse patiënten. Quote

Als laatste worden de moeilijkheden met de geestelijke gezondheidszorg genoemd. Vaak worden er bepaalde randvoorwaarden als eisen gesteld voor behandeling. Een voorbeeld: *"Zolang hij onverzekerd is en op straat leeft dan uhh is dan kan een therapie niet succesvol zijn want dat zijn twee minimale randvoorwaarden, hij heeft geen zicht op verbetering en zolang dat het geval is kan ik hem niet van zijn klachten helpen of daar mee omleren gaan"* (1;99). Post traumatische Stress stoornissen blijkt een veelvoorkomende klacht te zijn bij illegalen en sociale economische vluchtelingen, de geestelijke gezondheid zorg is essentieel in de behandeling van deze stoornis. Dat dit als probleem wordt gezien blijkt uit de oprichting van Medisch Opvangtraject Ongedocumenteerde (MOO)⁹. Sinds 1 januari 2011 is deze organisatie actief en zet zich in voor een goede behandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg van ongedocumenteerde personen die kampen met psychiatrische problemen. Het project wordt gesteund door de zorgverzekeraars, die gezamenlijk een bedrag van €95.000 aan de organisatie gedoneerd hebben.

6.2.6 Samenvatting

Samenvattend kan gesteld worden dat over het algemeen de betrokken partijen erg tevreden zijn over het verloop van de regeling an sich. Er worden wel drempels en onduidelijkheden geconstateerd maar door middel van een goede verhouding tussen het CVZ en zorginstellingen is dit snel op te lossen. Dit geldt voornamelijk voor de administratieve uitvoering van de regeling. Voor de praktijk zijn er nog wel wat stappen te maken in bepaalde sectoren, met name de bekendheid van de regeling bij de professionals en de baliepersoneel.

De situatie van Europese onverzekerden wordt door een aantal respondenten aangestipt als problematisch. De Europese regelgeving is bindend, maar dit betekent dat er een aantal personen tussen wal en schip valt. Ook de GGZ zorg is een punt van aandacht voor de uitvoering.

⁹ <http://www.psy.nl/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/zorgverzekeraars-doneren-95000-voor-psychiatrische-hulp-aan-illegalen/> bezocht op 2 februari 2011

6.3 Deelvraag 3: verschillende sectoren, verschillende implementaties

Het Nederlandse zorgstelsel bestaat uit verschillende sectoren. In de praktijk wordt er onderscheid gemaakt in twee soorten zorg. De eerste lijnszorg, waaronder huisartsen, tandartsen, verloskundigen en andere individuele hulpverleners die onder de zorgverzekeringswet vallen. De tweede lijns zorg, de niet direct toegankelijke zorg van poliklinische behandeling in ziekenhuizen en apothekers en overige specialistische zorg die binnen de zorgverzekeringswet valt. Hierbij horen ook GGZ behandelingen tot 1 jaar. GGZ behandelingen langer dan een jaar horen, samen met verpleging en verzorgingen en de beschermde woonvormen, onder de AWBZ.

Voor dit onderzoek wordt er onderscheid gemaakt in vier sectoren: (1) de individuele hulpverleners, (2) de spoed eisende hulpafdelingen, (3) gecontracteerde apothekers en ziekenhuizen en (4) GGZ en AWBZ instellingen.

6.3.1 Sectoren

Om te beginnen is het belangrijk om de verschillende sectoren te onderscheiden. Zoals hierboven uitgelegd hebben alle hulpverleners een zorgplicht, waardoor zij verplicht zijn om patiënten met een spoedeisende hulpvraag te behandelen. Dit geldt voor alle mogelijke vormen van hulpverlening in zorginstellingen. Het traject voor elke groep onverzekerden is binnen alle sectoren hetzelfde. Voor de behandeling van illegalen vreemdelingen en uitgeprocedeerde asielzoekers kunnen hulpverleners een declaratie indienen bij het CVZ. Voor de Europese onverzekerden geldt de EHIC kaart en als personen niet in het bezit zijn van een EHIC kaart, contante betaling of declaratie bij afdeling buitenland van Agis. Een Nederlandse ingezetene kan direct worden aangemeld bij een verzekeraar.

Als eerste, een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is door het CVZ voor het verlenen van niet-directe zorg moet dus wel spoedeisende zorg verlenen aan onverzekerde patiënten. Het ziekenhuis kan de gemaakte kosten bij het CVZ declareren tegen een vergoeding van 80%. Op het moment dat het gaat om niet-directe zorg, dus zorg die wordt verleend op basis van doorverwijzing krijgt zij geen vergoeding van het CVZ.

Als tweede de gecontracteerde ziekenhuizen; zij kunnen alle onverzekerde patiënten behandelen voor medisch noodzakelijke zorg. Dus ook de niet-directe toegankelijke zorg door middel van doorverwijzing. Afhankelijk van het contract krijgen zij een bepaalde vergoeding van de declaraties. Deze vergoeding is hoger dan de 80% die niet gecontracteerde ziekenhuizen ontvangen.

Ten derde, voor de individuele hulpverlener zoals een huisarts, verloskundige of tandarts en alle andere hulpverleners geldt dat zij de kosten voor behandeling van patiënten, die aan de voorwaarden voldoen, kunnen declareren bij CVZ of Agis.

GGZ en AWBZ instellingen werken ook met contracten met het CVZ. Alle instellingen kunnen gecontracteerd worden door het CVZ. Op het moment dat zij in aanraking komen met onverzekerde patiënten van buiten de EU kunnen zij contact opnemen met het CVZ om een contract af te sluiten. Voor langdurige behandeling wordt er wel gekeken naar de mogelijkheden tot terugkeren naar land van herkomst.

Als laatste de apothekers. Het CVZ heeft gepoogd om in elke gemeente in Nederland een apotheker te contracteren. In de grote steden zijn er meerdere apothekers gecontracteerd. Apothekers kunnen medicatie op verwijzing van een arts geven aan onverzekerde patiënten. Deze kosten kunnen zij dan declareren bij CVZ. Niet gecontracteerde apothekers kunnen deze kosten niet declareren, uiteraard mogen zij de medicatie op vertoon van verwijzing van een arts wel verstrekken.

6.3.2 Implementatie per sector

De meeste onverzekerde patiënten komen terecht bij de huisartsenposten en spoedeisende hulp afdelingen van ziekenhuizen. Onverzekerde patiënten wachten vaak lang met het bezoeken van een hulpverlener, tot er geen andere weg meer is.

De spoedeisende hulp zal in principe altijd patiënten behandelen, ook al zij komen voor iets wat eigenlijk bij de huisarts thuis hoort. Door het systeem van triage voor behandeling weten de medische professionals de administratieve achtergrond van patiënten vaak niet. De behandeling van patiënten is daarom zoals zij zelf benoemen, altijd hetzelfde. *“Het traject is uhhh dat de patient wordt getrieerd door een verpleegkundige, dan wordt gekeken naar hoe ernstig de zorgvraag is, en aan de hand daarvan wordt gekeken of hij geholpen moet worden, daar zijn bepaalde gradaties voor en vanuit daar wordt de patient door de arts gezien”* (2;11). Na behandeling worden de gegevens doorgegeven aan de administratie, die achter de schermen de betaling verder afhandelt en gaan de professionals verder naar de volgende patiënt.

De GZZ en AWBZ instellingen kennen een vergelijkbaar systeem. De patiënten worden aangemeld en vervolgens wordt er een behandelplan opgesteld dat de professionals uitvoeren en de administratie financieel afhandelt. Deze instellingen worden door het CVZ gecontracteerd op het moment dat zij te maken krijgen met een onverzekerde patiënt. Deze instellingen krijgen met de invoering van de regelgeving voor het eerst bewust te maken met onverzekerde patiënten. Voorheen werden onverzekerde patiënten opgenomen in de post dubieuze debiteuren. *“Vanaf 2008 werd de GGZ geconfronteerd met de verzekeringsplicht van hun cliënten, terwijl dat voorheen AWBZ was dus inherent er aan krijg je met onverzekerden te maken... en dat was vroeger geen probleem dan werd het wel in de grote pot meegenomen”* (3;6). Niet alle instellingen zijn gecontracteerd bij CVZ. Dit betekent dat niet alle betrokken professionals en instellingen op de hoogte zijn van de precieze regelingen.

De informatievoorziening naar de medewerkers van ziekenhuizen werd in het begin als problematisch ervaren. Dit omdat niet alle betrokkene actoren voldoende op de hoogte waren gesteld van de uitvoering. Dit was voornamelijk zichtbaar bij het baliepersoneel dat patiënten ontvangt en inschrijft. Sinds er een beperkt aantal ziekenhuizen contracten met het CVZ hebben, is de informatievoorziening merkbaar verbeterd. Er is meer toezicht op het beperkte aantal ziekenhuizen, hierdoor kan er sneller actie ondernomen worden bij misstanden. Ook hier geldt dat de professionals vooral hun werk als behandelend arts of verpleegkundige uitvoeren waarna de papieren door de administratie worden afgehandeld. De kwestie van betaling en/of vergoeding wordt uitgelegd door het balie personeel, waar taal- en cultuurbarrières het lastig kunnen maken om goed te communiceren.

Taal- en cultuurbarrières worden ook veel geconstateerd bij huisartsen en andere individuele hulpverleners. De wet- en regelgeving kent een plicht tot vragen van vergoeding voor behandeling door de hulpverlener. Een hulpverlener moet dus vragen of de patiënt het consult kan betalen. Heeft men geen geld dan kan de hulpverlener de declaratie indienen bij CVZ. Dit is lastig uit te leggen door taalbarrières. De behandeling van onverzekerde patiënten wordt door de ene individuele hulpverlener wat gemakkelijker uitgevoerd dan door de ander. *“De een is wat maatschappelijk bewogen dan de andere op dit vlak en uhh de ander zegt van nee ik ga daar niet aan meehelpen”* (5;147). Het CVZ heeft geprobeerd om het declaratieformulier voor individuele hulpverleners zo gemakkelijk mogelijk te maken. Door de hulpverlener hoeven maar 4 criteria ingevuld worden om de declaratie in te dienen. Voor declaratie van EHIC patiënten hoeft de hulpverlener ook maar één formulier in te vullen.

Als laatste de gecontracteerde apothekers. Medicatie is een aspect dat meer controle kent dan de behandeling van patiënten. Dit omdat medicatie natuurlijk ook door patiënten verhandeld kan worden op straat. Patiënten moeten daarom de medicatie met een geldig legitimatie bewijs ophalen. Daarnaast staan de apothekers in de grote stad met elkaar in contact over patiënten om 'medicatie shoppen' te voorkomen. *“Maar we houden wel bij of patiënten niet shoppen onderling, zodat ze medicijn gebruik toch kunnen controleren, en dat levert gewoon een veiligere situatie op”* (5;91). Er is op verzoek van de apothekers een lijst opgesteld met vragen die ze kunnen gebruiken om te constateren of de juiste persoon voor hun staat. Dit is een soort handleiding waardoor misbruik sneller geconstateerd kan worden. *“Als er nou een patiënt komt nou dan zijn zit ongeveer de vragen die je kan stellen om er achter te komen wat de situatie is van zo'n patiënt”* (5;94)

6.3.3 Kostenramingen CVZ

Het CVZ heeft bij de monitor van oktober 2010 een kostenraming gemaakt van de tot dan toe gemaakte declaraties (figuur 3). Uit deze gegevens blijkt dat de kosten vele malen lager zijn dan geraamd. Met name de GGZ- en AWBZ-zorg was opvallend lager dan geraamd. Met een verschil van 14 miljoen euro is hier nog veel ruimte op de begroting. Wel moet hierbij in ogenschouw genomen worden, dat 2009 het eerste jaar was en dat niet alle instellingen gecontracteerd waren bij het CVZ. Het zou dus kunnen dat de kosten van de post GGZ en AWBZ nog zal stijgen. De ramingen waren bewust ruim opgezet, dit omdat er niet van alle sectoren cijfers bekend waren. *“Absoluut zitten we nog onder, dat was ook de verwachting hoor, met name wisten we bijvoorbeeld in de awbz en ggz niet zo goed wat er in om ging, waarom niet omdat ze dat altijd budgettair oploste met zorgcontrole, dus daar waren gewoon geen cijfers van en dan ga je een voorzichtige raming maken en daar is destijds toch wel een aardige raming voor gezet, zo van stel dat het in een keer uhm ja blijkt dat er veel patiënten zijn dan moeten we dat wel op kunnen vangen”* (5;29).

Opvallend is ook de raming van ziekenhuizen. De ziekenhuizen hebben enorme budgetten, voor het gemak werden voorheen onverzekerde patiënten vaak verwerkt in een dubieuze debiteuren post. Dus ook hier waren geen concrete cijfers van waardoor er een flink verschil tussen begroting en de gemaakte declaraties. De overige cijfers zijn naar verwachting, weliswaar lager dan begroot.

Zorgvorm	Begroting	Kosten
Apotheken	3.628.000	3.044.522
Kraamzorg	225.000	111.572
Ambulance vervoer	82.000	10.036
Tandartsen	715.000	95.012
Huisartsen	746.000	447.479
Paramedische zorg	61.000	30.008
Verloskundige	317.000	260.774
Ziekenhuizen	22.946.000	8.615.079
AWBZ en GGZ instellingen	15.504.000	1.500.000
Hulpmiddelen	154.000	42.828
Laboratoriumkosten	0	78.506
Totaal	44.378.000	14.235.816

Figuur 3. Bron: monitor regeling financiële zorg illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers, 7 april 2010 CVZ

6.3.4 EU Burgers versus niet-Europese vreemdelingen

Hulpverleners spreken bij het woord onverzekerden voornamelijk over de illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers. Nederlandse ingezetenen en Europese burgers zijn minder aanwezig in de gesprekken met de professionals. Uiteraard is het niet hebben van een zorgverzekering voor Nederlanders een relatief klein obstakel; met een belletje naar de zorgverzekeraar is dit probleem opgelost. Voor de Europese patiënt zijn velen in het bezit van een EHIC Kaart waarmee hulpverleners bij de afdeling buitenland van Agis een declaratie kunnen indienen.

Voor de onverzekerde Europese burgers geldt dat hij/zij de mogelijkheid hebben tot terugkeer naar land van herkomst waardoor zij voor kleine medische klachten niet vaak aanspraak zullen maken op het Nederlandse zorgsysteem. *“Wat doen we met Europese onverzekerde? Nou is het antwoord heel simpel, zij moeten terug naar eigen land, want daar hebben ze een zorgverzekeraar”* (4;28). Maken Europese burgers wel gebruik van de Nederlandse hulpverlening, dan hebben zij de mogelijkheid om contant te betalen voor kleine behandelingen en medicijnen. Voor ingrijpende medische klachten worden zij geadviseerd om een zorgverzekering af te sluiten in het land van herkomst waardoor zij via de EHIC Kaart van Nederlandse zorgverlening gebruik kunnen maken. *“EHIC is een overeenkomst tussen de Europese landen met een nummer die je kan bellen in die staat dan, dat het land die kosten betaald”* (1;61).

Nu is dit helaas niet in alle EU-landen even goed geregeld. Zo is met name in Oost-Europa de mogelijkheid tot een goede zorgverzekering nog niet voor iedereen toegankelijk. Maar Europese regels zijn Europese regels; *“De Europese Unie daar wordt ehhh gewoon gezegd van die behoren tot de Europese Unie en uhh iemand die vanuit Frankrijk komt en onverzekerd is daar ga je het ook niet van vergoeden”* (4;31).

EU-burgers hebben de mogelijkheid tot terugkeer naar land van herkomst waardoor sommige zorgkosten niet vergoed worden in het land van verblijf, Nederland. Terwijl de kosten voor dezelfde behandeling van een illegale vreemdeling of uitgeprocedeerde asielzoeker wel vergoed worden, namelijk door het CVZ. *“Nou wat ik belangrijk vind is dat de zorgaanbieders die wel gecompenseerd krijgen als het om illegaal is, dat niet gecompenseerd krijgen als het een EU -burger is. En zou ik denken van ja daar moeten we, daar moeten we toch iets op verzinnen”* (6;59).

6.3.5 Samenvatting

Opvallend is dat de wetgever erg ruim is geweest in het vaststellen van de begroting voor deze regeling. Dit zorgt ervoor dat er genoeg ruimte is voor ontwikkeling. De gecontracteerde ziekenhuizen en apothekers, samen met de individuele hulpverleners zijn de sectoren waar de regelingen het best geïmplementeerd zijn. Er zijn veel overlegmomenten geweest en knelpunten zijn aangepakt. De GGZ- en AWBZ-zorg zijn nog niet helemaal geïmplementeerd. CVZ geeft aan dat zij hier actiever mee aan de slag moeten. De professionals in de grote zorginstellingen kennen vaak de administratieve kant van de regelingen niet precies, dit laten zij over aan de administratieafdelingen.

Belangrijk is het verschil in Europese en niet -Europese onverzekerden. Hierdoor zijn er toch patiënten die tussen wal en schip vallen vanwege de grote sociaal-economische verschillen tussen Nederland en met name Oost-Europa.

7. Conclusie

Onverzekerden in de zorg is een topic waar per definitie nog steeds veel haken en ogen aan zitten. Het is een koorddans tussen internationale rechten van de mens en beschermen van de Nederlandse zorgmarkt. Er zijn drie (hoofd) soorten onverzekerden te onderscheiden. De Nederlandse ingezetene zonder zorgverzekering, de EU-onderdaan die geen (legale) baan heeft in Nederland en geen zorgverzekering in land van herkomst en de groep illegalen vreemdelingen en uitgeprocedeerde asielzoekers. Voor deze personen zijn er verschillende oplossingen bedacht om medische professionals te beschermen tegen de kosten van de behandeling van onverzekerde personen.

De wet- en regelgeving die in dit kader van belang zijn bestaan uit: zorgverzekeringwet (2006), koppelingwet (1994), Vreemdelingenwet (2001), AWBZ en de BIG. Het kernbegrip vanuit de verzameling van deze wetten is medisch noodzakelijke zorg. Kosten van behandeling van onverzekerde patiënten worden alleen vergoed als het gaat om medische noodzakelijke zorg. Medische professionals hebben van de wetgever de autonomie gekregen om te beoordelen wat medisch noodzakelijke zorg voor elke individuele patiënt betekent.

Doel van dit onderzoek was op zoek te gaan naar de ervaringen van professionals rondom de wet- en regelgeving van onverzekerde patiënten. Hoe ervaren zij de uitvoering en waar zitten knelpunten? Een logisch vervolg is wat moet er verbeterd worden?. Hier wordt geprobeert een antwoord te geven op de centrale vraag: *Wat zijn de ervaringen van professionals in de eerstelijnszorg, de spoedeisende hulp en de geestelijke gezondheidszorg met de wet- en regelgeving rondom onverzekerde personen?*

Rol van professionals

Professionals in de zorg zijn echte professionals: de specialistische kennis, beperkte trainingsplekken en strenge gedragscodes met betrekking tot de zorgplicht. Uit het onderzoek blijkt dat de medische professionals de opgelegde wettelijke zorgplicht als waardevol zien. Mensen met een (medisch noodzakelijke) hulpvraag worden behandeld, ongeacht of deze verzekerd zijn of niet. Hierin zit wel een verschil tussen zelfstandig professionals met een eigen praktijk en de professionals in dienst van een (grote) zorginstelling. De kennis over de wet- en regelgeving bij zelfstandige hulpverleners is groter dan dan bij de professionals werkzaam voor een grote organisatie.

Medische professionals zijn trots op hun professie. Freidson benoemt ideologie als een belangrijke eigenschap voor de professional. Ideologie ziet hij als een 'commitment to work'; het werk van de professional staat in het teken van helpen, iets toevoegen en men doet het niet voor de beloning. De gedragscodes, opgesteld door de beroepsverenigingen, spelen een belangrijke rol in de uitvoering van deze ideologie. Een goed voorbeeld hier van is de artsen- en verpleegkundige eed waarin staat beschreven hoe men op een goede manier de professie uitoefend.

Factoren voor behandeling

Het CVZ is voor de zelfstandige hulpverlener het management dat de randvoorwaarden moet scheppen voor goede werkomstandigheden. Het CVZ heeft zich ten doel gesteld om de belangen van de professionals voorop te stellen en heeft de rol aangenomen van behulpzaam naar hulpverleners. Gecontracteerde zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor de interne structuur en

informatievoorzieningen die zij bieden aan hun medische professionals. Dit betekent dat medische professionals weten dat de regeling bestaat, maar niet hoe deze administratief wordt afgehandeld, in tegenstelling tot individuele professionals. Het beleid van de zorginstelling is bepalend voor de professionals op hoe zij omgaan met onverzekerde patiënten. Met name in de GGZ- en AWBZ-zorginstellingen is hier nog ruimte voor ontwikkeling.

Als knelpunt wordt door de professionals ervaren dat er een groep is die tussen wal en schip vallen, namelijk de EU-onderdanen die met sociale economische motieven naar Nederland komen. In Nederland beschikken zij echter niet over een 'witte' baan, waarmee zij door het betalen van belasting en daarmee AWBZ verzekerd zijn, toegang krijgen tot het Nederlandse verzekeringsstelsel. Het is niet altijd mogelijk om zich goed te kunnen verzekeren in het land van herkomst voor deze personen. Hierdoor ontstaat er een situatie waar professionals de kosten voor behandeling van deze patiënten nergens kunnen declareren. Professionals ervaren dit als problematisch, maar weten geen oplossing te benoemen.

Verschillende sectoren

Binnen de sectoren van ziekenhuizen, spoedeisendehulpafdelingen, apothekers en zelfstandige professionals zijn als de betrokken actoren over het algemeen tevreden over de uitvoering van de regeling. De actoren zijn erg te spreken over de rol en houding van het CVZ als overheidsorgaan. Voor instellingen in de GGZ- en AWBZ-zorg geldt dat zij niet gewend waren aan onverzekerde patiënten omdat deze in de oude situatie niet binnen het koppelingsfonds vielen. Dit betekent dat hier nog ruimte ligt voor verbetering van de implementatie voor de uitvoering.

De verschillende sectoren hebben alle hun eigen implementatieproces en daarmee hun eigen implementatieproblemen. Met name in de GGZ - en AWBZ-zorg, waar de regeling meer betekent dan een ander declaratiepunt, zijn nog stappen te maken. De individuele zorgverlener kan op alle fronten worden bijgestaan door het CVZ. Door het beperkte aantal gecontracteerde ziekenhuizen en apothekers is er ruimte voor direct contact waardoor problemen en misstanden snel en correct opgelost kunnen worden.

Hoofdvraag

De implementatie van de wet en regelgeving rondom onverzekerden wordt gekenmerkt door goede onderlinge verhoudingen, ruimte voor inbreng van professionals, het behoud van de medische waarden en normen, leren van elkaar en integriteit. Dit kan worden vertaald naar de vier lessen die Trappenberg noemt: een goede corebusiness, respecteer ideologie, ruimte voor autonomie en het delen van ervaringen en het behoudend reageren op (politieke) veranderingen.

De ervaringen van de professionals rondom dit thema zijn voornamelijk positief van aard. Veelvuldig wordt de goede samenwerking van de verschillende actoren genoemd. Dit is mede mogelijk gemaakt door het bestaan van Lampion, waar knelpunten besproken kunnen worden en actoren van elkaar kunnen leren. Als negatieve punten worden genoemd: beperkingen van het basispakket en problemen rondom de mondzorg. Dit zijn maatschappelijk breed problemen die niet alleen gelden voor de onverzekerde medemens, maar voor alle personen die alleen voor het basispakket verzekerd zijn.

Het implementatieproces van de wet- en regelgeving rondom onverzekerden kent kinderziektes en is nog lang niet compleet. Maar het is vooral een proces waar weinig negatieve reacties vanuit het werkveld komen. Alle betrokken actoren proberen samen te werken aan een zo soepel mogelijk proces van het behandelen van alle burgers die verblijven in Nederland.

8. Discussie

Het onderzoek naar de ervaringen van de medische professionals rondom het thema onverzekerden leverde veel positieve reacties op. Veel benaderde respondenten wilden graag mee werken en waren nieuwsgierig naar de ervaringen vanuit andere sectoren. Dit omdat het onderzoek gaat over de professionals en niet over de bestuurders en de totstandkoming van regelgeving. Het is een onderwerp waar iedereen een mening over heeft en iedereen over mee wil denken.

Tijdens de interviews heb ik verschillende indrukken gekregen over het zorgstelsel. Daaruitvolgend kwam er uit elk interview een ander idee voor een nieuw onderzoek. Bijvoorbeeld de uitzonderingspositie van ongedocumenteerde kinderen en daarmee ook hun ouders. Of wat is de rol van de tandarts binnen dit thema? Ook vergelijkende onderzoeken, specifiek tussen verschillende zorgsectoren. Of juist meer geografisch, is er een verschil tussen behandeling van onverzekerde patiënten in de Randstad en daar buiten? Deze vragen laten zien dat dit een thema is waar nog heel veel onderzoek naar gedaan kan en moet worden. Dit omdat het ook thema van maatschappelijk belang is waarbij niet alleen illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers een rol spelen, maar ook de verschillen binnen Europa en de stijgende kosten van de zorgverzekering voor minimuminkomens in Nederland.

Discussie is ook een plek om wat kanttekeningen te plaatsen; dit onderzoek heeft zijn beperkingen. Zo moet als eerste benoemd worden dat het zorgstelsel natuurlijk breder is dan de grote zorginstellingen en de individuele huisarts of verloskundige. Daarnaast heb ik als onderzoeker niet iedereen te pakken gekregen die ik wilde. Zo had ik graag iemand werkzaam in een AWBZ-instelling en de Ambulancedienst over dit onderwerp willen spreken. Hierdoor is er een beperkt aantal respondenten en moet er terughoudend worden omgegaan met generalistische uitspraken. Om deze reden wordt dit onderzoek ook gezien als een inventarisatie van ervaringen.

Een ander kritisch punt is dat de EU-onderdanen in het onderzoek een beetje onderbelicht blijven. De illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers komen vaker als onverzekerde bij de professionals terecht. Aangezien de leefomstandigheden van deze personen vaak beroerd zijn kunnen post-traumatische stressstoornissen zich uiten in fysieke problemen. De Europese burger blijft vaak maar voor korte tijd in Nederland, met klachten zullen zij eerder in het land van herkomst naar de dokter gaan. Daarnaast waren veel van de betrokken actoren die ik heb gesproken gespecialiseerd in de regelgeving rondom illegalen en uitgeprocedeerde asielzoekers. De Europese wetgeving is een vak apart, die in dit onderzoek in mindere mate naar voren komt. Dit is jammer omdat juist hier nog veel verbeterpunten liggen voor de uitvoering van de wet- en regelgeving. Voor verder onderzoek wil ik dan ook aangeven dat hier een punt van aandacht ligt. Meer onderzoek is nodig om dit probleem aan te kaarten op de politieke agenda.

Literatuurlijst

- Ashcroft, R.E. (2007) Principles of Health care ethics, Wiley, Chicester- West-Sussex.
- Beroepsvereniging verpleegkundige en verzorgende (2010) Nationale beroepscode van verpleegkundigen en verzorgenden. Van der Weij drukkerijen BV, Hilversum
- Burrell, G & Morgan, G. (1979) Two dimensions: Four Paradigms in: Sociological paradigms and organisational analysis. p 21-36, Heinemann, Londen
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). Overzicht onverzekerde in Nederland januari 2005- 2009. CBS-Den Haag
- Commissie Medische zorg & Pharos (2007), Arts en Vreemdeling, A-D Druk, Zeist;
- Damhuis, G.H., Lombarts, M.J.M.H., Holl, R.A., Koomen, A.R. & Lips, J.P. (2001) De maatschap managen. In: Medisch Contact, jg 2001 no 50. Utrecht.
- Deetz, S, (1996) Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy. In: Organization Science, Vol. 7 no 2. P191-207.
- Die, de, A.C. & Hoorenman, E.M. (2003) de BIG Wet, de betekenis van de wet beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, Koninklijke Vermande, Lelystad.
- Freidson, E. (2001) Professionalism; the third logic, Polity, Cambridge.
- Hamilton, G.J.A (2008), Zorgverzekeringswet en de Wet op zorgtoeslag, Kluwer, Deventer;
- Hemel, van, L. (2001) Verpleegkundige concepten en methode. Garant, Antwerpen & Apeldoorn.
- Jonkers, M (2010). Handleiding Onverzekerden in de GGZ. GGZ Nederland, Amersfoort;
- Knollema, J. (2009) Tweede beleidsregels ziekenhuizen financiering medisch noodzakelijke zorg voor vreemdelingen zonder verblijfsvergunning. College voor Zorgverzekeringen, Diemen;
- Knollema, J. (2010), Monitor regeling financiering zorg illegalen. College voor Zorgverzekeringen, Diemen;
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, (2007). Manifest Medische professionaliteit, Utrecht.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2010). Nederlandse Artseneed, Drukkerij Badoux, Houten.
- Kuhnen, J.M. (2009) Beroepstrots in Uitvoering. Business University Nyenrode, Breukelen.
- Kromhout, M.H.C., Wubs, H. & Beenackers, E.M.Th.,(2008), Illegaal verblijf in Nederland, een literatuuronderzoek. Wetenschappelijk onderzoek en documentatie centrum, Ministerie van Justitie, Den Haag;
- Lipsky, M. (1980) Street level bureaucracy, dilemmas of the individual in public service. Russel Sage Foundation, New York
- Macdonalds, C. (2002) Nurse Autonomy as relational. In: Nursing Ethics, vol 9 no 2 p 194-201.
- Oort van, M., Kulu Glasgow, I., Weide, M. & de Bakker, D. (2001). Gezondheidsklachten van illegalen, een landelijke onderzoek onder huisartsen en Spoedeisende Hulpafdelingen. Nivel, Utrecht;
- Pharos (2010) Ongedocumenteerde kinderen en de toegang tot ziekenhuiszorg. Pharos, Utrecht.

- Reed, B (2001) An exploration of Role, the Grubb Institute, London.
- Saase, L & Pruijssers, N (2006) De nieuwe zorgverzekeringswet, handleiding voor de praktijk. Kluwer, Alphen aan de Rijn;
- Schwartz, M.S. (2002) A code of ethics for corporate codes of ethics. In: Journal of Business ethics, volume 41, p 27-43
- Stichting LOS (2009), Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus, eerste inventarisatie van knelpunten. Breed Medische Overleg, Utrecht;
- Thiel, van, S. (2007). Bestuurkundig onderzoek, een methodologische inleiding. Countingo Uitgeverij, Bussum.
- Trappenberg, M (2011); Managers & Professionals in: Noordegraaf et al (Eds) Handboek Publiek Management (hoofdstuk 9), Lemma, Den Haag.
- Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (2004) Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Wilensky, H.I. (1964). The professionalization of everyone? American Journal of Sociology, vol 70, no 2, september 1964. University of Chicago Press, Chicago.

Gebruikte wetgeving: allen geldend op 18 april 2011 via www.wetten.nl :

- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
- Beroepsbeoefenaren In de Gezondheidszorg (BIG)
- Koppelingswet
- Vreemdelingenwet
- Wet Op Geneeskundige Behandeling (WOGB)
- Zorgverzekeringswet

Gebruikte internet sites:

- <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71433ned&D1=0-3&D2=a&D3=a&D4=a&VW=T> bezocht op 18-04 2011
- <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2010/05/19/tweede-kamer-stemt-in-met-wetsvoorstel-opsporing-onverzekerden.html> bezocht op 8-12-2010
- <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2011/02/24/eerste-kamer-stemt-in-met-wetsvoorstel-opsporing-onverzekerden.html> bezicht op 10-04-2011
- <http://www.cvz.nl/financiering/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen/zorg+aan+onverzekerbare+vreemdelingen.html> bezocht op 8-12-10
- <http://www.psy.nl/meer-nieuws/nieuwsbericht/article/zorgverzekeraars-doneren-95000-voor-psychiatrische-hulp-aan-illegalen/> bezocht op 2 februari 2011

Bijlage 1 declaratieformulier zelfstandige professional



Declaratieformulier zorgverleners

Voor de levering van zorg aan bepaalde groepen in betalingsonmacht verkerende vreemdelingen zonder verblijfsvergunning.

Stempel zorgverlener

Gegevens zorgverlener

Naam: _____ AGB code: _____ Adres: _____
Postcode en plaats: _____ Telefoonnummer: _____

Persoonsgegevens vreemdeling

Initialen: _ _ _ _
Geslacht: Man Vrouw
Geboortejaar!: _ _ _ _ _ _
Nationaliteit: _____

Kosten zorgverlening

Totale kosten € _____ *Conform meegezonden nota's.*
Betaling door vreemdeling € _____
Oninbare vordering € _____ x 80%² = € _____ *Declaratiebedrag.*

Verklaring

Deze declaratie heeft betrekking op medisch noodzakelijke zorg. Niet door het CVZ gecontracteerde ziekenhuizen verklaren bovendien dat doorverwijzing naar een door het CVZ gecontracteerd ziekenhuis medisch niet verantwoord was.

In een persoonlijk gesprek met de vreemdeling is, naar beste weten, het volgende vastgesteld:

- het betreft een vreemdeling als bedoeld in artikel 122a van de zorgverzekeringswet;
- de vreemdeling heeft niet de mogelijkheid om zich voor de kosten van de zorg te verzekeren;
- de kosten van de verleende zorg kunnen niet (volledig) op de vreemdeling verhaald worden.

Datum: _____

Naam zorgverlener: _____

Handtekening: _____

De declaratie-adressen vindt u op de achterzijde van dit formulier.

Formulieren zonder nota worden niet in behandeling genomen. U kunt dit formulier downloaden van www.cvz.nl onder 'financiering'. Daar vindt u ook een toelichting op de regeling.

Declaratieadressen niet-gecontracteerde zorgverleners.

Ziekenhuizen en overige zorgverleners sturen hun aanvragen naar: College voor zorgverzekeringen,
Postbus 320
1110 AH Diemen.

Uitzonderingen

In de provincie Friesland is het declaratieadres voor huisartsen, tandartsen, verloskundigen, kraamzorg en paramedici:
GGD Fryslân/ De Friesland
Postbus 270
8901 BB LEEUWARDEN

Contactpersoon: Mevr. S. van der Veen
Telefoonnummer: 058-2913292

In de regio Haaglanden bestaande uit de gemeenten: Delft, Den Haag, Leidschendam-Voorburg, Midden-Delfland, Pijnacker-Nootdorp, Rijswijk, Wassenaar, Westland en Zoetermeer is het declaratieadres voor huisartsen, tandartsen, verloskundigen, kraamzorg en paramedici:
GGD Den Haag
Postbus 12652
2500 DP DEN HAAG

Contactpersoon: Dhr. N. Apostolovic
Telefoonnummer: 070-3537162

Meer informatie over de regeling vindt u op: www.cvz.nl onder 'financiering'

Protocolformulier apotheken

Voor de levering van farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg aan bepaalde groepen in betalingsommacht verkerende vreemdelingen zonder verblijfsvergunning.

Stempel apotheek

Persoonsgegevens

Initialen¹:

__ __

Geslacht:

Man Vrouw

Geboortjaar²:

__ __ __ __

Nationaliteit:

__ __

Zie de nationaliteitentabel op de achterzijde.

Verklaring

In een persoonlijk gesprek met de vreemdeling is door de medewerker van de apotheek vastgesteld dat de vreemdeling, naar beste weten,

- een vreemdeling is als bedoeld in de door de apotheek met het CVZ afgesloten opdrachtovereenkomst;
- niet bij machte is om de kosten van de verleende farmaceutische en/of hulpmiddelenzorg (volledig) te voldoen.

Datum:

Naam medewerker

apotheek:

Handtekening:

U dient dit protocolformulier en het daaraan gehechte bijbehorende recept tot 1 november van het volgende jaar te bewaren. Het CVZ kan dit formulier bij u opvragen.

U kunt dit formulier downloaden van www.cvz.nl (onder financiering).

Nationaliteitentabel

Afghanistan	AF	(Ierland)*	IE	Palestijnse autoriteit	PS
Albanië	AL	India	IN	Panama	PA
Algerije	DZ	Indonesië	ID	Papoea-Nieuw-Guinea	PG
Andorra	AD	Irak	IQ	Paraguay	PY
Angola	AO	Iran	IR	Peru	PE
Antigua en Barbuda	AG	Isle of Man	IM	(Polen)*	PL
Argentinië	AR	Israël	IL	(Portugal)*	PT
Armenië	AM	(Italië)*	IT	Puerto rico	PR
Australië	AU	Ivoorkust	CI	Qatar	QA
Azerbeidzjan	AZ	(IJsland)*	IS	(Roemenië)*	RO
Bahama's	BS	Jamaica	JM	Rusland	RU
Bahrein	BH	Japan	JP	Rwanda	RW
Bangladesh	BD	Jemen	YE	Saint Kitts en Nevis	KN
Barbados	BB	Jersey	JE	Saint Lucia	LC
(België)*	BE	Jordanië	JO	Saint Vincent en de Grenadines	VC
Belize	BZ	Kaapverdië	CV	Salomonseilanden	SB
Benin	BJ	Kameroen	CM	Samoa	WS
Bhutan	BT	Kazachstan	KZ	San Marino	SM
Bolivia	BO	Kenia	KE	Sao Tomé en Principe	ST
Bosnië en Herzegovina	BA	Kirgizië	KG	Saoedi-Arabië	SA
Botswana	BW	Kiribati	KI	Senegal	SN
Brazilië	BR	Koeweit	KW	Servië	RS
Brunei	BN	Kosovo	XK	Seychellen	SC
(Bulgarije)*	BG	Kroatië	HR	Sierra Leone	SL
Burkina Faso	BF	Laos	LA	Singapore	SG
Burundi	BI	Lesotho	LS	(Slovenië)*	SI
Cambodja	KH	Libanon	LB	(Slowakije)*	SK
Canada	CA	Liberia	LR	Soedan	SD
Centraal-Afrikaanse Republiek	CF	Libië	LY	Somalië	SO
Chili	CL	(Letland)*	LV	(Spanje)*	ES
China	CN	(Liechtenstein)*	LI	Sri Lanka	LK
Colombia	CO	(Litouwen)*	LT	Suriname	SR
Comoren	KM	(Luxemburg)*	LU	Swaziland	SZ
Congo-Brazzaville	CG	Macau	MO	Syrië	SY
Congo-Kinshasa	CD	Macedonië	MK	Tadzjikistan	TJ
Cookeilanden	CK	Madagaskar	MG	Taiwan	TW
Costa Rica	CR	Malawi	MW	Tanzania	TZ
Cuba	CU	Malediven	MV	Thailand	TH
(Cyprus (Griekse deel))*	CY	Maleisië	MY	Togo	TG
(Denemarken)*	DK	Mali	ML	Tonga	TO
Djibouti	DJ	(Malta)*	MT	Trinidad en Tobago	TT
Dominica	DM	Marokko	MA	Tsjaad	TD
Dominicaanse Republiek	DO	Marshalleilanden	MH	(Tsjechië)*	CZ
(Duitsland)*	DE	Mauritanië	MR	Tunesië	TN
Ecuador	EC	Mauritius	MU	Turkije	TR
Egypte	EG	Mexico	MX	Turkmenistan	TM
El Salvador	SV	Micronesia	FM	Tuvalu	TV
Equatoriaal-Guinea	GQ	Moldavië	MD	Uruguay	UY
Eritrea	ER	Monaco	MC	Vanuatu	VU
(Estland)*	EE	Mongolië	MN	Vaticaanstad	VA
Ethiopië	ET	Montenegro	ME	Venezuela	VE
Fiji	FJ	Mozambique	MZ	(Verenigd Koninkrijk)*	GB
Filipijnen	PH	Myanmar	MM	Verenigde Arabische Emiraten	AE
(Finland)*	FI	Namibië	NA	Verenigde Staten	US
(Frankrijk)*	FR	Nauru	NR	Vietnam	VN
Gabon	GA	Nepal	NP	Westelijke Sahara	EH
Gambia	GM	Nicaragua	NI	Wit-Rusland	BY
Georgië	GE	Nieuw-Zeeland	NZ	Zambia	ZM
Ghana	GH	Niger	NE	Zimbabwe	ZW
Grenada	GD	Nigeria	NG	Zuid-Afrika	ZA
(Griekenland)*	GR	Noord-Korea	KP	Zuid-Korea	KR
Guatemala	GT	(Noorwegen)*	NO	(Zweden)*	SE
Guernsey	GG	Oeganda	UG	(Zwitserland)*	CH
Guinea	GN	Oekraïne	UA		
Guinee-Bissau	GW	Oezbekistan	UZ		
Guyana	GY	Oman	OM		
Haïti	HT	(Oostenrijk)*	AT		
Honduras	HN	Oost-Timor	TL		
(Hongarije)*	HU	Pakistan	PK		
Hongkong	HK	Palau	PW		

* EU- of EER-land

Protocolformulier gecontracteerde AWBZ-instelling¹

Declaratie niet-verhaalbare kosten van AWBZ-zorg aan bepaalde groepen in betalingsonmacht
verkerende vreemdelingen zonder verblijfsvergunning

Instellingsgegevens

Stempel instelling

Gegevens contactpersoon instelling

Naam: _____
Telefoonnummer: _____
Email: _____

Persoonsgegevens

Initialen²: _____
Geslacht: Man Vrouw
Geboortjaar³: _____
Nationaliteit: _____

Gegevens behandeling⁴

Datum aanvang zorg: _____
Datum einde zorg: _____

Kosten AWBZ-zorg

Totale kosten zorgverlening: e _____
Betaald door of namens patiënt: e _____
Niet-verhaalbare kosten: e _____

¹ U kunt dit formulier downloaden van www.cvz.nl onder Financiering.

² De eerste letter van de voornaam en de eerste letter van de achternaam.

³ Als het geboortjaar onbekend is, dan maakt u zelf een schatting van de leeftijd.

⁴ De totaaldeclaratie dient te zijn voorzien van een deugdelijke uren/dagen registratie per patiënt.

Incasso inspanning

Door de AWBZ-instelling zijn de volgende activiteiten ondernomen om betaling van de nota door de vreemdeling te bevorderen (aangeven welke activiteiten zij ondernomen):

- de vreemdeling is verzocht om contante betaling van de geleverde zorg;
- er is op _____ een nota gezonden naar het adres van de vreemdeling;
- er is op _____ een herinnering gezonden naar het adres van de vreemdeling;
- de inbaarheid van de nota is onderzocht door een incassobureau;
- de vreemdeling is gewezen op de mogelijkheid om in termijnen te betalen;
- onderzocht is of de vreemdeling in staat is de nota gedeeltelijk te betalen.

Indien de oninbare kosten verband houden met een intramurale opname:

- Is de AWBZ-instelling nagegaan of en zo ja door wie een garantverklaring⁵ ten behoeve van de patiënt is ondertekend. De AWBZ-instelling informeert het CVZ bij het indienen van de declaratie indien sprake is van een garantsteller.

Verklaring

In een persoonlijk gesprek met de vreemdeling is door de medewerker van de AWBZ-instelling naar beste weten vastgesteld, dat de vreemdeling,

- een vreemdeling is als bedoeld in de door de AWBZ-instelling met het CVZ afgesloten overeenkomst;
- geen beroep kan doen op artikel 64 Vreemdelingenwet 2000⁵ en daardoor niet de Regeling Asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen ingezet kan worden.
- niet de mogelijkheid heeft om zich voor de kosten van de zorg te verzekeren;
- niet bij machte is om de kosten van de verleende zorg (volledig of gedeeltelijk) te voldoen;

Naam ondertekenaar: _____ Functie
ondertekenaar: _____ Datum:

Handtekening: _____

⁵ ingevolge artikel 64 VV blijft uitzetting achterwege zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen.

⁶ Een garantverklaring wordt gevraagd als bij de aanvraag van verblijfsvergunning of visum het onduidelijk is of de vreemdeling voldoende middelen heeft om in levensonderhoud te voorzien tijdens het verblijf in Nederland, model M 47. Kosten die dan toch eventueel ontstaan voor de Staat of andere open bare lichamen uit het verblijf van de vreemdeling kunnen dan tot een maximum per jaar op de garantsteller worden verhaald.

Protocolformulier gecontracteerde GGZ-instelling¹

Declaratie niet verhaalbare kosten van GGZ-zorg aan bepaalde groepen in betalingsonmacht verkerende vreemdelingen

Instellingsgegevens

Stempel instelling

Gegevens contactpersoon instelling

Naam: _____
Telefoonnummer: _____
Email: _____

Persoonsgegevens

Initialen²: _____
Geslacht: Man Vrouw
Geboortjaar³: _____
Nationaliteit: _____

Gegevens behandeling⁴

Datum aanvang zorg: _____
Datum einde zorg: _____

Kosten GGZ-zorg

Totale kosten zorgverlening: e _____
Betaald door of namens patiënt: e _____
Niet verhaalbare kosten: e _____

¹ U kunt dit formulier downloaden van www.cvz.nl/financiering/zorg_aan_illegalen.

² De eerste letter van de voornaam en de eerste letter van de achternaam.

³ Als het geboortjaar onbekend is, dan maakt u zelf een schatting van de leeftijd.

⁴ De totaaldeclaratie dient te zijn voorzien van een deugdelijke uren/dagen registratie per patiënt.

Incasso inspanning

Door de GGZ-instelling zijn nog de volgende activiteiten ondernomen om betaling van de nota door de vreemdeling te bevorderen (aangeven welke activiteiten zijn ondernomen):

- de vreemdeling is verzocht om contante betaling van de geleverde zorg;
- er is op _____ een nota gezonden naar het adres van de vreemdeling;
- er is op _____ een herinnering gezonden naar het adres van de vreemdeling;
- de inbaarheid van de nota is onderzocht door een incassobureau;
- de vreemdeling is gewezen op de mogelijkheid om in termijnen te betalen;
- onderzocht is of de vreemdeling in staat is de nota gedeeltelijk te betalen.

Indien de oninbare kosten verband houden met een intramurale opname:

- Is de GGZ-instelling nagegaan of en zo ja door wie een garantverklaring⁶ ten behoeve van de patiënt is ondertekend. De GGZ-instelling informeert het CVZ bij het indienen van de declaratie indien sprake is van een garantsteller.

Verklaring

In een persoonlijk gesprek met de vreemdeling is door de medewerker van de GGZ-instelling naar beste weten vastgesteld, dat de vreemdeling

- een vreemdeling is als bedoeld in de door de GGZ-instelling met het CVZ afgesloten overeenkomst;
- geen beroep kan doen op artikel 64 Vreemdelingenwet 2000⁵ en daardoor de Regeling Asielzoekers en andere categorieën Vreemdelingen niet ingezet kan worden.
- niet de mogelijkheid heeft om zich voor de kosten van de zorg te verzekeren;
- niet bij machte is om de kosten van de verleende zorg (volledig of gedeeltelijk) te voldoen;

Naam ondertekenaar: _____ Functie
ondertekenaar: _____ Datum:

Handtekening: _____

⁵ Ingevolge artikel 64 VV blijft uitzetting achterwege zolang het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of die van een van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen.

⁶ Een garantverklaring wordt gevraagd als bij de aanvraag van verblijfsvergunning of visum het onduidelijk is of de vreemdeling voldoende middelen heeft om in levensonderhoud te voorzien tijdens het verblijf in Nederland, model M 47. Kosten die dan toch eventueel ontstaan voor de Staat of andere openbare lichamen uit het verblijf van de vreemdeling kunnen dan tot een maximum per jaar op de garantsteller worden verhaald.

Protocolformulier gecontracteerde ziekenhuizen

Voor de levering van ziekenhuiszorg aan bepaalde groepen in betalingsonmacht verkerende vreemdelingen

Instellingsstempel

Persoonsgegevens

Initialen: ___ ___
Geslacht: Man Vrouw
Geboortjaar: ___ ___ ___ ___
Nationaliteit: ___ ___

Zie de nationaliteitentabel op de achterzijde.

Verklaring

In een persoonlijk gesprek met de vreemdeling is door de medewerker van het ziekenhuis vastgesteld dat de vreemdeling, naar beste weten,

- een vreemdeling is als bedoeld in de door het ziekenhuis met het CVZ afgesloten opdrachtovereenkomst;
- niet de mogelijkheid heeft om zich voor de kosten van de zorg te verzekeren;
- niet bij machte is om de kosten van de verleende zorg (volledig) te voldoen.

Door het ziekenhuis zijn de volgende activiteiten ondernomen om betaling van de nota door de vreemdeling te bevorderen:

- de vreemdeling is verzocht om contante betaling van de geleverde zorg;
- er is op _____ een nota gezonden naar het adres van de vreemdeling;
- er is op _____ een herinnering gezonden naar het adres van de vreemdeling;
- de inbaarheid van de nota is onderzocht door een incassobureau;
- de vreemdeling is gewezen op de mogelijkheid om in termijnen te betalen;
- onderzocht is of de vreemdeling in staat is de nota gedeeltelijk te betalen.

Datum: _____

Naam medewerker
ziekenhuis: _____

Handtekening: _____

Nationaliteitentabel

Afghanistan	AF	(Ierland)*	IE	Palestijnse autoriteit	PS
Albanië	AL	India	IN	Panama	PA
Algerije	DZ	Indonesië	ID	Papoea-Nieuw-Guinea	PG
Andorra	AD	Irak	IQ	Paraguay	PY
Angola	AO	Iran	IR	Peru	PE
Antigua en Barbuda	AG	Isle of Man	IM	(Polen)*	PL
Argentinië	AR	Israël	IL	(Portugal)*	PT
Armenië	AM	(Italië)*	IT	Puerto rico	PR
Australië	AU	Ivoorkust	CI	Qatar	QA
Azerbeidzjan	AZ	(IJsland)*	IS	(Roemenië)*	RO
Bahama's	BS	Jamaica	JM	Rusland	RU
Bahrein	BH	Japan	JP	Rwanda	RW
Bangladesh	BD	Jemen	YE	Saint Kitts en Nevis	KN
Barbados	BB	Jersey	JE	Saint Lucia	LC
(België)*	BE	Jordanië	JO	Saint Vincent en de Grenadines	VC
Belize	BZ	Kaapverdië	CV	Salomonseilanden	SB
Benin	BJ	Kameroen	CM	Samoa	WS
Bhutan	BT	Kazachstan	KZ	San Marino	SM
Bolivia	BO	Kenia	KE	Sao Tomé en Principe	ST
Bosnië en Herzegovina	BA	Kirgizië	KG	Saoedi-Arabië	SA
Botswana	BW	Kiribati	KI	Senegal	SN
Brazilië	BR	Koeweit	KW	Servië	RS
Brunei	BN	Kosovo	XK	Seychellen	SC
(Bulgarije)*	BG	Kroatië	HR	Sierra Leone	SL
Burkina Faso	BF	Laos	LA	Singapore	SG
Burundi	BI	Lesotho	LS	(Slovenië)*	SI
Cambodja	KH	Libanon	LB	(Slowakije)*	SK
Canada	CA	Liberia	LR	Soedan	SD
Centraal-Afrikaanse Republiek	CF	Libië	LY	Somalië	SO
Chili	CL	(Letland)*	LV	(Spanje)*	ES
China	CN	(Liechtenstein)*	LI	Sri Lanka	LK
Colombia	CO	(Litouwen)*	LT	Suriname	SR
Comoren	KM	(Luxemburg)*	LU	Swaziland	SZ
Congo-Brazzaville	CG	Macau	MO	Syrië	SY
Congo-Kinshasa	CD	Macedonië	MK	Tadzjikistan	TJ
Cookeilanden	CK	Madagaskar	MG	Taiwan	TW
Costa Rica	CR	Malawi	MW	Tanzania	TZ
Cuba	CU	Malediven	MV	Thailand	TH
(Cyprus (Griekse deel))*	CY	Maleisië	MY	Togo	TG
(Denemarken)*	DK	Mali	ML	Tonga	TO
Djibouti	DJ	(Malta)*	MT	Trinidad en Tobago	TT
Dominica	DM	Marokko	MA	Tsjaad	TD
Dominicaanse Republiek	DO	Marshalleilanden	MH	(Tsjechië)*	CZ
(Duitsland)*	DE	Mauritanië	MR	Tunesië	TN
Ecuador	EC	Mauritius	MU	Turkije	TR
Egypte	EG	Mexico	MX	Turkmenistan	TM
El Salvador	SV	Micronesia	FM	Tuvalu	TV
Equatoriaal-Guinea	GQ	Moldavië	MD	Uruguay	UY
Eritrea	ER	Monaco	MC	Vanuatu	VU
(Estland)*	EE	Mongolië	MN	Vaticaanstad	VA
Ethiopië	ET	Montenegro	ME	Venezuela	VE
Fiji	FJ	Mozambique	MZ	(Verenigd Koninkrijk)*	GB
Filipijnen	PH	Myanmar	MM	Verenigde Arabische Emiraten	AE
(Finland)*	FI	Namibië	NA	Verenigde Staten	US
(Frankrijk)*	FR	Nauru	NR	Vietnam	VN
Gabon	GA	Nepal	NP	Westelijke Sahara	EH
Gambia	GM	Nicaragua	NI	Wit-Rusland	BY
Georgië	GE	Nieuw-Zeeland	NZ	Zambia	ZM
Ghana	GH	Niger	NE	Zimbabwe	ZW
Grenada	GD	Nigeria	NG	Zuid-Afrika	ZA
(Griekenland)*	GR	Noord-Korea	KP	Zuid-Korea	KR
Guatemala	GT	(Noorwegen)*	NO	(Zweden)*	SE
Guernsey	GG	Oeganda	UG	(Zwitserland)*	CH
Guinea	GN	Oekraïne	UA		
Guinee-Bissau	GW	Oezbekistan	UZ		
Guyana	GY	Oman	OM		
Haiti	HT	(Oostenrijk)*	AT		
Honduras	HN	Oost-Timor	TL		
(Hongarije)*	HU	Pakistan	PK		
Hongkong	HK	Palau	PW		

* EU- of EER-land

Bijlage 3 Overzicht respondenten

Respondent 1: Beleidsmedewerker Landelijke Huisartsen Vereniging, datum: 2 november 2010

Respondent 2: Senior verpleegkundige & medewerker secretariaat Universitair Medisch Centrum,
Utrecht: datum 8 november 2010

Respondent 3: Juridisch adviseur, GGZ Nederland datum: 11 november 2010

Respondent 4: Secretaris stichting Lampion datum: 16 november 2010

Respondent 5: Beleidsmedewerker CVZ datum: 19 november 2010

Respondent 6: Senior medewerker gezondheidsrecht, GGD Rotterdam datum: 24 november 2010

Respondent 7: Bestuurslid & coördinerend arts stichting Kruispost datum: 2 december 2010