

Berenschot

**Evaluatie van de bijdrageregeling van
artikel 122a van de Zorgverzekeringswet**

Eindrapport

Drs. Eveline Castelijns
Annick van Kollenburg MSc
Mr. Nicolette Oud
Dorrit de Jong MA

7 november 2011

Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet

Eindrapport

Inhoud	Pagina
1. Inleiding	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Vraagstelling	1
1.3 Aanpak	3
1.4 Leeswijzer	4
2. Stichting Koppeling vs. artikel 122a Zvw	5
2.1 Bijdrageregelingen voor de komst van artikel 122a Zvw	5
2.2 Kader van de huidige wettelijke regeling - artikel 122a Zvw	6
2.3 CVZ als uitvoeringsorganisatie	10
3. Bevindingen	12
3.1 Inhoud van de bijdrageregeling	12
3.2 Toegankelijkheid van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen	16
3.3 CVZ als uitvoeringsorganisatie	24
4. Conclusies en aanbevelingen	29
4.1 Conclusies	29
4.2 Aanbevelingen	32

Bijlagen

Bijlage 1: Artikel 122a Zorgverzekeringswet

Bijlage 2: Overzicht gesprekspartners

Bijlage 3: Literatuurlijst

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Nederland telde in de periode januari 2009 tot en met december 2009 naar schatting 97.145 illegaal verblijvende vreemdelingen, met een 95% betrouwbaarheidsinterval lopend van 60.667 tot 133.624. Over de jaren 1997-2009, en vooral sinds 2002, is een sterke afname van het aantal geschatte illegale vreemdelingen waar te nemen. Deze afname is voor een groot deel te verklaren uit de uitbreiding van het aantal landen dat lid is van de EU¹.

Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning kunnen in Nederland geen zorgverzekering afsluiten. Toch kan medische hulp noodzakelijk zijn en dient deze te worden verleend. In dit geval moeten illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zelf zorg dragen voor de kosten. Is dit niet mogelijk, dan kan de zorgaanbieder onder voorwaarden aanspraak maken op een vergoeding van oninbare kosten bij het College voor Zorgverzekeringen (hierna: CVZ).

Sinds 1 januari 2009 is het CVZ op grond van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw), verantwoordelijk voor het verstrekken van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. In bijlage 1 is artikel 122a Zvw opgenomen.

In de wet is opgenomen² dat de minister binnen drie jaar na de inwerkingtreding van de wet een evaluatie over de doeltreffendheid en de effecten van artikel 122a Zvw in de praktijk, aan de Staten Generaal verzendt. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: ministerie) heeft Berenschot gevraagd het evaluatieonderzoek uit te voeren. Voor u liggen de resultaten van dit evaluatieonderzoek.

1.2 Vraagstelling

Het doel van de evaluatie is wettelijk bepaald: nodig is te onderzoeken of de regeling doeltreffend is en welke effecten de huidige regeling in de praktijk heeft, zodat het parlement inzicht krijgt in de werking van de bijdrageregeling van artikel 122a Zvw.

De bedoeling is de uitkomst daarvan tevens te vergelijken met de vóór 1 januari 2009 geldende regelingen. Knelpunten moeten worden geïnventariseerd en waar nodig of mogelijk worden voorzien van suggesties voor oplossingsrichtingen.

Wij hebben deze doelstelling vertaald naar de volgende twee onderzoeksvragen:

¹ Van der Heijden, P.G.M., Cruyff, M.J.L.F., van Gils, G.H.C., 21 juni 2011. Schattingen illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen 2009.

² Dit is geregeld in Artikel III van de Wet van 30 oktober 2008, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen en van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten met het oog op verzekering van bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen (Stb. 2008, 526).

1. Wat is de doeltreffendheid van de bijdrageregeling van artikel 122a Zvw in de praktijk?
2. Wat zijn de effecten van de bijdrageregeling van artikel 122a Zvw in de praktijk?

Bij het in kaart brengen van de doeltreffendheid en effecten zal tevens aandacht worden besteed aan de volgende subvragen:

- Hoe verhoudt de huidige situatie rond artikel 122a Zvw zich tot de vóór 1 januari 2009 geldende regeling?
- Welke knelpunten kunnen worden geïdentificeerd en wat zijn mogelijke oplossingsrichtingen hiervoor?

Daarnaast hebben wij conform het verzoek van het ministerie aandacht besteed aan de volgende specifieke onderwerpen:

- Inhoud van de bijdrageregeling, waaronder:
 - De hoogte van de vergoeding (die zorgaanbieders ontvangen in het kader van de regeling);
 - Inspanningsverplichting zorgaanbieder (het verhalen van de kosten van verleende zorg door de zorgaanbieder op de patiënt);
 - Hoe zorgaanbieders vaststellen of een patiënt tot de doelgroep behoort;
 - Medisch noodzakelijke zorg (hoe zorgaanbieders vaststellen of het criterium medisch noodzakelijke zorg van toepassing is);
 - Zorg binnen artikel 122a Zvw.
- Toegankelijkheid van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, waaronder:
 - De landelijke dekking van de door het CVZ gecontracteerde zorg;
 - Bereidheid van de zorgaanbieder tot het verlenen van zorg;
 - Bekendheid van de bijdrageregeling bij zorgaanbieders;
 - Bekendheid van de bijdrageregeling bij illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen.
- CVZ als uitvoeringsinstantie, waaronder:
 - Aanbestedingsprocedure;
 - Informatievoorziening;
 - CVZ monitor;
 - Gegevensverzameling;
 - Declaratieproces.

1.3 Aanpak

De aanpak van dit evaluatieonderzoek heeft er als volgt uitgezien:



Direct na gunning van de opdracht is binnen Berenschot een startbijeenkomst gepland en zijn wij begonnen met het opstellen van een juridisch- en beleidskader. Op 10 maart 2011 hebben wij een startbijeenkomst gehouden met de opdrachtgever waarin de onderzoeksvragen, onze aanpak en het juridisch- en beleidskader zijn besproken en vastgesteld.

Naar aanleiding van de startbijeenkomst hebben wij relevante informatie van de opdrachtgever ontvangen en hebben wij zelf overige relevante documenten verzameld. Een overzicht van alle bestudeerde documentatie treft u aan in bijlage 3. Na vaststelling van de gespreksleidraad en de lijst van te interviewen personen/organisaties hebben wij een gespreksronde uitgevoerd met in totaal 24 zorgaanbieders, 2 brancheorganisaties, 5 belangenorganisaties, het CVZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) en tenslotte enkele in Nederland verblijvende illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Een overzicht van al onze gesprekspartners treft u aan in bijlage 2.

Op basis van alle verzamelde informatie hebben wij onze eerste tussentijdse bevindingen geformuleerd. Tijdens een interactieve werkbijeenkomst op 8 september 2011, waarvoor wij alle geïnterviewde personen hebben uitgenodigd, hebben wij de tussentijdse bevindingen gepresenteerd, knelpunten besproken en verijnd, en tenslotte passende oplossingsrichtingen geformuleerd. Bij deze bijeenkomst waren 23 personen aanwezig, waaronder verschillende zorgaanbieders (ziekenhuis, apotheek en verzorgingstehuis) en vertegenwoordigers van CVZ, GGD-en, het IGZ en belangenorganisaties.

Deze eindrapportage is het resultaat van alle uitgevoerde activiteiten in het kader van de evaluatie.

Gedurende de onderzoeksperiode heeft periodieke telefonische afstemming plaatsgevonden tussen de opdrachtgever van het ministerie en de projectleider vanuit Berenschot.

1.4 Leeswijzer

Deze rapportage is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 schetsen wij de context van het ontstaan van artikel 122a Zvw, met een korte beschrijving van de regeling zoals die voor 1 januari 2009 (datum inwerkingtreding artikel 122a Zvw) gold. Tevens treft u in dit hoofdstuk het juridische- en beleidskader van artikel 122a Zvw aan. Tenslotte gaan wij in dit hoofdstuk in op het CVZ als de door het wetsartikel aangewezen uitvoeringsorganisatie van de wettelijke bijdrageregeling.

In hoofdstuk 3 treft u de bevindingen aan uit onze documentenanalyse en de gesprekken die we hebben gevoerd ten aanzien van de doeltreffendheid en de effecten van de bijdrageregeling in de praktijk. In hoofdstuk 4 hebben we op basis van de bevindingen onze conclusies en aanbevelingen opgenomen.

2. Stichting Koppeling vs. artikel 122a Zvw

2.1 Bijdrageregelingen voor de komst van artikel 122a Zvw

Vreemdelingen zonder verblijfsvergunning die al dan niet in afwachting zijn van een beslissing op een aanvraag voor een verblijfsvergunning regulier of op bezwaar op een afwijzende beschikking daarop, kunnen in Nederland geen zorgverzekering afsluiten. In het geval medische hulp noodzakelijk is, dient deze echter wel te worden verleend. Zorgaanbieders zijn immers uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid en uit hoofde van internationale verplichtingen verplicht om zorg te verlenen (artikel 13 Europees Sociaal Handvest en artikel 12 lid 1 VN-Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten).

Met de invoering van de zogenoemde Koppelingswet op 1 juli 1998 is in de sociale verzekeringen het uitgangspunt opgenomen dat de aard van het verblijfsrecht richtinggevend is bij het vestigen en toekennen van aanspraken op collectieve voorzieningen. De Vreemdelingenwet 2000 (Vw) sluit de toegang tot de sociale (zorg)verzekeringen af voor vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijven. Maar er kan soms wel door deze doelgroep behoefte zijn aan medische zorg. De vreemdelingen dienen in eerste instantie de kosten voor medische zorg zelf te betalen. Mochten zij daartoe financieel niet in staat zijn, en een andere voorziening bovendien niet aan de orde is, dan kan de zorgaanbieder onder voorwaarden aanspraak maken op een vergoeding van de oninbare kosten.

Vóór 1 januari 2009 waren de volgende bijdrageregelingen van kracht waarop (bepaalde) zorgaanbieders een beroep konden doen als zij medische zorg hadden verleend aan vreemdelingen:

- Regeling Stichting Koppeling voor eerstelijnszorgaanbieders: Eerstelijnszorgaanbieders (w.o. huisartsen, verloskundigen, tandartsen, apothekers) konden een verzoek voor compensatie van kosten indienen bij de Stichting Koppeling. Alleen als een vreemdeling niet kon betalen (ook niet via derden), was de Regeling van toepassing. Net als in de huidige situatie werd de eerstelijnszorgaanbieder geacht (een deel van) de kosten voor eigen rekening te nemen.
- Beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren bij ziekenhuiszorg: Tweedelijnszorginstellingen konden compensatie van de kosten krijgen via de beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren. Deze beleidsmaatregel gaf ziekenhuizen de mogelijkheid om, in overleg met de ziektekostenverzekeraars, de hoogte van hun ziekenhuisbudget mede te bepalen op grond van de omvang van de post dubieuze debiteuren. Voor de bepaling van de hoogte van de totale post dubieuze debiteuren gelden de voorschriften van de Regeling jaarverslaglegging; deze wordt gecontroleerd door de accountant.

De beleidsregel is bedoeld om (delen van) alle oninbare vorderingen van onder meer ziekenhuizen te bekostigen als zij van onverzekerbare zorgconsumenten geen betaling voor geleverde zorg (kunnen) krijgen. De beleidsregel is dus niet specifiek alleen bestemd voor de doelgroep.

- Voor AWBZ-zorg in het algemeen bestond geen bijdrageregeling. Er is echter wel een uitspraak van de rechtbank Den Haag geweest in een zaak tussen de Stichting Bavo RNO Groep tegen de Staat der Nederlanden³, waarin is bepaald dat de Staat onrechtmatig handelt als hij geen adequate vergoeding van verleende AWBZ zorg aan een illegaal verblijvende vreemdeling verschaft. In dit specifieke geval ging het om BOPZ-opnames. In het geval dat er een beroep werd gedaan op AWBZ zorg diende voorafgaand hieraan de mogelijkheid te worden bezien voor de doelgroep om rechtmatig verblijf te krijgen en langs die weg de AWBZ zorg vergoed te krijgen. Voor overige AWBZ-zorg bestond verder geen bijdrageregeling.
- Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen 2005 (Rva): deze regeling is bestemd voor asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen; onder andere de groep vreemdelingen die in afwachting zijn van een beslissing op een aanvraag voor een verblijfsvergunning asiel of bezwaar of beroep tegen een afwijzende beschikking op een verblijfsvergunning asiel en die in een opvangvoorziening zitten. Hierdoor kunnen zij in aanmerking komen voor opvang die geboden wordt door het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA). Op het moment dat zij in opvang zitten, hebben zij recht op een aantal verstrekkingen: één ervan is de dekking van de kosten van medische verstrekkingen overeenkomstig een daartoe te treffen ziektekostenregeling. Het verstrekkingenpakket wordt geleverd op basis van een nacalculatiecontract of een ziektekostenverzekering en omvat de verstrekkingen uit het pakket Zvw en het AWBZ-pakket.
- Regeling verstrekkingen bepaalde categorieën vreemdelingen (Rvb): specifieke groepen vreemdelingen die in afwachting zijn op een besluit op een aanvraag of op behandeling van bezwaar, voor zover het gaat om slachtoffers van mensenhandel, eer-gerelateerd geweld en vreemdelingen die in het kader van gezinshereniging/vorming met een machtiging tot voorlopig verblijf (mvv) naar NL zijn gekomen en niet over voldoende middelen beschikken, kunnen een beroep doen op deze regeling voor kosten van medische verstrekkingen.

2.2 Kader van de huidige wettelijke regeling - artikel 122a Zvw

Op 18 december 2006 heeft de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een brief gezonden aan de Tweede Kamer⁴ over de herziening van het zorgstelsel ten aanzien van het vreemdelingenbeleid. Bij diverse gelegenheden heeft de minister kenbaar gemaakt aan de Tweede Kamer dat het op termijn wenselijk zou zijn om de financiering van de zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, via de eerder genoemde regelingen, te stroomlijnen.

De doelstelling van de wijziging van de financieringsstructuur was driedelig:

- De bestaande regelingen voor financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen stroomlijnen.
- Een structuur vormgeven die geen stimulans vormt voor verzekeringsplichtigen om zich niet te verzekeren.

³ Rb Den Haag, Bavo - Staat der Nederlanden, KG 06/686, d.d. 26 juli 2006.

⁴ Kamerstukken II, 2006/07, 29689 en 19637, nr. 126, 18 december 2006.

- Voorkomen dat aan zorgaanbieders de mogelijkheid wordt geboden om de kosten van zorg, verleend aan verzekeringsplichtigen af te wentelen op de financieringsmogelijkheden ten behoeve van de doelgroep.

Uitgangspunt van de stroomlijning was dat iemand die niet verzekerd is zelf de kosten van de aan hem verleende medische zorg moet betalen.

Voor het realiseren van de stroomlijning van de eerder bestaande financieringsmogelijkheden van vóór 1 januari 2009 was een wettelijke basis nodig. Dit werd een nieuw artikel onder de Zvw, namelijk artikel 122a.

Door de wetwijziging is het voornemen bewerkstelligd om alle vormen van medisch noodzakelijke zorg die worden verleend aan in betalingsonmacht verkerende bepaalde groepen vreemdelingen te financieren vanuit de begroting van het ministerie van VWS (Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel⁵)

Artikel 122a, eerste lid, Zvw regelt dat het CVZ bijdragen verstrekt aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen die de verleende zorg niet zelf kunnen betalen.

In het ingediende wetsvoorstel van oktober 2007 werd onder 'bepaalde groepen vreemdelingen' verstaan: 'vreemdelingen in afwachting van de beslissing op een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning regulier voor bepaalde tijd of de vreemdeling die geen rechtmatig verblijf heeft.' Artikel 8 Vreemdelingenwet 2000 somt die situaties op waarin een vreemdeling rechtmatig verblijf heeft in Nederland. Met een nota van wijziging is voor de bijdrageregeling aan de groep vreemdelingen toegevoegd: 'de vreemdeling die in afwachting is van de beslissing op een bezwaarschrift of een beroepschrift naar aanleiding van een afwijzende beslissing op een aanvraag verblijfsvergunning regulier bepaalde tijd.'

Doelgroep artikel 122a Zvw:

1. Vreemdelingen in afwachting van de beslissing op een aanvraag tot het verlenen van een verblijfsvergunning regulier voor bepaalde tijd,
2. Vreemdelingen in afwachting van de beslissing op een bezwaarschrift of een beroepschrift naar aanleiding van een afwijzende beslissing op een aanvraag verblijfsvergunning regulier bepaalde tijd,
3. Vreemdelingen die geen rechtmatig verblijf hebben.

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31249, nr. 3.

Er wordt in artikel 122a Zvw geen onderscheid gemaakt tussen typen zorgaanbieders.

Onder medisch noodzakelijke zorg wordt zorg of overige diensten verstaan die genoemd zijn in artikel 11 Zvw (verzekerde pakket) en artikel 6 AWBZ (verzekerde aanspraken). Bovendien gaat het alleen om zorg voor zover de zorgaanbieder gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de persoon uit de doelgroep de zorg medisch noodzakelijk acht.

Medisch noodzakelijke zorg

Dit begrip is lange tijd onderwerp van discussie geweest. De Commissie Klazinga heeft het begrip aan een onderzoek onderworpen en adviseert 19 december 2007 in haar rapport 'Arts en Vreemdeling' om het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' beter te laten aansluiten bij de praktijk en het daarom te definiëren als 'passende en verantwoorde medische zorg'⁶. Dit advies is in overeenstemming met de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel, omdat artsen de behandeling beperkt kunnen houden of kunnen uitstellen als zorg uitgesteld kan worden in verband met de duur van het verblijf. Volgens de Europese Verordening nr. 631/2004 moet het bij medisch noodzakelijke zorg gaan om zorg die medisch noodzakelijk wordt gedurende het tijdelijk verblijf. Hoe langer een arts verwacht dat een vreemdeling in Nederland verblijft, des te groter wordt de noodzaak om te behandelen. In de Memorie van Toelichting wordt hieraan toegevoegd: "De vraag welke medische zorg in relatie tot de duur van het verblijf als noodzakelijk moet worden gekwalificeerd, dient op grond van medische overwegingen te worden beantwoord."

Medisch noodzakelijke zorg omvat in ieder geval de zorg rond zwangerschap en bevalling. Daarnaast hebben niet rechtmatig verblijvende kinderen toegang tot preventieve jeugdgezondheidszorg alsmede tot het Rijksvaccinatieprogramma. Ivf-behandelingen en genderoperaties vallen in elk geval niet onder medisch noodzakelijke zorg.

De beoordeling of in een concreet geval sprake is van medisch noodzakelijke zorg waarop aanspraak kan maken, is ter beoordeling van de behandelend arts⁷. De minister van VWS maakt dus geen (her)beoordeling van het oordeel van de arts van de medisch noodzaak van zorg verleend aan een onverzekerbare vreemdeling.

De bijdrage wordt *niet* door het CVZ aan de zorgaanbieder verstrekt, op het moment dat:

- De kosten voor zorg door de persoon uit de doelgroep zelf of door de verzekering van de persoon uit de doelgroep kunnen worden betaald;
- De kosten op grond van een andere wettelijke bepaling kunnen worden vergoed;
- Hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is.

⁶ In de Commissie Klazinga participeerden de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVvP) met secretariële ondersteuning van Pharos, kenniscentrum vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid.

⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 29 689 en 19 637, nr. 116, p.2.

Vergoeding aan zorgaanbieder door het CVZ van medisch noodzakelijke zorg vindt alleen plaats als:

1. De vreemdeling niet zelf kan betalen;
2. De vreemdeling onverzekerd en onverzekerbaar is;
3. De zorg onderdeel vormt van het pakket Zvw of AWBZ;
4. De kosten op grond van een andere wettelijke bepaling niet kunnen worden vergoed (Rva of Rvb of enige andere wettelijke bepaling);
5. De kosten in de Nederlandse marktomstandigheden 'in redelijkheid passend' zijn.

Vervolgens maakt artikel 122a Zvw een onderscheid in drie maten van bijdragen:

- Voor zorg die aan de doelgroep is verleend, die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing, recept of indicatie wordt verleend, bedraagt de bijdrage 80% van de oninbare vordering. Het gaat hier om eerstelijnszorg (met uitzondering van farmaceutische zorg), acute tweedelijnszorg en AWBZ-zorg waarvoor geen indicatie nodig is⁸. Gekozen is voor een bijdrage van 80% van de oninbare vordering omdat de zorgaanbieder wordt geacht een deel van de kosten voor eigen rekening te nemen. Bovendien wordt dit door VWS gezien als een prikkel voor de zorgverlener om de kosten te verhalen op de doelgroep of een voorziening.
- Voor zorg die aan de doelgroep is verleend, die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing, recept of indicatie wordt verleend, bedraagt de bijdrage 100% van de kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling (deze vorm van bijdrage was in het bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel nog niet opgenomen maar is bij amendement ingevoegd).
- In bijdragen voor andere zorg wordt voorzien middels gesloten overeenkomsten tussen het CVZ en de zorgaanbieder. Het gaat hier om farmaceutische zorg, niet acute tweedelijnszorg (ambulancediensten, ziekenhuizen, psychiatrische instellingen), en AWBZ-zorg waarvoor een indicatie nodig is zoals verpleeghuizen, revalidatie-instellingen en verzorgingshuizen. In het contract wordt afgesproken welke inspanningen de zorgaanbieder verricht om de rekening door de onverzekerbare vreemdeling betaald te krijgen⁹.

Als een zorgaanbieder ook zorg levert zoals bedoeld onder de eerste bullet, kan de overeenkomst ook afwijkende bepalingen bevatten over bijdragen aan deze zorg door het CVZ.

⁸ MVT: Het gaat met name om prenatale zorg en vaccinaties die voor verzekerden onder de dekking van de AWBZ vallen en onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten.

⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31249, nr. 7, p.20.

Als een zorgaanbieder in aanmerking wenst te komen voor een bijdrage van het CVZ, dient hij het CVZ (of door het CVZ aangewezen personen) gegevens te verstrekken¹⁰ die noodzakelijk zijn om het recht op en de omvang van een bijdrage vast te kunnen stellen.

Gegevens die een zorgaanbieder moet verstrekken wil hij in aanmerking komen voor een bijdrage (artikel 7a.1 Regeling Zorgverzekering):

1. De prestatiebeschrijving van de aan de persoon uit de doelgroep geleverde prestatie;
2. Het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
3. De in verband met het voor die prestatie in rekening gebrachte tarief ontvangen betalingen of vergoedingen van de persoon uit de doelgroep, zijn verzekeraar of derden;
4. De leeftijd, de nationaliteit, de initialen en het geslacht van de persoon uit de doelgroep;
5. Bij de gegevens wordt vermeld wanneer de prestatie is geleverd.

Tegen een besluit van het CVZ op grond van artikel 122a Zvw kan een zorgaanbieder beroep instellen bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven (CBB).

2.3 CVZ als uitvoeringsorganisatie

Er is bij de inwerkingtreding van artikel 122a Zvw gekozen om de uitvoering van de gestroomlijnde regeling te beleggen bij het CVZ. Redenen hiervoor waren de volgende:

- Het CVZ heeft ervaring met taken voor verschillende groepen niet Zvw-verzekerden.
- Het CVZ is toegerust op het uitvoeren van de regeling.
- Door het beleggen van de uitvoeringstaak bij een zelfstandig bestuursorgaan in plaats van onder volledige ministeriële verantwoordelijkheid, is geprobeerd te voorkomen een onnodige drempel op te werpen voor de doelgroep om medisch noodzakelijke zorg in te roepen. Het is van belang dat een persoon uit de doelgroep niet zal nalaten medisch noodzakelijke zorg in te roepen, onder andere in verband met onbehandelde besmettelijke ziektes (bijvoorbeeld TBC). Tevens leidt zorgmijding uiteindelijk tot onnodig duurdere zorg alsmede tot risico's voor de volksgezondheid in het algemeen.

Aanbestedingsprocedure

Het CVZ heeft de contracten voor instellingen voor niet direct toegankelijke zorg gegund via het doorlopen van een aanbestedingsprocedure. Bij de keuze van de te contracteren zorgaanbieders diende het CVZ volgens de Memorie van Toelichting zoveel mogelijk rekening te houden met de spreiding van illegalen over het land.

Ook dient het CVZ aandacht te besteden aan voorlichting aan (eerstelijns) zorgaanbieders zodat bij hen bekend is naar welke gecontracteerde zorgaanbieders kan worden doorverwezen¹¹.

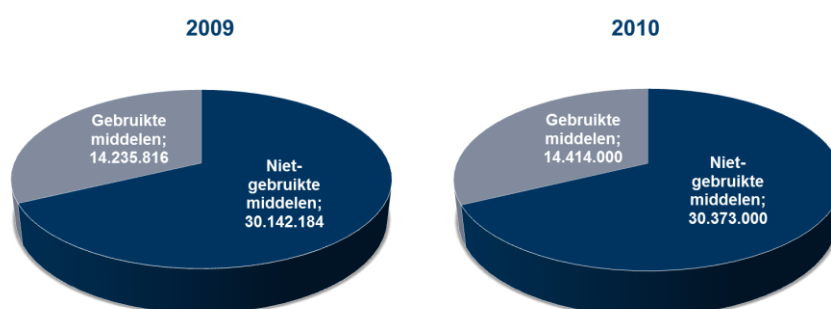
¹⁰ Gegevens mogen ook ter inzage liggen of als afschrift gegeven worden.

¹¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31249, nr. 7, p.20.

Monitoring van de bijdrageregeling

Als onderdeel van de uitvoeringstaak monitort het CVZ de uitvoering van de bijdrageregeling en rapporteert hierover twee keer per jaar aan het ministerie van VWS. De inhoudelijke bevindingen op basis van deze rapportages hebben wij opgenomen in hoofdstuk 3.

Uit de monitoren blijkt dat het beschikbare budget tot op heden niet volledig wordt uitgeput. Mogelijke oorzaken hiervoor behandelen wij in de hoofdstukken die hierna volgen. De onderstaande diagrammen illustreren hoeveel van de begrote middelen zijn gebruikt in 2009 en 2010¹². Het opgenomen bedrag voor 2009 (€ 14,2 miljoen) betreft de € 6 miljoen zoals vermeld in het financieel jaarverslag van het CVZ¹³ én de nacalculatie van 2010 over het financiële jaar van 2009. De begroting voor 2011 die door het CVZ is gemaakt (ad € 14.276.000,-) zal naar verwachting overschreden worden. Deze prognose is gebaseerd op de uitgaven in de maanden januari tot en met mei 2010.



Figuur 1: Overzichten van gebruikte versus niet-gebruikte middelen in 2009 en 2010

¹² Bron: CVZ monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen, 11 oktober 2010.

¹³ Financieel Verslag Uitvoeringstaken CVZ 2009, op 12 april 2010 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

3. Bevindingen

De bevindingen van het onderzoek zijn in dit hoofdstuk beschreven in drie paragrafen. In de eerste paragraaf gaan we in op de bevindingen ten aanzien van de inhoud van de regeling. Vervolgens beschrijven we in paragraaf 2 de toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg. In paragraaf 3 staat het CVZ als uitvoeringsorganisatie centraal.

3.1 Inhoud van de bijdrageregeling

Hoogte van de vergoeding

De tevredenheid van zorgaanbieders over de hoogte van de vergoeding voor geleverde zorg loopt uiteen. Dit lijkt ten eerste samen te hangen met het aantal illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen ten opzichte van de totale patiëntenpopulatie en ten tweede met de (mogelijke) gevolgen van de lagere vergoeding voor de zorgaanbieder, bijvoorbeeld het inboeken van een verlies op de jaarrekening.

De zorgaanbieders die tevreden zijn met de hoogte van de vergoeding geven aan dat zij tevreden zijn met de betalingszekerheid en begrip hebben voor het feit dat zij geen volledige vergoeding ontvangen voor de geleverde zorg aan de doelgroep. Zorgaanbieders welke minder tevreden zijn met de hoogte van de vergoeding geven aan dat de inspanningsverplichting niet redelijk is, de zorgaanbieder dankzij de lagere vergoeding het risico loopt om verlies te lijden op de doelgroep, en de opname van een onverzekerbare vreemdeling veel kosten voor een instelling met zich meebrengt. Het wordt ook als niet rechtvaardig gezien om zorgaanbieders zelf te laten betalen. Ook is aangegeven dat het verlenen van zorg aan een onverzekerbare vreemdeling relatief meer tijd inneemt dan het verlenen van zorg aan andere personen. Een taalbarrière en het stellen van de noodzakelijke vragen om te achterhalen of een persoon wel of niet tot de doelgroep behoort, brengt extra tijd en daarmee extra kosten met zich mee. Ditzelfde geldt voor het verlenen van de noodzakelijke zorg en coördinerende activiteiten. Voor zaken waar in andere gevallen de cliënt zelf (of zijn omgeving) een grotere verantwoordelijkheid draagt (kleding, kapper, eigen bijdragen e.d.) worden deze vormen van noodzakelijke zorg en coördinerende activiteiten voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen door de zorginstelling verzorgd. Door een zorgaanbieder is aangegeven dat de lagere vergoeding voor de doelgroep een drempel kan vormen voor een zorginstelling om illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen op te nemen of te behandelen.¹⁴

¹⁴ Zoals aangegeven in paragraaf 2.2, onderscheid artikel 122a Zvw drie maten van bijdragen.

Inspanningsverplichting zorgaanbieders

De zorgaanbieders hebben een inspanningsverplichting om te achterhalen of de onverzekerde vreemdeling (een gedeelte van) de behandeling kan betalen. Er zijn verschillende wijzen waarop zorgaanbieders met illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen omgaan, nadat duidelijk is geworden dat de patiënt niet verzekerd is en geen verdere gegevens kan of wil verstrekken. In de gesprekken met zorgaanbieders is aan de orde gekomen dat er een onderscheid is te maken tussen een *stringente* en een *lichtvaardige* manier van omgaan met de inspanningsverplichting.

De zorgaanbieders die op een stringente manier omgaan met de inspanningsverplichting zetten zich er voor in dat de illegaal en onverzekerbare vreemdeling zoveel mogelijk zelf de behandeling betaalt, tenzij dit echt niet mogelijk is. Dit doen ze door te vragen naar eventuele beschikbare middelen. Sommige zorgaanbieders geven daarbij uitleg over de regeling. Ook heeft een aantal ziekenhuizen aangegeven dat zij betalingsregelingen treffen met illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Verder sturen de zorgaanbieders die op een stringente manier omgaan met de inspanningsverplichting vrijwel altijd een rekening, vervolgens een betalingsherinnering en daarna een aanmaning. Eén van de geïnterviewde apothekers gaf aan dat er altijd aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen goed door wordt gevraagd of het mogelijk is dat hij/zij of iemand uit zijn naaste omgeving betaalt voor de geboden medicijnen. Pas na de genoemde stappen wordt er door de 'stringente' zorgaanbieders eventueel aanspraak gemaakt op de bijdrageregeling. Ook vragen zij telkens wanneer de patiënt opnieuw een bezoek brengt aan de zorgaanbieder naar de gegevens en betalingsmogelijkheden van de onverzekerbare vreemdeling.

Dit in tegenstelling tot de zorgaanbieders welke op een meer lichtvaardige wijze omgaan met de inspanningsverplichting. Zij stellen de vraag omtrent de betaling vaak alleen bij de eerste keer wanneer een illegaal en andere onverzekerbare vreemdeling een bezoek brengt aan de zorgaanbieder. In het vervolg beschouwt de zorgaanbieder de patiënt als een illegaal en andere onverzekerbare vreemdeling die niet de middelen heeft te betalen voor de zorg. De zorgaanbieders welke meer 'lichtvaardig' met de inspanningsverplichting omgaan sturen de rekening van de geboden zorg direct naar het CVZ in het geval dat de patiënt een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling is, die zelf aangeeft niet te kunnen betalen. Een aantal respondenten heeft aangegeven dat zij enerzijds vragen naar de gegevens en betalingsmogelijkheden van de illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling. Anderzijds beschouwen zij het niet als hun taak om veel tijd en moeite te stoppen in het verhalen van financiële middelen bij de patiënt. Daar speelt de lagere vergoeding die zij krijgen voor deze patiënten mede een rol in evenals de hoogte van de betalingsmogelijkheid van de illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling. CVZ en zorgaanbieders geven aan dat het in de praktijk lastig blijkt om vast te stellen of een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling in staat is een deel van de kosten voor geleverde zorg zelf te betalen. Tevens geven een aantal zorgaanbieders aan het moreel niet juist te vinden te blijven vragen naar de financiële mogelijkheden van een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling.

Vaststellen doelgroep onverzekerbare vreemdelingen

De bijdrageregeling is van toepassing op het leveren van medisch noodzakelijke zorg aan 'bepaalde groepen vreemdelingen', zoals benoemd in paragraaf 2.2. Op basis van de gesprekken met de geïnterviewde personen blijkt het in de praktijk lastig om vast te stellen of een persoon tot de doelgroep behoort.

In de gesprekken met zorgaanbieders is aangegeven dat de zorgaanbieder in eerste instantie de patiënt of cliënt vraagt om verzekeringsgegevens, het BSN nummer, identiteitspapieren en zijn/haar verblijfplaats. Wanneer het een persoon is welke tot de doelgroep behoort, heeft de patiënt geen verzekering en in de meeste gevallen geen BSN nummer. Aangegeven wordt dat de patiënten ook vaak terughoudend zijn met het opgeven van hun verblijfplaats. Bij zorgaanbieders ontstaat dan ook snel het vermoeden dat de patiënt mogelijk een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling is. Aangegeven wordt dat dit vermoeden vaak wordt ondersteund door het 'profiel' van de patiënt.

Zo is aangegeven dat het mogelijk is dat de kleding, de houding en het niet spreken van de Nederlandse taal bijdragen aan het vermoeden van de zorgaanbieder dat iemand tot de doelgroep behoort. Ook controleren zorgaanbieders of de patiënt op basis van zijn/haar nationaliteit in aanmerking komt voor de regeling. Wanneer men als zorgaanbieder verschillende systemen (bijvoorbeeld COV¹⁵) heeft geraadpleegd waarin ook de naam van de persoon niet is geregistreerd, geeft een respondent aan dat men er in de praktijk dan van uit gaat dat het een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling is. Tevens geven een aantal zorgaanbieders aan dat het voorkomt dat een patiënt/cliënt via steunorganisaties verwezen wordt naar een zorgaanbieder, waardoor het voor de zorgaanbieder eenvoudiger is vast te stellen of een persoon tot de doelgroep behoort. Aangegeven wordt dat ziekenhuizen en apothekers soms illegalen of andere onverzekerbare vreemdelingen krijgen doorverwezen door huisartsen. In deze gevallen wordt meestal direct aangegeven dat de patiënt een illegaal of onverzekerbare vreemdeling betreft.

Tussen zorgaanbieders bestaan er verschillen in de mate waarin zij zich inspannen om de status van de patiënt vast te stellen. Tevens is aangegeven dat er verschillen bestaan in het al dan niet protocollair uitvragen van de gegevens van een onverzekerbare vreemdeling. Zo hanteert een deel van de zorgaanbieders een protocol bij het uitvragen van de gegevens, in tegenstelling tot andere zorgaanbieders. In één van de gesprekken met een respondent van een niet-gecontracteerd ziekenhuis, bleek dat zij een procedure hebben opgesteld voor de medewerkers van het ziekenhuis, waarin relevante informatie zoals verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de processtappen die men moet volgen bij het verlenen van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zijn opgenomen. Weer een andere zorgorganisatie heeft een protocol ontwikkeld waarin duidelijk is aangegeven welke vormen van zorg wel en niet onder de regeling vallen.

¹⁵ Het COV (Controle op verzekeringsrecht) is een door Vecozo beheerd systeem waarmee zorgaanbieders kunnen controleren of een patiënt verzekerd is.

Het CVZ heeft als uitvoeringsinstantie van de regeling een handleiding¹⁶ beschikbaar gesteld voor zorgaanbieders, welke zorgorganisaties kan helpen bij het vaststellen of een persoon tot de doelgroep behoort waar de bijdrageregeling op van toepassing is.

Medisch noodzakelijke zorg

Alleen indien zorgaanbieders medisch noodzakelijke zorg aan een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling verlenen kunnen zij, in geval er sprake is van oninbare kosten, aanspraak maken op artikel 122a Zvw. Er bestaan twee betekenissen van medisch noodzakelijk, zoals ook is aangegeven in paragraaf 2.2. De eerste betekenis betreft medisch noodzakelijke zorg, zoals deze is vastgelegd in het basispakket en de AWBZ. De tweede betreft de definiëring van medisch noodzakelijke zorg, zoals deze is opgesteld door Commissie Klazinga. Hierbij staat het oordeel van de behandelend arts centraal. Het CVZ verstaat onder medisch noodzakelijke zorg het basispakket én het oordeel van de behandelend arts. Oftewel, het betreft een en/en situatie.

De meerderheid van de gesprekspartners ervaart weinig problemen bij het bepalen van het criterium medisch noodzakelijke zorg. De afweging of de zorgvraag van een onverzekerbare vreemdeling onder het criterium valt, wordt gemaakt door de zorgverlener.

Bovendien zijn een aantal zorgaanbieders, zoals apothekers, pas later in de zorgketen aan zet. In dit geval wordt ervan uitgegaan dat bij de initiële verwijzer (huisarts of ziekenhuis) al een check op medisch noodzakelijke zorg heeft plaatsgevonden. Aangegeven is dat wanneer illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen een bezoek brengen aan een zorgaanbieder, er in de meeste gevallen sprake is van zorgvragen die vallen onder het criterium medisch noodzakelijke zorg.

Echter, ook is door een enkele huisarts aangegeven dat het in een aantal gevallen lastig is om te bepalen hoe terughoudend men moet zijn bij bepaalde behandelingen. Een voorbeeld hiervan is cosmetische chirurgie. De vraag is in hoeverre de arts een ander beleid moet hanteren voor een onverzekerbare vreemdeling en of cosmetische chirurgie medisch noodzakelijk is. Daarnaast kan het criterium problemen geven bij vormen van psychiatrische/ psychische aandoeningen, maar ook is door zowel zorgaanbieders als belangenbehartigers aangegeven dat er aandoeningen zijn die de potentie hebben uit te groeien tot medisch noodzakelijke zorg maar op het ogenblik hier nog niet toe behoren.

Zorg binnen artikel 122a Zvw

Op grond van artikel 122a Zvw is het CVZ verantwoordelijk voor het verstrekken van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. De bijdrage geldt voor zorg als bedoeld in artikel 11 Zvw en artikel 6 van de AWBZ, voor zover deze zorg medisch noodzakelijk wordt geacht. Bij AMvB kunnen vormen van zorg als bedoeld in artikel 11 Zvw en artikel 6 AWBZ zijn, worden uitgezonderd.

¹⁶ CVZ (28 januari 2011). "Hoe stel ik vast dat iemand illegaal in Nederland verblijft?" Brief aan zorgaanbieders.

Tandartsenzorg vanaf de leeftijd van 18 jaar, het laten verrichten van een abortus zonder medische indicatie en voorgeschreven medicijnen (o.a. bepaalde antidepressiva en anticonceptie) die geen onderdeel uitmaken van het basispakket, vallen buiten de bijdrageregeling. Gesprekspartners hebben aangegeven dat hier wel behoefte aan is vanuit de doelgroep en dat deze vormen van zorg een preventieve werking kunnen hebben.

Met name de tandartsenzorg levert volgens een aantal respondenten in de praktijk veel problemen op. Tot 1 januari 2011 viel tandartsenzorg voor personen tot 22 jaar in het basispakket en onder de bijdrageregeling. Deze leeftijdsgrens is op 1 januari 2011 verlaagd naar 18 jaar. Het is nu niet meer mogelijk voor tandartsen om de rekening van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen ouder dan 17 jaar te declareren. Ten tijde van het Koppelingsfonds bestond deze mogelijkheid nog wel. In 2010 heeft het Breed Medisch Overleg (BMO) een inventarisatie aan het ministerie van VWS aangeboden welke de stand van zaken beschrijft rondom tandheelkundige zorg aan ongedocumenteerde migranten boven de leeftijd van (toen nog) 21 jaar. Zij stelden dat de toegang tot de tandheelkundige zorg voor ongedocumenteerde patiënten (boven 21 jaar), die over weinig of geen financiële middelen beschikken, onvoldoende is. Daarnaast stelde het BMO dat de paar lokale initiatieven die in 2009 de ergste tandheelkundige noden van een beperkt deel van de betalingsonmachtige, ongedocumenteerde patiënten konden verlichten, onvoldoende waren in aantal, omvang en in duurzaamheid om zelfs maar deze beperkte noodhulp te continueren.

Tenslotte geven zij aan dat er formeel geen duidelijk beeld van de werkelijke omvang van de problematiek rond tandheelkundige zorg aan betalingsonmachtige ongedocumenteerde patiënten bestaat.¹⁷ Duurdere (acute) vormen van zorg, zoals kaakchirurgie, vallen daarentegen wel onder de bijdrageregeling wanneer er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Respondenten geven aan dat door preventieve tandheelkundige zorg een bezoek aan de duurdere kaakchirurg kan worden voorkomen. Het betreft hierbij de afweging preventie versus medische noodzaak. Tevens is in één van de gesprekken aangegeven dat in het buitenland de tandartsenzorg vaak vele malen slechter is geregeld dan in Nederland. Gesteld wordt dat de staat van gebitten van volwassen illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen dan ook vaak slechter is dan van volwassen Nederlandse burgers.

3.2 Toegankelijkheid van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen

De toegankelijkheid van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen is afhankelijk van de landelijke dekking van gecontracteerde zorgaanbieders, de bereidheid van de zorgaanbieder tot het verlenen van zorg én de bekendheid van de bijdrageregeling bij zorgaanbieders en bij de doelgroep van de bijdrageregeling zelf. Deze zullen hierna nader worden toegelicht.

Op voorhand is het echter van belang om te melden dat uit het gesprek met de IGZ duidelijk is geworden dat zij nauwelijks tot geen signalen ontvangt dat de toegankelijkheid van zorg in het geding is. De IGZ gaat er dan ook vanuit dat er geen knelpunten zijn rondom toegankelijkheid. Indien de IGZ al signalen ontvangt van situaties waarbij de toegankelijkheid van zorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen in het geding is, ontvangt zij deze signalen momenteel

¹⁷ Breed Medisch Overleg. (11 februari 2011). *Tandheelkundige Zorg voor Ongedocumenteerde Migranten 'Voor hun kiezen...'*, Utrecht

alleen van Dokters van de Wereld. De IGZ geeft aan dat de illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen een belangrijke doelgroep voor betreft gelet op het kwetsbare karakter. De IGZ hanteert dan ook een bijzondere aanpak rond meldingen van illegalen en andere onverzekerde vreemdelingen, omdat zij bijvoorbeeld lastig terecht kunnen bij een zorgverzekeraar.

Landelijke dekking van gecontracteerde zorgaanbieders

In de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel is opgenomen dat het CVZ bij de keuze van de te contracteren zorgaanbieders rekening zal houden met de spreiding van illegalen over het land.

Als er relatief veel illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen verblijven in een bepaalde provincie, dan zullen daar relatief veel zorgaanbieders worden gecontracteerd.

Ziekenhuizen

Het CVZ is bij de contractering van ziekenhuizen uitgegaan van één ziekenhuis per GGD-regio zoals die bestonden onder de uitvoering van de regeling van de Stichting Koppeling. Dit houdt in dat 27 ziekenhuizen gecontracteerd dienden te worden. De eerste CVZ monitor van 31 maart 2009 meldt dat er 22 ziekenhuizen zijn gecontracteerd. Een jaar later is er in één regio een extra ziekenhuis gecontracteerd en in één van de openstaande regio's ook een ziekenhuis gecontracteerd. Op 13 april 2011 meldt het CVZ in haar monitor dat er 26 ziekenhuizen gecontracteerd zijn. Er zijn tevens 'achtervang' ziekenhuizen gecontracteerd om een dekkend zorgaanbod te borgen.

Een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling kan, indien sprake is van een spoedeisende hulpvraag, bij ieder Nederlands ziekenhuis terecht. Door een *niet* gecontracteerd ziekenhuis is aangegeven dat het (bezien vanuit de 80% vergoeding) wel zaak is om de illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling over te plaatsen naar een gecontracteerd ziekenhuis, wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt dit toelaat.

Apotheken

In de eerste CVZ monitor spreekt het CVZ het streven uit om per gemeente één apotheek te contracteren. Nederland kende in 2009 441 gemeenten. Vanwege de combinatie van grondoppervlak en spreiding van illegalen heeft het CVZ in Amsterdam en Rotterdam vijf resp. drie apotheken gecontracteerd. In maart 2009 waren 329 apotheken gecontracteerd. Er waren verschillende redenen dat nog niet in elke gemeente een apotheek gecontracteerd was.

In 46 kleine gemeenten is geen apotheek aanwezig en in 72, vooral kleinere, gemeenten is geen enkele apotheek ingegaan op het contractvoorstel van het CVZ. In 2009 heeft het CVZ geen signalen bereikt waaruit zou blijken dat het ontbreken van een gecontracteerde apotheek in een bepaalde gemeente tot problemen zou leiden voor de toegankelijkheid van de geneesmiddelenzorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Het zwaartepunt van de uitvoering van de regeling ligt in de Randstad, met een uitschieter in Amsterdam. In Amsterdam en Leiden is per 1 juli 2010 een extra apotheek gecontracteerd.

Op 31 december 2010 waren in totaal 361 apotheken gecontracteerd (CVZ monitor 13 april 2011). Er zijn 46 gemeenten waar het CVZ geen apotheek heeft gecontracteerd terwijl er wel een apotheek aanwezig is. Kennelijk bestond in 2008/2009 bij deze apotheken geen behoefte om een overeenkomst met het CVZ aan te gaan. Ook in deze gemeenten zal het CVZ in 2011 een aanbestedingsprocedure starten. Overigens betreft het hier uitsluitend gemeenten waar weinig tot geen illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen verblijven. Het feit dat het CVZ in deze gemeenten op dit moment geen apotheek heeft gecontracteerd, leidt volgens het CVZ daarom in de praktijk niet tot problemen. De hulpverleningsorganisaties STIOM en OKIA hebben bij het CVZ aangedrongen op het contracteren van een tweede apotheek voor de gemeente Den Haag.

De door deze organisaties aangedragen argumenten hebben bij het CVZ geleid tot het voornemen om met ingang van 1 januari 2012 een tweede apotheek in de gemeente Den Haag te contracteren. De apotheek die in Den Haag als eerste gecontracteerd is bevindt zich in Scheveningen, hetgeen voor de toegankelijkheid voor vreemdelingen geen vooruitgang is, aldus gesprekspartners, waaronder de apotheek in Scheveningen en een belangenorganisatie.

Uit de werkbijeenkomst is tevens naar voren gekomen dat de locatie van de gecontracteerde apotheek in Groningen ongunstig is ten opzichte van de locatie waar de concentratie illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zich bevindt.

AWBZ en GGZ

Vanwege de grote mate van diversiteit in de AWBZ- en GGZ-zorg heeft het CVZ in 2009 besloten om die instellingen te contracteren die ook daadwerkelijk zorg leveren aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Instellingen die bij het CVZ melden dat ze zorg leveren of willen gaan leveren aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen kunnen worden gecontracteerd door het CVZ. Dit resulteerde in oktober 2009 in negen gecontracteerde AWBZ-instellingen en dertien GGZ-instellingen. In april 2011 rapporteert het CVZ dat zij inmiddels 27 AWBZ-instellingen en 40 GGZ-instellingen heeft gecontracteerd. Gecontracteerd zijn de rechtspersonen. Dit betekent dat de daaronder feitelijk opererende locaties groter zijn.

Bereidheid van de zorgaanbieder tot het verlenen van zorg

Zoals ook opgenomen in de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel zijn zorgaanbieders uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval in aanmerking komende zorg te verlenen. Iedere zorgaanbieder bepaalt vervolgens binnen de regels van de beroepsethiek of en in welke mate hij bereid is mensen te helpen die mogelijk niet in staat zijn te betalen.

Uit gesprekken, documenten en de werkbijeenkomst blijkt dat de mate van bereidheid wisselt tussen zorgaanbieders. Hieronder gaan wij in op de verschillende zorgaanbieders.

Huisartsen

Huisartsen lijken volgens belangenorganisaties het meest bereid te zijn tot het verlenen van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Zij worden gezien als het meest toegankelijk in het verlenen van zorg en zijn over het algemeen goed bekend met de

bijdrageregeling. Dit kan deels verklaard worden door de positionering van de huisarts vooraan in de zorgketen. Bovendien wordt aangegeven dat er bereidwillige huisartsen zijn die goed bekend zijn bij hulporganisaties voor zorgverlening aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Dat maakt de toegankelijkheid van deze specifieke huisartsen extra laagdrempelig.

Tandartsen

Een aantal belangenorganisaties en GGD'en geven aan dat tandheelkundige zorg voor mensen van 18 jaar en ouder vrijwel geheel ontoegankelijk geworden is omdat rekeningen vrijwel altijd te hoog zijn om zelf te betalen en er signalen zijn dat veel tandartsen niet bereid zijn de zorg zonder betaling te verlenen.

Aangegeven is dat over het algemeen de mondgezondheid van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen slecht is door gebrekkig onderhoud van het gebit in het verleden, wat leidt tot grotere gezondheidsproblemen. In documenten en de media is over verschillende incidenten geschreven¹⁸. Ook belangenorganisaties zeggen veel vragen en klachten over deze situatie te ontvangen.

Verloskundigen en kraamhulpen

Verloskundigen en kraamhulpen kunnen 100% van de oninbare kosten die verband houden met zwangerschap en bevalling vergoed krijgen. Over de toegankelijkheid van deze zorgaanbieders hebben wij in documenten en uit gesprekken geen negatieve signalen opgevangen.

Apotheken

Over het algemeen is de indruk dat de toegankelijkheid van apotheken in het kader van de bijdrageregeling goed is. Zowel belangenorganisaties als GGD'en hebben aangegeven dat op enkele plaatsen de fysieke toegankelijkheid is afgenomen, doordat de gecontracteerde apotheek nu aan de andere kant van de stad ligt (zoals het geval is in Groningen en Den Haag/Scheveningen). In de aanbestedingsprocedure van het CVZ is de fysieke toegankelijkheid geen criterium geweest voor selectie, danwel uitsluiting.

Ziekenhuizen

Volgens een belangenorganisatie zijn ziekenhuizen één van de meest moeilijk bereikbare zorginstellingen voor de illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Aangegeven wordt dat een ziekenhuis voor een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling een instantie is met een hoge drempel. Er ligt ook geen nadruk op een persoonlijke band die bijvoorbeeld wel aanwezig is in het contact met een huisarts.

¹⁸ Waaronder:

- Breed Medisch Overleg, *Tandheelkundige Zorg voor Ongedocumenteerde Migrantten 'Voor hun kiezen...'*, (11 februari 2011).
- A. Doeleman, *Tandheelkundige hulp volwassen illegale patiënten niet meer vergoed. Door nieuwe regeling veel gebitsproblemen illegalen*. Nederlands Tandartsenblad (februari 2010).
- Nederlands Tandartsenblad, *Kruispost verleent ook tandheelkundige zorg, Extracties in souterrain op de Wallen*. Nederlands Tandartsenblad vol.65 no.11 (2010).

Ook is door een belangenorganisatie aangegeven dat het moeilijk is voor een onverzekerbare vreemdeling om in te haken op het protocol van het ziekenhuis, om te weten welke dingen hij/zij moet zeggen om het juiste pad te bewandelen binnen de structuren die er zijn. Zo wordt aangegeven dat een vreemdeling de consequenties niet kent van bijvoorbeeld de schuldverklaring die hij aflegt. Het is in dit geval niet duidelijk voor de vreemdeling of de schuldverklaring wel of niet naar het CVZ gestuurd wordt.

Volgens belangenorganisaties is daarnaast aan de balie vaak sprake van onbekendheid met de regeling. Aangegeven wordt dat dit in de praktijk in een aantal gevallen wordt opgelost door bemiddeling van hulporganisaties. Toegang tot de zorg in ziekenhuizen lijkt volgens een belangenorganisatie hierdoor alleen mogelijk met behulp van de hulpverleningsorganisaties.

Dat horen we overigens ook terug van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zelf die we hebben gesproken. Hier heeft CVZ wel extra voorlichting op ingezet.

In een gesprek met een belangenorganisatie is aangegeven dat voor de mensen met een asielverleden het relatief gezien makkelijker is om toegang te vinden tot zorg, dan voor mensen zonder een asielverleden. Een opgegeven verklaring hiervoor is dat mensen met een asielverleden meer in beeld zijn bij instanties en vaak een groter netwerk hebben.

AWBZ

In een gesprek met een belangenorganisatie is aangegeven dat verpleeghuizen heel terughoudend zijn om illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen op te nemen. Dit vanwege de achtergrond van de persoon, de taal en het mogelijk lange verblijf van de onverzekerbare vreemdeling.

GGZ

Uit documenten van belangenorganisaties, gesprekken en de werkbijeenkomst blijkt dat er sprake is van onderbehandeling van GGZ-problematiek bij illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Aangegeven is dat van de doelgroep het topje van de ijsberg actief naar hulp zoekt, omdat ze bijvoorbeeld mondig en hoogopgeleid zijn.

Twee van de belangenorganisaties die wij gesproken hebben geven aan dat er vrij veel meldingen van problemen zijn van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen met betrekking tot de toegankelijkheid van GGZ-instellingen. Er is volgens één van hen zelfs sprake van een toename van meldingen dat illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen niet terecht kunnen bij GGZ-instellingen.

Aangegeven wordt dat GGZ-instellingen vaak grote organisaties zijn. Daardoor zouden hulpverleners en de (financiële) administratie vaak niet bekend zijn met de bijdrageregeling. Dit wordt specifiek voor de GGZ versterkt doordat deze sector geen aanbestedingsprocedure voor de bijdrageregeling heeft doorlopen, en derhalve op organisatieniveau minder betrokken is geweest. De toegankelijkheid van de zorg bij GGZ hulpverlening hangt daarmee erg af van bepaalde personen in de instellingen die bijvoorbeeld ervaring hebben met de hulpverlening aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen.

Een belangenorganisatie geeft aan dat er waarschijnlijk inhoudelijke overwegingen zijn die GGZ-instellingen terughoudend maken in het verlenen van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen: de illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen hebben geen vaste verblijfplaats en geen stabiele thuissituatie. Vaak is het moeilijk om therapietrouw te realiseren. Illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen snappen bijvoorbeeld niet hoe ze de medicatie moeten innemen. Ook de taal kan een barrière vormen.

Hierbij moet echter worden opgemerkt dat de prognoses voor 2011 ook een ander beeld laten zien. Gebaseerd op de gerealiseerde uitbetalingen van januari tot en met mei 2011 heeft CVZ geschat dat de vergoeding aan GGZ-instellingen zal stijgen tot € 2,7 miljoen, ten opzichte van € 1,1 miljoen in 2010. Ook de prognose voor de vergoedingen aan AWBZ-instellingen voor 2011 is flink hoger dan de bijdrage in 2010 (€ 600.000,- in 2011 versus € 159.000,- in 2010).

In 2009 gebruikten de twee zorgsoorten samen nog € 1,5 miljoen.¹⁹ De oorzaak van deze stijging ligt mogelijk in het feit dat de regeling nu bekender is bij medewerkers.

Abortusklinieken

Vergoeding van zwangerschapsafbreking in abortusklinieken vindt plaats op grond van de Regeling subsidies AWBZ waarvoor artikel 44 van de AWBZ de basis biedt. Zwangerschapsafbreking die onder deze subsidieregeling valt komt dus niet in aanmerking voor een vergoeding op grond van de wettelijke bijdrageregeling als bedoeld in artikel 122a Zvw.

Zwangerschapsafbreking op grond van medische indicatie die in voorkomend geval zal worden afgegeven door een arts of specialist, is zorg die wordt vergoed op grond van artikel 11 Zvw. Als een illegaal verblijvende of onverzekerbare vreemdeling zwangerschapsafbreking op medische indicatie voorgeschreven krijgt, kan de zorgaanbieder, als de kosten niet (volledig) op de cliënt kunnen worden verhaald, een bijdrage vragen.

Abortushulpverlening in abortusklinieken *zonder* medische indicatie valt niet onder de bijdrageregeling omdat het niet wordt gezien als medisch noodzakelijke zorg op grond van artikel 122a Zvw. CASA, een landelijke organisatie die hulp verleent op het gebied van geboorteregeling en seksuele gezondheidszorg, heeft vijf abortusklinieken. Zij geven aan ongeveer de helft van alle abortussen in Nederland uit te voeren.

Afgelopen juli is CASA een pilot gestart waarbij illegale vrouwen is gevraagd om persoonlijke gegevens en documenten waarmee zij kunnen aantonen dat ze niet uit Europa komen en dat hun asielaanvraag is afgewezen. Door meer inzicht te krijgen in de problematiek hoopt CASA dat abortus ook wordt opgenomen in de regeling. De eerste resultaten van deze pilot²⁰ zijn begin oktober aan Berenschot toegezonden door CASA.

Gebleken is dat in de periode juli tot en met september 2011 zich zeven vrouwen hebben gemeld bij CASA die voldoen aan de definitie die CASA hanteert, te weten: afkomstig uit landen buiten Europa en de vrouw heeft een tijdelijke verblijfsvergunning gehad of heeft een verblijfsvergunning

¹⁹ In CVZ-cijfers van 2009 zijn de vergoedingen aan AWBZ-instellingen en GGZ-instellingen niet uitgesplitst.

²⁰ CASA, *Registratie zwangerschapsafbreking bij illegalen*, 8 oktober 2011.

aangevraagd die is afgewezen. De meeste vrouwen waren verwezen door een instelling die hulp biedt aan illegalen (bijvoorbeeld de Pauluskerk in Rotterdam).

Op basis van deze gegevens neemt CASA aan dat jaarlijks ongeveer 30 illegalen zich tot één van de CASA klinieken wenden met het verzoek tot een zwangerschapsafbreking. Bij de CASA klinieken wordt ongeveer de helft van het aantal zwangerschapsafbrekingen in Nederland uitgevoerd. Dit zou volgens CASA betekenen dat het landelijk gaat om ongeveer 60 illegale vrouwen die een verzoek hebben tot zwangerschapsafbreking.

Bekendheid van de bijdrageregeling bij zorgaanbieders

Toegang tot de zorg is afhankelijk van het feit of individuele medewerkers van een zorgaanbieder bij wie de onverzekerbare vreemdeling zich meldt, bekend zijn met het bestaan van de bijdrageregeling.

Het CVZ heeft, blijkens de CVZ monitoren, op 16 december 2008 ca. 15.000 voorlichtingsbrieven verstuurd naar alle ziekenhuizen, apotheken, huisartsen, tandartsen, verloskundigen en kraamzorgorganisaties. Deze brief bevatte, naast algemene informatie over het wettelijk kader, op de betreffende beroepsgroep toegesneden informatie over de uitvoering van de regeling. Medio 2010 is aan alle ziekenhuizen een brief gezonden met een herhaling van de uitleg van de regeling, een uitleg voor het begrip 'illegaal' en een conceptpublicatie voor het personeelsblad van de ziekenhuizen. Op 27 november 2008 heeft het CVZ een voorlichtingsbijeenkomst over de nieuwe regeling georganiseerd voor koepelorganisaties en belangenbehartigende organisaties. Eind 2009 is medewerking verleend aan een door Dokters van de Wereld georganiseerd congres over de zorgverlening aan illegalen en tevens heeft CVZ in 2009 en 2010 deelgenomen aan vergaderingen van de stuurgroep Lampion. Op 22 september 2010 heeft het CVZ overleg gevoerd met het Breed Medisch Overleg, waarbij door het CVZ eveneens informatie is gegeven over de uitvoering van de regeling. Ook heeft het CVZ in 2010 werkbezoeken gebracht aan vijf apotheken met een hoge omzet. Op de website van het CVZ is voorlichting over de regeling te vinden, evenals een overzicht van gecontracteerde apotheken en ziekenhuizen.

In aanvulling hierop heeft het CVZ op 24 november 2010 overleg gevoerd met vertegenwoordigers van de gecontracteerde ziekenhuizen.

Naast informatievoorziening door het CVZ is er ook informatiemateriaal verstrekt door koepelorganisaties. Zo heeft bijvoorbeeld de LHV per brief informatie verstrekt aan huisartsen. Deze brief ging in op de financiële compensatie door het CVZ, het doorverwijzen naar apotheken, ziekenhuizen en 3^e lijns zorginstellingen en overige aandachtspunten zoals tolken, steun en advies, en dergelijke.

Ondanks de informatievoorziening aan zorginstellingen door het CVZ blijkt vaak (op basis van onze gesprekken en documentstudie) dat individuele medewerkers niet bekend zijn met het bestaan van de bijdrageregeling. Dat lijkt in zijn algemeenheid het geval te zijn doordat de informatie is gezonden naar de rechtspersoon, waaronder vervolgens verschillende locaties operationeel zijn of omdat de instellingen erg groot zijn (bijvoorbeeld ziekenhuizen en GGZ-instellingen) waardoor baliepersoneel, hulpverleners en/of de (financiële) administratie niet op de hoogte zijn van de

regeling. Illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen worden in deze gevallen weggestuurd als ze niet kunnen betalen of worden überhaupt verkeerd geïnformeerd waardoor de vreemdelingen ook niet meer terug (durven) te komen.

Onbekendheid met de regeling geldt des te meer voor die zorginstellingen die nog geen ervaring hebben opgedaan met de bijdrageregeling omdat zij slechts incidenteel worden geconfronteerd met een hulpvraag van een onverzekerbare vreemdeling. Zo zijn er regio's waar relatief weinig illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen verblijven waardoor het regionaal geldt dat er weinig bekendheid is met de regeling.

Andersom is dan ook niet vreemd dat de meeste zorgaanbieders die een beroep doen op de bijdrageregeling, afkomstig zijn uit Amsterdam, Rotterdam-Rijnmond en Den Haag.

Van de kraamzorgorganisatie die wij hebben gesproken hebben wij bovendien begrepen dat niet direct helder was of poliklinische bevallingen onder de bijdrageregeling vielen en bevallingen in het Kraamhotel (die normaal werden gezien als thuisbevallingen). Op een antwoord moest lang gewacht worden. Er is in één geval geen bijdrage verstrekt om deze reden.

Bekendheid van de bijdrageregeling bij illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen

In zijn algemeenheid geldt dat bekendheid met de bijdrageregeling onder illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen groter is als zij lid zijn van een vereniging of aansluiting hebben gevonden bij een informeel netwerk. Het informele netwerk is divers samengesteld: zo zijn er moskeeën en kerken (de Pauluskerk is een aantal keer genoemd) die doorverwijzen naar huisartsen, maar ook belangenorganisaties wijzen illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen de weg.

Belangenorganisaties zoals LOS, Dokters van de Wereld, Pharos en Vluchtelingen in de Knel, en organisaties als de FNV, organiseren bijeenkomsten voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen met als doel hen te voorzien van informatie.

Ook wordt door hen voorlichtingsmateriaal verspreid onder de illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen om informatie te verschaffen over de toegang tot de Nederlandse gezondheidszorg (zoals die van Dokters van de Wereld/Lampion en van Pharos).

Belangenorganisaties hebben in de gesprekken aangegeven te beschikken over een netwerk van huisartsen waarnaar zij verwijzen.

Als illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen bekend zijn met deze organisaties doen zich dan ook geen knelpunten voor met de toegankelijkheid; zo is ook gebleken uit onze gesprekken met enkele (voorheen) illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Een zorgaanbieder heeft aangegeven dat op deze wijze voor de zorgaanbieder al direct bekend is dat de patiënt die zich meldt, tot de doelgroep van de bijdrageregeling behoort.

Het CVZ heeft geen rol gehad in de informatievoorziening met betrekking tot de bijdrageregeling aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zelf. Uit de CVZ monitor blijkt dat de voornaamste reden hiervoor ligt in de karakteristieken van de doelgroep van de bijdrageregeling: illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zijn nu eenmaal lastig te identificeren en te

traceren, daar ze vaak geen vaste verblijfplaats hebben en in de meeste gevallen anoniem willen blijven. Het is dan ook moeilijk om de verantwoordelijkheid voor de informatievoorziening aan deze doelgroep bij één partij te beleggen.

3.3 CVZ als uitvoeringsorganisatie

Aanbestedingsprocedure

Zoals gezegd heeft het CVZ de niet direct toegankelijke zorg via een aanbestedingsprocedure gecontracteerd. Als gecontracteerde zorginstelling kun je voor vergoeding van deze zorg op grond van de bijdrageregeling in aanmerking komen, niet gecontracteerde zorginstellingen komen daarvoor niet in aanmerking.

Uit gesprekken met belangenbehartigers en zorgaanbieders blijkt dat de gunning op grond van de aanbestedingsprocedure niet geheel naar wens is verlopen. Zo is er volgens zorgaanbieders te weinig (tot geen) rekening gehouden met de mate van toegankelijkheid van de te contracteren zorgaanbieder, de mate van ervaring die de zorgaanbieder reeds heeft opgedaan met zorgverlening aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen en is te veel (alleen) gekeken naar het kostenaspect.

In een rapport van het BMO van juni 2009²¹ is opgenomen dat van alle aanbestedingscriteria de geboden prijs voor 80% heeft meegewogen; ervaring met en bekendheid bij de doelgroep waren van ondergeschikt belang. In het rapport wordt gesteld dat hierdoor de situatie is ontstaan dat zorgaanbieders zijn gecontracteerd die weinig tot geen ervaring hadden met zorgverlening aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen of zich op grote afstand bevonden van het woongebied van het merendeel van de illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Bovendien werd gesteld dat de periode om in te schrijven op de aanbesteding erg kort was waardoor een aantal ervaren zorgaanbieders de kans zou zijn misgelopen om mee te dingen terwijl zij mogelijk wel geschikte zorgaanbieders zouden zijn geweest.

Informatievoorziening

In de vorige paragraaf is onder het kopje 'bekendheid met de bijdrageregeling bij zorgaanbieders' al de nodige aandacht besteed aan de informatievoorziening van het CVZ aan de zorgaanbieders. Uit gesprekken volgt een beeld dat de informatievoorziening, hoewel in 2009 niet optimaal vormgegeven, inmiddels goed verloopt.

Daar waar de meeste zorgaanbieders in het begin van 2009 niet goed op de hoogte waren van de bijdrageregeling, is dit inmiddels breder bekend. Het CVZ heeft aangegeven dat de indruk leeft dat er nog steeds minder bekendheid is met de bijdrageregeling in gebieden waar relatief weinig onverzekerbare vreemdelingen wonen. Dat geldt ook voor de GGZ-zorg, terwijl er volgens

²¹ Breed Medisch Overleg, 'Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus, eerste inventarisatie van knelpunten', juni 2009.

verschillende gesprekspartners (o.a. belangenorganisaties) veel verborgen GGZ-problematiek is. Volgens het eerder aangehaalde rapport van het BMO kwamen er in elk geval in 2009 signalen binnen dat instellingen niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid om een contract met het CVZ af te sluiten.

Tevens heeft een zorgaanbieder aangegeven dat het CVZ meer aandacht had kunnen besteden aan de informatievoorziening naar de zorgaanbieders, met name op het punt hoe ziekenhuizen met elkaar moeten omgaan bij overdracht van patiënten en het informeren van huisartsen over naar welk ziekenhuis zij illegalen of andere onverzekerbare vreemdelingen moeten doorverwijzen.

CVZ Monitor

Zowel belangenorganisaties als GGD'en geven aan dat door aanpassing van de regelgeving (van Stichting Koppeling naar artikel 122a Zvw) de monitorfunctie van de GGD vandaag de dag beperkt is en grotendeels overgenomen door het CVZ.

Bij de uitvoering van de regeling van de Stichting Koppeling hadden de GGD'en een coördinerende rol. GGD'en ontvingen declaraties van zorgaanbieders, toetsten deze inhoudelijk en handelden ze financieel af. GGD'en geven aan dat ze op deze wijze inzicht hadden in de toegankelijkheid van zorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Sommige GGD regio's hadden regionale samenwerkingsverbanden ingericht die zich ten doel stelden de toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerde en insolvente vreemdelingen te waarborgen. Een voorbeeld is RUIS²² in de provincie Utrecht.

Met de komst van de stroomlijning van de bijdrageregelingen via artikel 122a Zvw, is de rol van de GGD'en gewijzigd. Zij ontvangen niet langer de declaraties van zorgaanbieders. Aangegeven wordt dat daarmee het inzicht in de totale omvang van zorg bij GGD'en verdween.

Bovendien wordt de betrokkenheid van de GGD niet meer gefinancierd sinds de inwerkingtreding van de nieuwe bijdrageregeling. GGD Nederland heeft besloten nog één jaar haar functie te blijven uitoefenen en zich vanaf 2010 terug te trekken omdat de betrokkenheid niet zelfstandig te financieren is.

Het CVZ heeft als uitvoeringsinstantie van de bijdrageregeling de rol van de GGD'en nu grotendeels overgenomen. Zij monitort de gefinancierde zorgverlening aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen en rapporteert hierover twee keer per jaar aan het Ministerie van VWS.

Deze monitor geeft per zorgverlener aan hoe het invoeringstraject is verlopen door de jaren heen, en geeft inzage in de verstrekte bijdragen per zorgverlener waarbij een onderscheid wordt gemaakt naar regio, leeftijd, geslacht en nationaliteit.

De CVZ monitor biedt echter geen inzicht in de toegankelijkheid van zorg, hetgeen door (met name) de belangenorganisaties als een gemis wordt ervaren. Een belangenorganisatie heeft aangegeven dat het CVZ meer aandacht zou moeten schenken aan de knelpunten en aan signalen over

²² Regionaal Utrechts Illegalen Samenwerkingsverband

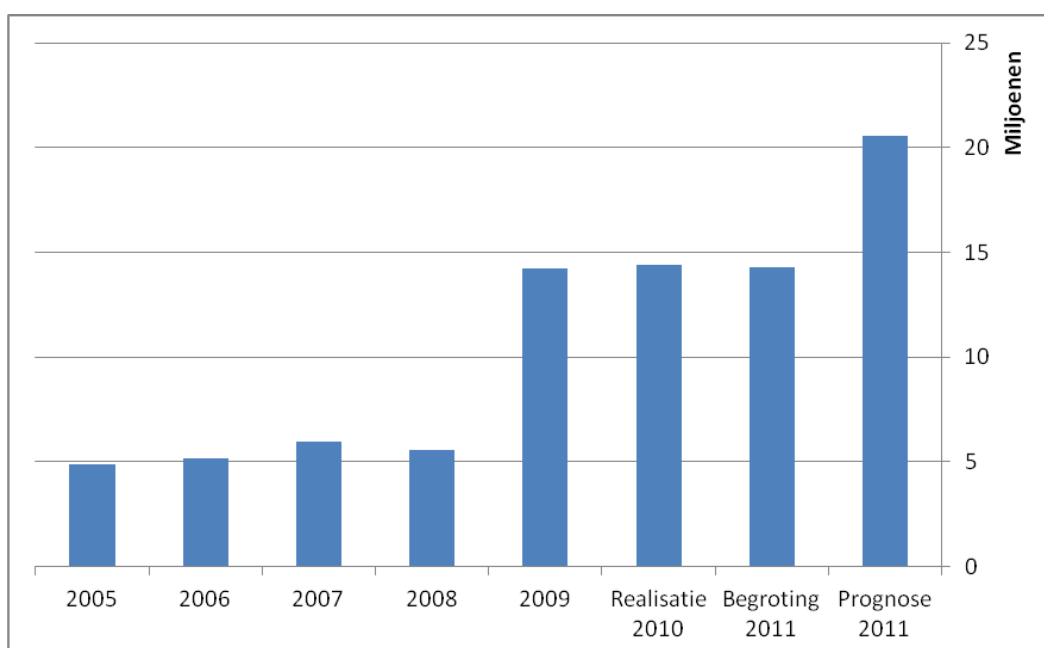
onvoldoende toegankelijkheid van de zorg. Alle incidenten en zorg die buiten de bijdrageregeling vallen, worden niet meegenomen in de monitor. Het CVZ geeft daarmee volgens hen te weinig aandacht aan signalen over knelpunten rondom de zorg aan onverzekerde vreemdelingen. Eén van de belangenorganisaties is kritisch over het feit dat het CVZ haar eigen activiteiten monitort.

In de gesprekken is aangegeven dat het GGD-platform echt een netwerkfunctie had voor zorgaanbieders, was niet alleen de zorgvraag meer inzichtelijk maar hadden ook zorgaanbieders kortere lijnen met elkaar dan nu. Verbindingen zijn nu lastiger te maken c.q. in stand te houden.

Uit de CVZ monitor blijkt dat de periode 2005 – 2008 (ten tijde van de Koppelingswet) zich kenmerkt door een stabiel uitgavenpatroon. Kort na de invoering van artikel 122a Zvw is er een forse stijging waarneembaar, die zich eind 2009 weer stabiliseert. Die stijging is verklaarbaar doordat artikel 122a Zvw niet alleen meer was gericht op een bijdrage voor de eerstelijnszorg, maar ook op tweedelijns en AWBZ zorg. Het is echter moeilijk om uitspraken te doen over de kostenontwikkeling. Dat wordt volgens het CVZ veroorzaakt door de volgende factoren:

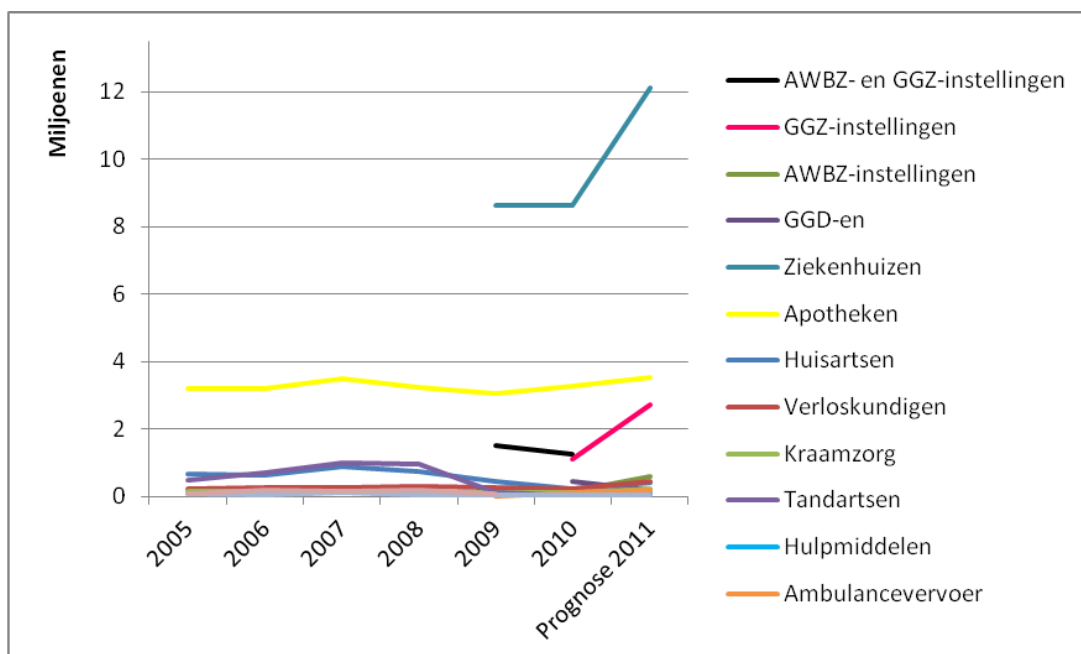
- In 2009 is de financiering van de eerstelijnszorg via de GGD'en verlopen. Opsplitsing naar zorgvorm is daardoor lastig.
- Het CVZ rekent de kosten (in overeenstemming met de wet) toe naar betaaldatum en niet naar zorgdatum. Dat bemoeilijkt het inzicht.
- In 2009 zijn voorschotten uitbetaald aan GGD'en waarna in 2010 afrekeningen zijn gevolgd. In combinatie met het voorgaande maakt dat een juist kostenbeeld per zorgvorm moeilijk.

Volgens de prognose voor 2011, gebaseerd op de gebruikte middelen van januari tot en met mei 2011, zullen de totale kosten dit jaar weer fors stijgen, zoals de volgende figuur laat zien.

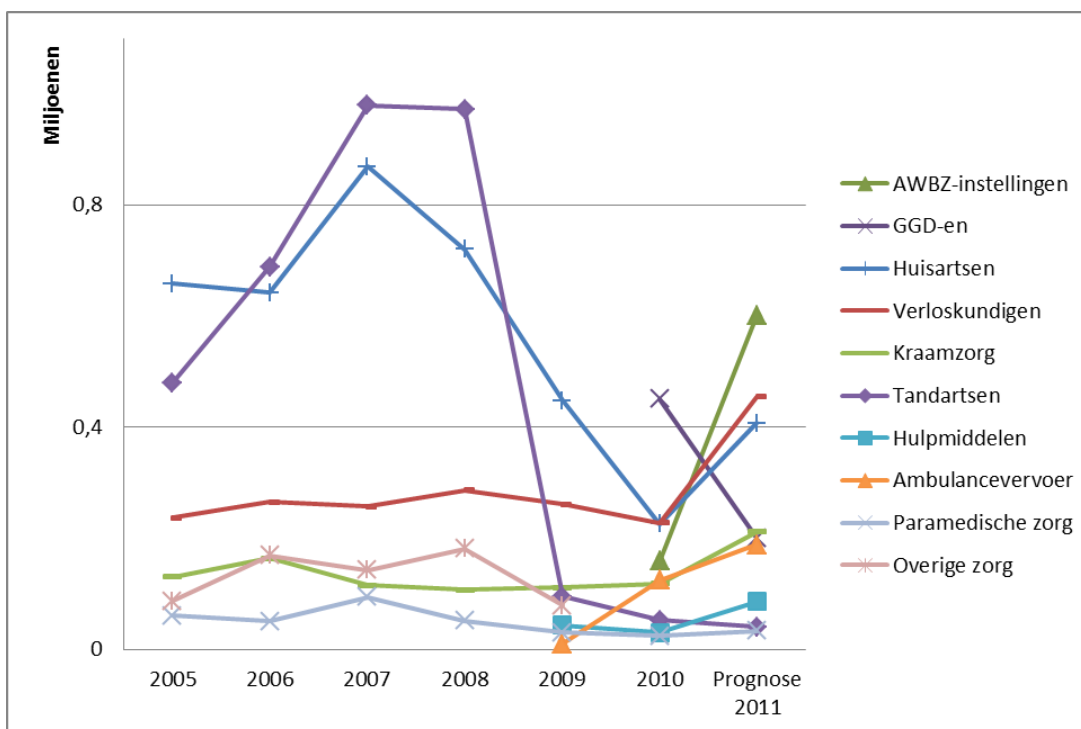


Figuur 2: Totale vergoeding (in miljoenen €) aan zorgaanbieders op basis van artikel 122a Zvw, 2005 – 2010, met prognose voor 2011 (gebaseerd op jan-mei 2011). Periode 2005-2008 is onder de Koppelingswet (alleen eerstelijnszorg) en 2009-2011 is de huidige wetgeving (ook tweedelijnszorg).

Ook het onderscheid naar de vergoeding per type zorgaanbieder wordt door de CVZ monitor in kaart gebracht (zie figuur 2).



Figuur 3: Overzicht van gebruik bijdrageregeling per onderscheiden zorgaanbieder in miljoenen Euro, 2005 – 2011.



Figuur 4: Selectie uit overzicht van gebruik bijdrageregeling per onderscheiden zorgaanbieder in miljoenen Euro, 2005- 2010

Gegevensverzameling

Zorgaanbieders kunnen alleen declaraties indienen bij het CVZ middels het door het CVZ vastgestelde formulier. Er is een apart formulier per categorie zorgaanbieders. Zoals ook in paragraaf 2.2 is vermeld, dient de zorgverlener de volgende gegevens te verstrekken:

- De prestatiebeschrijving van de aan de persoon uit de doelgroep geleverde prestatie;
- Het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
- De in verband met het voor die prestatie in rekening gebrachte tarief ontvangen betalingen of vergoedingen van de persoon uit de doelgroep, zijn verzekeraar of derden;
- De leeftijd, de nationaliteit, de initialen en het geslacht van de persoon uit de doelgroep.

Bij de gegevens wordt vermeld wanneer de prestatie is geleverd.

Enkele gesprekspartners hebben aangegeven de gegevensverzameling als een onnodige belasting te ervaren. Zoals ook aangegeven in paragraaf 3.1 hebben sommige illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen er bijvoorbeeld moeite mee hun verblijfsplaats op te geven.

Declaratieproces

Bijna alle zorgaanbieders zijn tevreden over de afhandeling van de declaraties door het CVZ. De gesprekspartners geven aan dat de betaling snel en goed verloopt. Een aantal zorgaanbieders geeft zelfs aan dat het CVZ regelmatig binnen enkele dagen de betaling al verricht.

Bij AWBZ-instellingen bestaat de wens om frequenter te kunnen declareren. Nu is dit enkel mogelijk aan het einde van ieder kalenderjaar. Dit wordt door hen als problematisch ervaren, aangezien de kosten voor bijvoorbeeld personeel gewoon doorlopen.

Eén van de geïnterviewde tandartsen geeft aan de declaraties bij het CVZ iedere keer als 'een hoop gedoe' te ervaren. Regelmatig stuurde het CVZ in dit voorbeeld een bericht terug, waarin zij vroeg om een nadere specificatie van de geboden zorgbehandelingen.

We hebben van geen enkele zorgverlener noch van het CVZ vernomen dat er aanwijzingen zijn voor misbruik van de bijdrageregeling.

4. Conclusies en aanbevelingen

4.1 Conclusies

Zoals aangegeven in het inleidende hoofdstuk van dit rapport, zijn er twee centrale onderzoeksvragen geformuleerd door het Ministerie van VWS in deze evaluatie naar artikel 122a Zvw.

1. Wat is de doeltreffendheid van de bijdrageregeling van artikel 122a Zvw in de praktijk?
2. Wat zijn de effecten van de bijdrageregeling van artikel 122a Zvw in de praktijk?

Doeltreffendheidsonderzoek is onderzoek naar de vraag in hoeverre dankzij het regeringsbeleid de gewenste beleidsresultaten worden bereikt. Onder beleidsresultaten worden zowel de prestaties (output) als de daarmee gerealiseerde effecten (outcome) verstaan.

Wanneer we de bevindingen uit het voorgaande hoofdstuk in ogenschouw nemen, kunnen we de volgende algemene conclusies trekken ten aanzien van de doeltreffendheid van de bijdrageregeling.

Conclusies ten aanzien van inhoud van de bijdrageregeling

Artikel 122a Zvw zou de voormalige regelingen voor financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen moeten stroomlijnen. Dit is met de komst van de nieuwe bijdrageregeling in 2009 gerealiseerd. Daarnaast zou de regeling moeten voorzien in een structuur die geen stimulans vormt voor verzekeringsplichtigen om zich niet te verzekeren. Maar ook zou de regeling moeten voorkomen dat aan zorgaanbieders de mogelijkheid wordt geboden om de kosten van zorg, verleend aan verzekeringsplichtigen, af te wentelen op de financieringsmogelijkheden ten behoeve van de doelgroep. De Memorie van Toelichting van artikel 122a Zvw is hier duidelijk over: het betreft geen semi-verzekering voor betrokkenen, maar een financiële bijdrage voor zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan in betalingsonmacht verkerende vreemdelingen en dientengevolge inkomsten derven.

Op basis van ons onderzoek kunnen wij concluderen dat er tot op heden geen aanwijzingen zijn voor misbruik van de bijdrageregeling aan de kant van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen of aan de kant van zorgaanbieders. Deze conclusie wordt ook ondersteund door het CVZ. Wel zijn enkele aandachtsgebieden te duiden, die direct verband houden met de karakteristieken van de doelgroep van de bijdrageregeling:

- Het is niet met 100% zekerheid vast te stellen voor de zorgaanbieder of een onverzekerbare vreemdeling daadwerkelijk valt onder de doelgroep, zoals beschreven in artikel 122a Zvw. De handleiding om vast te stellen of een illegaal of onverzekerbare vreemdeling tot de doelgroep behoort die is opgesteld door het CVZ biedt wel een hulpmiddel om de juiste vragen te stellen bij een intake.

- Het is niet vast te stellen voor de zorgaanbieder of hij/zij kosten kan verhalen op een illegaal of onverzekerbare vreemdeling voor de aan hem/haar geleverde zorg. Individuele zorgaanbieders zijn minder financieel krachtig om een stringente aanpak te hanteren.
- Het verlenen van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen neemt relatief gezien meer tijd in beslag. Vaak is de zorgvraag complex, zijn er aanvullende coördinerende taken en zijn er taalbarrières. Indien er geen sprake is van een volledige dekking van de kosten die gemaakt zijn aan de kant van de zorgaanbieder, kan dit drempelverhogend werken voor zorgaanbieders om zorg te leveren aan de beoogde doelgroep.
- Het criterium 'medisch noodzakelijke zorg' levert doorgaans geen problemen op in de praktijk. In enkele behandelingsituaties rijst wel de vraag over de mate van terughoudendheid die in acht moet worden genomen bij het leveren van zorg. Daar staat tegenover dat preventief ingrijpen op de (midden)lange termijn kostenbesparend kan zijn. Sommige zorgvragen hebben namelijk de potentie uit te groeien tot 'medisch noodzakelijke zorg', maar behoren op het ogenblik nog niet tot de zorg waarvoor de bijdrageregeling is ingesteld.
- Enkele typen van zorgverlening - zoals tandartsenzorg voor patiënten ouder dan 18 jaar - en bepaalde medicijnen - zoals bepaalde antidepressiva - vallen niet onder het basispakket van de Zvw en worden derhalve niet vergoed in het kader van de bijdrageregeling. Dit terwijl juist voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen het goed denkbaar is dat dit type zorgverlening van grote toegevoegde waarde kan zijn om de kwaliteit van leven te verhogen.
- Het is moeilijk voor Berenschot om op basis van de CVZ monitoren uitspraken te doen over de exacte kostenontwikkeling van de bijdrageregeling. Dat wordt veroorzaakt door een drietal zaken:
 - In 2009 is de financiering van de eerstelijnszorg via de GGD'en verlopen. Opsplitsing naar zorgvorm is daardoor lastig.
 - Het CVZ rekent de kosten (in overeenstemming met de wet) toe naar betaaldatum en niet naar zorgdatum. Dat bemoeilijkt het inzicht.
 - In 2009 zijn voorschotten uitbetaald aan GGD'en waarna in 2010 afrekeningen zijn gevolgd. In combinatie met het voorgaande maakt dat een juist kostenbeeld per zorgvorm moeilijk.

Conclusies ten aanzien van toegankelijkheid van de bijdrageregeling

Uit de cijfers van de CVZ monitor blijkt dat het zwaartepunt van de uitvoering van de bijdrageregeling ligt in de Randstad, met een uitschieter in Amsterdam. Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat de landelijke dekking van gecontracteerde zorgaanbieders recht doet aan deze spreiding van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen over het land. Toch zijn er ook ten aanzien van de toegankelijkheid van de bijdrageregeling enkele aandachtsgedebieden te duiden:

- Uit de gevoerde gesprekken, documenten en de werkbijeenkomst blijkt dat de mate van bereidheid om zorg te verlenen aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen wisselt per onderscheiden zorgaanbieder. De bereidheid lijkt het grootst te zijn bij huisartsen.
- De toegang tot zorg is enerzijds afhankelijk van de informatievoorziening die wordt verleend aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. De doorverwijzing, met name naar huisarts, verloopt grotendeels via een 'informeel netwerk' dat fungeert als een intermediair (bijvoorbeeld kerken, moskeeën, belangenorganisaties, etc.).
- Anderzijds is de toegang tot zorg sterk afhankelijk van de kennis en ervaring met de bijdrageregeling van medewerkers binnen zorginstellingen. Met name in de AWBZ-instellingen is dit merkbaar en meer specifiek binnen de GGZ. Uit documenten, gesprekken en de werkbijeenkomst blijkt dat er sprake is van onderbehandeling van GGZ problematiek bij illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen.

Gesprekspartners geven aan dat van de doelgroep slechts het topje van de ijsberg actief naar hulp zoekt, omdat ze bijvoorbeeld mondig en hoogopgeleid zijn. Zoals eerder beschreven geven de meest recente cijfers van het CVZ echter aan dat het gebruik van de bijdrageregeling door GGZ in 2011 zal toenemen (zie paragraaf 3.2, GGZ). Een mogelijke verklaring is dat de regeling nu bekender is bij de medewerkers.

- Er lijkt een prikkel te zijn bij niet gecontracteerde ziekenhuizen die spoedeisende hulp hebben verleend, om illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zo spoedig mogelijk – dat wil zeggen: zodra de gezondheidstoestand dat toelaat - door te verwijzen naar een gecontracteerd ziekenhuis. Het is de vraag of dit vanuit het perspectief van de patiënt en het leveren van kwalitatief goede zorg wenselijk is.

Conclusies ten aanzien van CVZ als uitvoeringsinstantie van de bijdrageregeling

Op basis van het onderzoek kan geconcludeerd worden dat betrokken organisaties, of het nu gaat over zorgaanbieders of belangenbehartigers, tevreden zijn over het CVZ als uitvoeringsinstantie van de bijdrageregeling. De informatievoorziening loopt goed, alsmede het declaratieproces.

De volgende aandachtsgebieden zijn uit de evaluatiegesprekken naar voren gekomen:

- Uit ons onderzoek blijkt dat de gunning op grond van de aanbestedingsprocedure niet geheel naar wens is verlopen. Van alle aanbestedingscriteria heeft 'de geboden prijs' voor 80% meegewogen in de contractering. Ervaring met en bekendheid bij de doelgroep waren van ondergeschikt belang. Het CVZ heeft aangegeven deze mogelijkheid wel te hebben onderzocht, maar dat een criterium als 'ervaring' lastig op te nemen is in een Europese aanbestedingsprocedure.
- De informatievoorziening vanuit het CVZ, hoewel in 2009 niet optimaal vormgegeven, verloopt inmiddels goed. Aangegeven is dat de GGZ hier nog additionele aandacht behoeft.
- De CVZ monitor biedt geen inzicht in de toegankelijkheid van zorg. Dit wordt met name door de belangenorganisaties als een gemis ervaren. Het CVZ zou volgens hen meer aandacht moeten schenken aan de knelpunten en aan signalen over onvoldoende toegankelijkheid van de zorg.

- Enkele zorgaanbieders hebben aangegeven de gegevensverzameling, ten behoeve van de declaratieformulieren van het CVZ, als een onnodige belasting te ervaren.

4.2 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande conclusies kunnen enkele aanbevelingen worden geformuleerd. Het zijn tevens mogelijke oplossingsrichtingen voor de geïdentificeerde aandachtsgebieden.

1. In geval van spoedopnames van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen bij ziekenhuizen, is het aan te raden om na te gaan wat de mogelijkheden zijn om de zorg in een niet gecontracteerd ziekenhuis voort te zetten (inclusief eventuele poliklinische nacontroles). Dit uit het oogpunt van kwaliteitszorg.
2. Onderzoeken of het opzetten van een trainingsmodule voor baliemedewerkers en/of financiële ondersteuners van zorginstellingen van toegevoegde waarde is, om vast te stellen of een persoon tot de doelgroep behoort en of hij/zij een financiële bijdrage kan leveren. Deze module kan mogelijk in samenwerking met koepel- en/of brancheorganisaties, zoals Actiz, de NMT, GGZ NL, de LHV, etc. worden opgezet, om op die manier een zo breed mogelijk scala aan zorgaanbieders te bereiken.
3. Nagaan of koepel- en/of brancheorganisaties een actievere rol kunnen vervullen bij de voorlichting aan zorgaanbieders inzake de bijdrageregeling. Dit met het voornaamste doel om de toegankelijkheid van de zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen te vergroten.
4. Nagaan of in de CVZ monitor meer inzicht kan worden gegeven in de toegankelijkheid van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Hier zou een mogelijke samenwerking met GGD'en van toegevoegde waarde kunnen zijn, gelet op hun rol ten tijde van de Regeling Stichting Koppeling en hun huidige taken in het kader van de Wet Publieke Gezondheid.

Bijlage 1

Artikel 122a Zorgverzekeringswet

Artikel 122a (zoals geldend m.i.v. 1 juli 2011; wijziging bij wet van 31 maart 2011, Stb. 204; iwt kb Stb. 249)

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.
2. Onder medisch noodzakelijke zorg wordt verstaan zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van deze wet of in artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aan te wijzen vormen van zorg of diensten, en slechts voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling, medisch noodzakelijk acht.
3. Geen bijdrage wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg:
 - a. op de vreemdeling of een verzekeraar van de vreemdeling kunnen worden verhaald,
 - b. op grond van een andere wettelijke bepaling kunnen worden vergoed, of
 - c. hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is.
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.
5. In bijdragen als bedoeld in het eerste lid voor andere zorg dan de zorg, bedoeld in het vierde lid, wordt voorzien door middel van met het oog op verlening van die zorg tussen het College zorgverzekeringen en zorgaanbieders gesloten overeenkomsten.
6. Indien een zorgaanbieder zowel in zorg als bedoeld in het vierde lid als in zorg als bedoeld in het vijfde lid kan voorzien, kan een overeenkomst als bedoeld in het vijfde lid zich tevens

uitstrekken over de in het vierde lid bedoelde zorg en kunnen in die overeenkomst van het vierde lid afwijkende afspraken worden gemaakt.

7. Het College zorgverzekeringen zendt jaarlijks voor 1 oktober aan Onze Minister een begroting van de kosten van de bijdragen, bedoeld in het eerste lid, voor het volgende kalenderjaar. Indien gedurende het jaar aanmerkelijke verschillen ontstaan of dreigen te ontstaan tussen de werkelijke en de begrote baten en lasten, doet het College zorgverzekeringen daarvan onverwijld mededeling aan Onze Minister, onder vermelding van de oorzaak van de verschillen.
8. Het voor de bijdragen in een kalenderjaar beschikbare bedrag wordt voor 1 december van het daaraan voorafgaande jaar door Onze Minister vastgesteld.
9. Het bedrag, bedoeld in het achtste lid, wordt gedekt uit 's Rijks kas en wordt door het College zorgverzekeringen afzonderlijk beheerd en geadministreerd.
10. Het College zorgverzekeringen zendt jaarlijks voor 15 maart aan Onze Minister een jaarrekening waarin het rekening en verantwoording aflegt over de verstrekte bijdragen, bedoeld in het eerste lid, in het afgelopen kalenderjaar.
11. De jaarrekening, bedoeld in het tiende lid, wordt zoveel mogelijk ingericht met overeenkomstige toepassing van titel 9 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek en gaat vergezeld van een jaarverslag omtrent het door het College zorgverzekeringen gevoerde beleid bij het verstrekken van de in het eerste lid bedoelde bijdragen, de doeltreffendheid van dat beleid en de uitvoering van het werkprogramma ter zake in het afgelopen kalenderjaar.
12. De artikelen 40, tweede tot en met elfde lid, 72, tweede tot en met vijfde lid, 74, derde, vierde en vijfde lid, en 75, vierde lid, zijn van overeenkomstige toepassing.
13. De zorgaanbieder die in aanmerking wenst te komen voor een bijdrage als bedoeld in dit artikel, verstrekt het College zorgverzekeringen of door dat College aangewezen, bij de uitvoering van dit artikel betrokken personen, bij ministeriële regeling te bepalen gegevens die noodzakelijk zijn om het recht op en de omvang van een bijdrage te kunnen vaststellen, dan wel stelt hem deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking.
14. In afwijking van artikel 116 kan een zorgaanbieder tegen een op grond van dit artikel genomen besluit van het College zorgverzekeringen beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven.

Bijlage 2

Overzicht gesprekspartners

Overzicht gesprekspartners

Apotheek Haagdijk Eindhoven
Apotheek Het Gouden Hert
Apotheek Seinpost
Apotheek Vollenhove
CASA
College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
De Tandarts
Dental Zorg
Dokters van de Wereld
GGD Groningen
GGD Nederland
GGD Utrecht
GGD Zuidoost Brabant
GGZ Oostbrabant
Groene Hart Ziekenhuis
Huisartsenpraktijk CareXL
Huisartsenpraktijk De Bever
Huisartsenpraktijk Sentebibu
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
Kraamzorg Rotterdam
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Maxima Medisch Centrum
Nellestein, Centrum voor verpleeghuiszorg Jan Bonga
Parnassia Groep
Pharos
Stg. Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg
Stichting LOS Utrecht
Stichting Vluchteling in de Knel
Tandheelkundig Centrum Twente
Tergooi Ziekenhuizen
UMCU
Verloskundige praktijk Ruyschstraat Amsterdam
VUMC

Bijlage 3

Literatuurlijst

Literatuurlijst

- Breed Medisch Overleg. *Tandheelkundige Zorg voor Ongedocumenteerde Migranten. Voor hun kiezen*. Utrecht, 11 februari 2010.
- Breed Medisch Overleg, *Toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor mensen zonder wettelijke verblijfsstatus. Eerste inventarisatie van knelpunten*. Juni 2009.
- CVZ, *Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen*. 13 april 2011.
- CVZ, *Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen*. 11 oktober 2010.
- CVZ, *Monitor Regeling financiering zorg illegalen*. 7 april 2010.
- CVZ, *Monitor Regeling financiering zorg illegalen*. 8 oktober 2009.
- CVZ, *Monitor Regeling financiering zorg illegalen*. 31 maart 2009.
- Doeleman, A. "Tandheelkundige hulp volwassen illegale patiënten niet meer vergoed. Door nieuwe regeling veel gebitsproblemen illegalen", *Nederlands Tandartsenblad* (februari 2010)
- Dokters van de Wereld. *Niet vergeten! Bevindingen en aanbevelingen van het MEDOC-project. Project voor toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland*. Amsterdam, december 2009.
- Financieel Verslag Uitvoeringstaken CVZ 2009, op 12 april 2010 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- Kaspers en Verdoold. *Geen geld. Geen zorg? Onderzoek naar de toegankelijkheid van huisartsen- en tandartsenzorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen*. Scriptie voor de Hanzehogeschool Groningen, 2010.
- Nederlands Tandartsenblad, "Kruispost verleent ook tandheelkundige zorg. Extracties in souterrain op de Wallen", *Nederlands Tandartsenblad* vol.65 no.11 (2010).
- Nivel. *Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor 'illegalen' in Nederland: een update*. Nivel: Utrecht 2009.
- Pharos commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, *Arts en vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. Zeist, 2007.
- Pharos, *Jaarplan en begroting 2011, hst 6: Gezondheid van asielzoekers en vluchtelingen. Meerjarenprogramma 2011-2014*. 2010.
- Zorgverzekeringswet, artikel 122a.