



TNO Preventie en Gezondheid

Financiering van zorg voor illegalen

L.M. van Herten, S.A. Reijneveld en J.A.J. Borghouts

TNO Preventie en Gezondheid

Financiering van zorg voor illegalen

TNO Preventie en Gezondheid draagt bij aan het bevorderen van de kwaliteit van leven en de toename van het aantal gezonde levensjaren van de mens. Het onderzoek en advieswerk richten zich op verbetering van de gezondheidszorg in alle levensfasen.



Nederlandse Organisatie voor toegepast-natuurwetenschappelijk
onderzoek TNO

Rapport opgesteld door TNO Preventie en Gezondheid

Auteurs: L.M. van Herten, S.A. Reijneveld en J.A.J. Borghouts

Mei 2001

TNO-rapport
PG/VGZ/2001.087

Financiering van zorg voor illegalen

TNO Preventie en Gezondheid

Divisie Volksgezondheid
Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

ISBN-nummer 90-6743-810-3

Het kwaliteitssysteem van TNO Preventie en Gezondheid voldoet aan ISO 9001.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksovereenkomsten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2001 TNO Preventie en Gezondheid

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van NLG 50,- (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/VGZ/2001.087

Samenvatting

De wet Wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekkingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland is per 1 juli 1998 van kracht geworden. Vanwege de gemaakte koppeling tussen verblijfsrecht en recht op voorziening is deze wet ook wel bekend als de Koppelingswet. De wet leidt tot wijzigingen in een aantal wetten en heeft tot doel de toegang van illegalen tot collectief gefinancierde voorzieningen te beperken. Verstrekkingen op basis van Ziekenfondswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen vormen hiervan een onderdeel. Ook vergoeding van in de gezondheidszorg gemaakte kosten op basis van de Algemene Bijstandswet wordt uitgesloten. Om zorgverleners een mogelijkheid tot financiële compensatie te bieden bij zorgverlening aan illegalen zijn bij de invoering van de Koppelingswet twee mogelijkheden benoemd. Voor ziekenhuizen, revalidatiecentra, ambulancediensten en de audiologische, astma-, epilepsie- en radiotherapeutische centra is binnen de bestaande financieringssystematiek op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg een budgetpost voor oninbare kosten (de post dubieuze debiteuren) beschikbaar; aanbieders van overige gezondheidszorg (welke niet onder de beleidsregel dubieuze debiteuren valt) kunnen, in verschillende mate, een beroep doen op de regeling Stichting Koppeling.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) wil voor de evaluatie van de Koppelingswet naast informatie over de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen (Reijneveld en Van Herten, 2000; Kulu Glasgow et al, 2000) ook informatie beschikbaar hebben over de financiering van de zorg voor illegalen. Het Ministerie van VWS heeft daartoe in haar brief van 26 februari 2001 TNO Preventie en Gezondheid opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar de financiering van de zorg van illegalen. Het project kende een korte doorlooptijd aangezien de rapportage op 1 mei 2001 gereed moest zijn.

Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de wijze waarop de financiële compensatie van de gevolgen van de Koppelingswet voor de gezondheidszorg is geregeld. De vraagstelling van dit project is tweeledig:

1. Wat zijn doelstelling, organisatie, positie, werkwijze en resultaten van de regeling Stichting Koppeling ter vergoeding van oninbare kosten voor de behandeling van onverzekerde vreemdelingen?
2. Wat zijn doelstelling, organisatie, positie, werkwijze en resultaten van de beleidsregel dubieuze debiteuren voor het boeken van oninbare kosten van behandeling van onverzekerde vreemdelingen?

Hoofdstuk 3 beschrijft de doelstelling, organisatie, positie en werkwijze van de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren. De doelstelling van de regeling Stichting Koppeling is het bieden van financiële compensatie aan hulpverleners die medisch noodzakelijke zorg hebben geboden aan onverzekerde vreemdelingen zonder wettige verblijfstatus. Verzoeken om financiële bijdragen van Stichting Koppeling moeten worden ondersteund door regionale overlegplatforms.

Zorgverleners kunnen via deze regionale overlegplatforms een beroep doen op de Stichting. Gehele of gedeeltelijke tegemoetkoming wordt verleend voor onbetaalde rekeningen indien het vergoeding betreft voor (1) verleende medisch noodzakelijke zorg aan (2) illegale vreemdelingen (3) waarbij betaling van de geleverde zorg onmogelijk is gebleken en (4) er daardoor voor de zorgverlener aanmerkelijk/onbillijk inkomensschade is ontstaan. Voor AWBZ-gefinancierde instellingen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en GGZ-instellingen, geldt de zogenaamde één promille regeling. Zij komen dan pas voor vergoeding van de gemaakte inkomsten via Stichting Koppeling in aanmerking als zij een inkomensschade hebben groter dan één promille van hun totale budget. Verder stelt Stichting Koppeling als eis dat nagegaan wordt in hoeverre de betreffende persoon in aanmerking kan komen voor een verblijfsvergunning op medische gronden.

Ziekenhuizen, revalidatiecentra, ambulancediensten en de audiologische, astma-, epilepsie- en radiotherapeutische centra die onder het regiem van post dubieuze debiteuren van de Wet Tarieven Gezondheidszorg vallen hebben geen toegang tot de regeling Stichting Koppeling. De in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg gehanteerde beleidsregel dubieuze debiteuren geeft hen de mogelijkheid om met de zorgverzekeraar afspraken te maken over vergoeding van oninbare rekeningen, welke onder andere zorg voor illegalen kunnen betreffen. Hierbij dient de instelling zorg te dragen voor adequate en voortijdige debiteurenbewaking en dienen alle verhaalmogelijkheden te worden benut.

Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten van het onderzoek wat betreft de ervaringen van zorgverleners en andere relevante partijen met beide regelingen. Hierbij wordt per regeling eerst ingegaan op de hoeveelheid geld die daarmee gemoeid is. De andere resultaten zijn per regeling naar informatiebron gegroepeerd.

Omvang declaraties bij Stichting Koppeling

Voor de tweede helft van 1998 werden bij Stichting Koppeling voor een kleine 800 duizend gulden declaraties ingediend. Voor 1999 was dit 1,7 miljoen gulden. De aanvragen voor 2000 en 2001 bedragen circa 4 miljoen gulden. In het verleden is gebleken dat de aanvragen bij Stichting Koppeling hoger zijn dan de uiteindelijk gedeclareerde bedragen.

Regionale platforms illegalezorg

Veel regionale platforms, met name in de grotere steden, zijn opgericht in de periode rond de invoering van de Koppelingswet en de regeling Stichting Koppeling medio 1998. In andere regio's is in de periode 1998 tot en met 2000 een platform in het leven geroepen. Tot slot bestonden voor enkele regio's (onder andere Amstardam en Leiden) al langer platforms op dit terrein. Doel van de platforms is veelal het signaleren en bespreekbaar maken van knelpunten in de zorg voor illegalen en het coördineren van de declaraties bij Stichting Koppeling. De samenstelling van de platforms wisselt per regio en is het breedst in de grote steden. Een vertegenwoordiger van de GGD en van de huisartsen nemen in alle platforms deel. Voor coördinatie van het platform en voor het beantwoorden van vragen van individuele zorgverleners is men gemiddeld tussen de 4 en 16 uur per maand kwijt.

De meeste regionale platforms vinden dat de regeling Stichting Koppeling voldoet aan haar doelstelling. Zij vinden de regeling echter bureaucratisch en omslachtig en vragen zich af of de kosten die zorgverleners hebben gemaakt wel opwegen tegen de inspanning van het opzetten van een platform. Ook zijn de GGD'en vaak niet bekend met de taak van financieel controleur. Daarnaast verwachten de regionale platforms, en met name de aangewezen instellingen, meer informatie vanuit Stichting Koppeling, bijvoorbeeld over het begrip medisch noodzakelijke zorg en de soorten zorg die onder de Ziekenfondswet vallen. Uit de telefonische interviews die voor dit onderzoek zijn gehouden blijkt dat het begrip medisch noodzakelijke zorg in regio's verschillend wordt geïnterpreteerd. Het idee bestaat dat dit begrip in de grotere steden strikter wordt nageleefd dan in de overige regio's. Vaak is de definitie van medisch noodzakelijke zorg afhankelijk van de bij de aangewezen instelling met de controle van de declaraties belaste medewerker. Het begrip bovenmatige belasting wordt in de meeste regio's niet in financiële termen vertaald bij eerstelijns zorgverleners.

In de meeste regio's verstrekt het platform informatie en declaratieformulieren aan de zorgverleners. Toch is de regeling niet altijd bekend bij de zorgverleners, hetgeen blijkt uit de signalen die platforms binnen krijgen. Dit hangt waarschijnlijk samen met de mate waarin zorgverleners geconfronteerd worden met zorg voor illegalen. Gezien de telefoontjes die binnen komen, weten zorgverleners wel waar men navraag moet doen wanneer zij zorg verlenen aan illegalen.

Met name platforms in de grotere steden noemen een aantal knelpunten. De overige platforms kennen weinig problemen. De knelpunten die genoemd worden hangen deels samen met de financiering van de zorg voor illegalen. Het betreft onder andere onduidelijkheid over de vergoedingen van tandartshulp en de vergoeding van rekeningen voor zorg aan illegalen betaald door ondersteunde organisaties. Daarnaast is soms onduidelijk of zorg medisch noodzakelijk is. Ook de afwachtende houding van

sommige apothekers, tandartsen, ziekenhuizen en verpleeghuizen wordt door de aangewezen instellingen als knelpunt ervaren. Door de aangewezen instellingen worden ook knelpunten genoemd die meer samenhangen met de toegankelijkheid van de zorg. Dit betreft onder andere de toegankelijkheid van de preventieve jeugdzorg en de toegankelijkheid van GGZ-instellingen. Ook de overbelasting van zorgverleners, met name huisartsen wordt genoemd als knelpunt in de toegankelijkheid van zorg voor illegalen.

In een aantal regio's verwacht men geen grotere veranderingen in de toekomst. Een en ander zal afhangen van de bekendheid van de regeling en de uitvoering daarvan (zoals de keuzen die gemaakt worden over medicatie voor chronisch zieken, zoals Aids-patiënten). Anderen verwachten dat er door de invoering van de nieuwe Vreemdelingenwet een nieuwe groep illegalen zal ontstaan, de zogenaamde gedoogden, die ook beroep zullen gaan doen op de zorg. In dat geval zullen de kosten van zorgverlening aan illegalen toenemen.

GGD'en in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg

Om een landelijk beeld te krijgen van de vraag naar de regeling Stichting Koppeling is in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg de GGD benaderd. De GGD ontvangt door haar centrale rol in de openbare gezondheidszorg vaak als eerste signalen over knelpunten in de zorg voor illegalen. Daarnaast fungeert zij vaak als aangewezen instelling. De reacties op de vraag waarom in hun regio geen regionaal platform illegalenzorg aanwezig is, zijn in vier groepen in te delen. Een eerste groep betreft regio's waar onlangs een platform is opgericht of waar een platform in oprichting is. Dit gebeurde steeds na signalen van zorgverleners in de regio dat er behoefte bestaat aan een dergelijk platform. Soms is de functie van illegalenplatform ondergebracht bij een op te richten platform openbare geestelijke gezondheidszorg. Een tweede groep GGD'en zoekt aansluiting bij een reeds bestaand platform illegalenzorg. Een derde groep GGD'en heeft bij de invoering van de Koppelingswet een inventarisatie onder zorgverleners gehouden en is tot de conclusie gekomen dat de omvang van de zorgvraag van illegalen het opzetten van een dergelijk platform niet rechtvaardigde. Tot slot is er een groep GGD'en die geen enkele activiteit op dit terrein onderneemt of ondernomen heeft. Eén GGD (eigenlijk twee fuserende GGD'en) neemt een uitzonderingspositie in. Deze dienst ondersteunt geen regionaal platform illegalenzorg, aangezien ze zich niet kon vinden in de controlerende taken die van haar als aangewezen instelling worden verwacht.

Omvang post dubieuze debiteuren

De gemaakte afspraken over de post dubieuze debiteuren tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars bedroegen in 1998, 1999 en 2000 respectievelijk 26,6 miljoen gulden, 29,2 miljoen gulden en 36,0 miljoen gulden. De sterkste stijging deed zich voor in de academische ziekenhuizen.

Ziekenhuizen

Onder de directies van alle ziekenhuizen, dialyse- en revalidatiecentra in Nederland is een schriftelijke enquête uitgevoerd met het doel meer inzicht te krijgen in het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren. De respons was 36%, echter hoger in de vier grote steden (46%). De meerderheid van de rapporterende ziekenhuizen in de grote steden overschreed haar budget voor dubieuze debiteuren. Buiten de grote steden was dit budget soms te hoog, maar ook soms te laag. Een aparte subpost voor illegalen kwam vooral in de grote steden voor.

De meeste responderende ziekenhuizen kunnen alle kosten vanwege zorgverlening aan illegalen in principe inpassen in de beleidsregel dubieuze debiteuren. Of dit vervolgens in de praktijk ook gebeurt hangt van heel verschillende factoren af. Hierbij valt te denken aan het al dan niet declareren van de kosten door de behandelend arts, de gehanteerde definitie van illegaal, de gehanteerde definitie van medisch noodzakelijke zorg, de aard van de zorg en met zorgverzekeraars gemaakte afspraken. Nagenoeg alle respondenten geven aan dat de verzekeraar bereid was om het budget voor de post dubieuze debiteuren te verhogen, indien noodzakelijk. Driekwart van de responderende ziekenhuizen is van mening dat er een aparte regeling moet komen voor het boeken van (een deel van) de kosten van zorgverlening aan illegalen.

De knelpunten die zich in de ziekenhuizen voordoen bij de financiering van zorg aan illegalen zijn divers. Een aantal ziekenhuizen geeft aan dat er in principe geen echte knelpunten zijn, zolang het budget toereikend blijft. Financiële knelpunten zijn onder andere dat sommige behandelingen in de afspraken met de zorgverzekeraars niet beschouwd worden als acute zorg en derhalve niet in alle gevallen vergoed worden. Daarnaast legt de toenemende zorgvraag van illegalen een onevenredige beslag op de zorg, het beheer en het ziekenhuisbudget en is extra mankracht nodig i.v.m. incasso. Ook maken de jaarlijks sterk wisselende kosten het vaak moeilijk een reële begroting te maken.

Ongeveer de helft van de responderende ziekenhuizen geeft aan geen zicht te hebben op de toekomstige ontwikkelingen en de mogelijk gevolgen daarvan. De andere helft verwacht een toename van de zorgvraag van illegalen in de regio, hetgeen in toenemende mate beslag zal leggen op de post dubieuze debiteuren van het ziekenhuis budget.

Ambulancediensten

In totaal werden 108 vragenlijsten naar ambulancediensten verstuurd, eveneens met het doel meer inzicht te krijgen in het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren. De respons was 24%, echter hoger in de vier grote steden (36%). Zowel in de vier grote steden als in de rest van Nederland had slechts één van de ambulancediensten binnen de post dubieuze debiteuren een aparte subpost voor illegalen opgenomen.

Slecht drie ambulancediensten, waarvan één in een van de vier grote steden, geven een schatting over de toename van de kosten van zorg sinds de invoering van de Koppelingswet (variërend van 15 duizend gulden tot 20 duizend gulden). Alle respondenten geven aan dat de zorgverzekeraar bereid was om het budget voor de post dubieuze debiteuren te verhogen, indien noodzakelijk. Verder blijken de zorgverzekeraars de meeste redelijk geachte kosten wat betreft dubieuze debiteuren te vergoeden. Tweederde deel van de responderende ambulancediensten vindt dat er een aparte regeling moet komen voor het boeken van (een deel van) de kosten van zorgverlening aan illegalen. Als belangrijkste reden noemen zij dat dit de problematiek inzichtelijk maakt. Eenderde deel vindt een aparte regeling niet noodzakelijk omdat het verlenen van zorg voorop staat ongeacht de status van de patiënt. Voorts is lang niet altijd bekend of iemand illegaal is.

In tegenstelling tot de ziekenhuizen geven de ambulancediensten aan dat er nauwelijks knelpunten bestaan in de financiering van zorg aan illegalen. Twee diensten noemen een ontoereikend budget als knelpunt.

De meeste van de responderende ambulancediensten geeft aan geen zicht te hebben op de toekomstige ontwikkelingen en de mogelijk gevolgen daarvan. Drie ambulancediensten verwachten een toename van de zorgvraag van illegalen in de regio, hetgeen in toenemende mate beslag zal leggen op het budget van de ambulancedienst.

Zorgverzekeraars

Om inzicht te krijgen in de toepassing van de beleidsregel dubieuze debiteuren is ook onder zorgverzekeraars een schriftelijke enquête uitgevoerd. De respons was 25%. Dit lage responspercentage kan deels verklaard worden uit de lage respons van particuliere verzekeraars die geen onderhandelingen voeren met ziekenhuizen. Daarnaast werd de vragenlijst verstuurd in een periode waarin alle gegevens voor 2000 gerapporteerd moesten worden.

Het aantal ziekenhuizen waarmee een zorgverzekeraar onderhandelt varieert van één tot 21. Ook het aantal regio's waarin een zorgverzekeraar actief is verschilt sterk. In totaal verschaften de zorgverzekeraars informatie over 18 ziekenhuizen. De totale kosten op de post dubieuze debiteuren waren veel hoger dan begroot. Voor de 18 ziekenhuizen waarover werd gerapporteerd meer dan 1 miljoen gulden. Meestal werden alle kosten door de zorgverzekeraars vergoed of meegenomen in het budget voor 2001. De meeste zorgverzekeraars verwachten dat de kosten die worden geboekt op de post dubieuze debiteuren in 2001 zullen stijgen. Geen van de zorgverzekeraars kan aangeven met welk bedrag het beroep dat de ziekenhuizen moeten doen op de post dubieuze debiteuren veranderd is sinds de invoering van de Koppelingswet. Twee van de vijf zorgverzekeraars geven aan geen zicht te hebben op toekomstige ontwikkelingen en de mogelijke gevolgen daarvan. De drie anderen verwachten een toename van

de zorgvraag van illegalen in de regio en een toenemende bekendheid van de regelingen, wat in toenemende mate beslag zal leggen op het budget.

Groepsinterviews

In drie regio's, Amsterdam, Utrecht en Tilburg, is een groepsinterview gehouden met betrokkenen bij de zorgverlening aan illegalen. In alle drie de regio's blijkt het platform goed te functioneren en wordt opgemerkt dat illegalen een deel van de zorg zelf betalen. Het draagvlak voor de regeling Stichting Koppeling in de regio is groot. De regeling wordt algemeen beschouwd als goed, zij het wat bureaucratisch en als een enorme verbetering ten opzichte van de situatie voor invoering van de Koppelingswet. De aangewezen instellingen gaan in het algemeen soepel om met de criteria die Stichting Koppeling stelt.

De bekendheid van de regeling is in alle de drie regio's de afgelopen twee jaar sterk verbeterd. Uit de declaraties die bij de GGD'en binnenkomen blijkt dat huisartsen, verloskundigen en apothekers de procedure kennen en gebruiken. Hierbij moet opgemerkt worden dat in alle drie de regio's de huisartsen niet alle zorgverlening aan illegalen declareren. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een discrepantie tussen de aanvragen van huisartsen en de aanvragen van apotheken op basis van recepten van die huisartsen. Binnen andere sectoren (zoals de GGZ) lijkt de kennis van de regeling veelal beperkter.

Informatie over de procedure voor vergoeding van de kosten van zorgverlening aan illegalen wordt onder zorgverleners en lokale koepelorganisaties verspreid via de GGD, waarbij veelal de lokale koepelorganisaties als intermediair dienen. De GGD'en hebben ook een advies- en meldpunt waar individuele zorgverleners vragen kwijt kunnen.

In Amsterdam en Utrecht is er eveneens draagvlak voor de beleidsregel dubieuze debiteuren. Bij de ziekenhuizen in Tilburg lijkt er echter onvrede te zijn dat zij zijn aangewezen op de beleidsregel dubieuze debiteuren. Verwijzing naar ziekenhuizen levert in alle drie de regio's weinig problemen op. Vanwege de administratie en het beslag dat wordt gedaan op de post dubieuze debiteuren zijn sommige ziekenhuizen wel afhoudend naar illegalen. Ook schrikken patiënten regelmatig van de rekening en aanmaningen die ze krijgen. Soms moet de GGD of het platform bemiddelen. In een enkel geval bleek het vrijwel onmogelijk te zijn om een illegale patiënt te presenteren bij een specialist. Een probleem is verder dat illegale patiënten soms in het ziekenhuis 'niet langs de computer komen'.

Andere tijdens alle groepsinterviews genoemde knelpunten betreffen de beperkte beschikbaarheid van sommige vormen van zorg voor iedereen (dus legale en illegale patiënten), met name van huisartsenzorg, en de kosten voor chronische zieke illegale patiënten zoals Aids-patiënten. In Amsterdam wordt daarnaast de beschikbaarheid

van tandheelkundige en fysiotherapeutische zorg voor illegale patiënten als knelpunt ervaren. In Utrecht betreffen knelpunten met name kraamzorg en zorg voor illegale drugsverslaafden. In Tilburg wordt opgemerkt dat illegalen gebruik maken van ziekenfondspassen van andere patiënten en dat er geen financiering is voor voorzieningen om psychisch labiele illegalen te ondersteunen.

Wat betreft toekomstige ontwikkelingen heeft men in alle drie de regio's het idee dat de situatie momenteel stabiel is. De snelst stijgende kostenpost van de regeling Stichting Koppeling betreft geneesmiddelen. Waarschijnlijk komt dit door een betere bekendheid van de regeling. Vooralsnog verwacht men geen grote veranderingen in de nabije toekomst. Een uitzondering vormt mogelijk de groep chronisch zieke illegalen. De omvang van deze groep zou kunnen toenemen, doordat de totale groep ouder wordt. Verder verwacht men dat de invoering van de nieuwe Vreemdelingswet per 1 april 2001 zal leiden tot een toename van de omvang van de groep illegalen, en daarmee tot een stijging van de kosten. De omvang daarvan is echter moeilijk te schatten.

Koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen

Tot slot zijn telefonische interviews gevoerd met koepelorganisaties van zorgverleners of zorginstellingen en met organisaties die de belangen van illegalen behartigen. De meeste organisaties ontvangen weinig signalen over knelpunten in de financiering van de zorg voor illegalen. Knelpunten die door koepelorganisaties genoemd worden hebben met name betrekking op (a) het feit dat reeds overbelaste zorgverleners vaak worden geconfronteerd met zorgvragen van illegalen en (b) dat de individuele zorgverleners de administratieve regels van Stichting Koppeling als belastend ervaren. Combinatie van beide zorgt ervoor dat niet alle zorg gedeclareerd wordt. Daarnaast krijgen koepelorganisaties vragen over de invulling van het begrip medisch noodzakelijke zorg (met name in de tandheelkundige zorg) en over hoe te handelen als er geen aangewezen instelling in de regio aanwezig is.

De regeling Stichting Koppeling is bij de meeste koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen bekend. Sommige koepelorganisaties gaan ervan uit dat de regeling bij de zorgverleners bekend is, aangezien zij in nieuwsbrieven aandacht aan het onderwerp besteden. Koepelorganisaties en organisaties die belangen van illegalen behartigen verwachten dat de bekendheid het grootst is bij die zorgverleners die met de problematiek te maken hebben. Andere organisaties denken dat de regeling nauwelijks bekend is, maar dat de betreffende zorgverleners ook nauwelijks geconfronteerd worden met zorgvragen van illegalen. Bij enkelen bestaat het vermoeden dat zorgverleners relatief weinig gebruik zullen maken van de regeling omdat de declaraties buiten de routine vallen en er dan vaak bij inschieten. Daarnaast wordt de regeling vaak als bureaucratisch ervaren.

De beleidsregel dubieuze debiteuren lijkt bekender te zijn geworden in het veld, waardoor doorverwijzing naar de tweede lijn minder problematisch lijkt te zijn dan in het verleden. Toch zijn er ook signalen dat de ziekenhuizen terughoudend zijn in de mate van zorgverlening, waardoor patiënten vaak langer in de eerste lijn blijven hangen. In een aantal gevallen is overleg nodig tussen ziekenhuis en de GGD of het regionaal illegalenplatform.

Gezien het beperkte aantal signalen dat bij de koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen binnen komt is het voor sommigen moeilijk uitspraken te doen over toekomstige ontwikkelingen in de zorgvraag van illegalen. Verwacht wordt dat strikte invoering van de nieuwe Vreemdelingenwet zal leiden tot een groter aantal uitgeprocedeerde asielzoekers en daarmee ook tot meer illegalen. Een risico daarvan kan zijn dat de weerstand bij zorgverleners tegen zorgverlening aan illegalen toeneemt, omdat de zorglast te zwaar wordt en bijvoorbeeld ziekenhuizen hun budget wat betreft dubieuze debiteuren te sterk zullen gaan overschrijden. Daarnaast zal mogelijk de druk vanwege zorg voor illegalen binnen vooral de psychiatrie toenemen, omdat een aantal asielzoekers c.q. illegalen de toenemende druk die op hen wordt uitgeoefend niet zal kunnen verdragen. Het is daarnaast dringend gewenst om meer informatie te hebben over de samenstelling van de groep illegalen en hun gezondheidsproblemen. Met dergelijke informatie is het beter mogelijk om voorspellingen te doen over de te verwachten zorgbehoefte en de daaraan gerelateerde kosten.

Conclusies

Er zijn twee regelingen ter financiële compensatie van aan illegalen geleverde zorg, te weten de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren. De regeling Stichting Koppeling valt daarbij eigenlijk uiteen in twee aparte subregelingen: één voor de financiering van de zorg geleverd door met name eerstelijns zorgverleners (zoals huisartsen, verloskundigen en apothekers), en één voor de financiering van zorg geleverd door AWBZ-gefinancierde instellingen. Gezien de verschillen in type zorg tussen de eerste en tweede lijn is dat niet zo verwonderlijk. De regelingen sluiten aan bij de in de praktijk reeds toegepaste financieringsstromen. Het onderscheid tussen de AWBZ-gefinancierde instellingen en ziekenhuizen wat betreft compensatie van financiering voor aan illegalen geleverde zorg is in deze moeilijk uit te leggen.

Regeling Stichting Koppeling

Op grond van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de regeling Stichting Koppeling in grote mate aan haar doelstelling voor de financiering van de zorg voor illegalen voldoet. Hierbij zullen wel enige verschillen bestaan tussen zorgverleners en tussen regio's. Op basis van de resultaten uit dit onderzoek is te verwachten dat de verschillen niet onevenredig groot zijn. Het blijkt dat de gereser-

veerde 11 miljoen gulden per jaar vooralsnog ruim voldoende is. Knelpunten betreffen de bureaucratie van de regeling Stichting Koppeling, de concentratie van de zorgvraag bij een beperkte groep zorgverleners, de financiering van de duurdere zorg (met name medicatie aan chronisch zieke illegalen) en de drempel van één promille voor sommige AWBZ-gefinancierde instellingen.

Beleidsregel dubieuze debiteuren

Op grond van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de beleidsregel dubieuze debiteuren wat betreft de financiering van de zorg voor illegalen eveneens in grote mate aan haar doelstelling voldoet. Hierbij dient te worden opgemerkt dat, om de post beperkt te houden, in de praktijk de nodige creatieve oplossingen nodig zijn. Daarnaast wordt in het algemeen getracht de zorg te minimaliseren. Uitvoering ervan leidt wel tot verschillen tussen zorgverleners en tussen regio's maar op basis van de resultaten uit dit onderzoek is te verwachten dat de verschillen niet onevenredig groot zijn voor de instellingen. Aangezien sommige zorgverzekeraars regionaal werken kan dit wel tot verschillen tussen zorgverzekeraars leiden. Daarnaast is het oneigenlijk gebruik van verzekeringspasjes door illegalen een probleem voor de zorgverzekeraars.

Knelpunten

In het algemeen zijn er weinig knelpunten in de financiering van de zorg voor illegalen. De specifieke knelpunten voor de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren zijn hierboven benoemd. Op basis van de resultaten uit dit onderzoek lijken de beide financiële regelingen geen drempels op te werpen die beperkend werken voor de toegankelijkheid van de zorg. Hiervoor zijn voor beide regelingen wel de nodige creatieve oplossingen nodig. Wanneer creatieve oplossingen geblokkeerd worden kan een knelpunt in de financiering van de zorg voor illegalen ontstaan.

Hoewel de toegankelijkheid van zorg geen onderwerp van onderzoek was kan op basis van signalen uit dit en voorgaand onderzoek geconcludeerd worden dat de toegankelijkheid van met name de dure zorg (medicatie en diagnostiek), complexe zorg (bij chronisch zieken) en tweedelijns gezondheidszorg het meest onder druk staat. Ook blijkt dat het begrip medisch noodzakelijke zorg verschillend wordt uitgelegd, waarbij in zijn algemeenheid geconcludeerd kan worden dat met name de ziekenhuizen in de grote steden een wat strengere definitie hanteren dan de eerstelijnszorgverleners in de regio.

Een ander knelpunt in de toegankelijkheid van de zorg betreft de concentratie van de zorgvraag, welke zich met name presenteert in de vier grote steden. Dit heeft tot gevolg dat veelal dezelfde zorgverleners, instellingen en zorgverzekeraars met de problematiek geconfronteerd worden. Een ander knelpunt in de toegankelijkheid van de

zorg betreft de concentratie van de zorgvraag, welke zich met name presenteert in de vier grote steden. Dit heeft tot gevolg dat veelal dezelfde zorgverleners, instellingen en zorgverzekeraars met de problematiek geconfronteerd worden.

Gezien deze knelpunten blijft aandacht voor de financiering, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg nodig. Informatieverstrekking aan alle betrokkenen en aandacht voor de attitude van zorgverleners is daarbij heel belangrijk. Daarnaast is het gewenst om informatie te hebben over de samenstelling van de groep illegalen en hun gezondheidsproblemen. Met dergelijke informatie is het beter mogelijk om voorspellingen te doen over de te verwachten zorgbehoefte en de daaraan gerelateerde kosten.

Toekomst

In dit onderzoek is deelnemers eveneens gevraagd welke veranderingen in de zorgvraag van illegalen men in de toekomst verwacht. De meeste respondenten vinden het moeilijk hier een uitspraak over te doen. Sommigen verwachten wel dat strikte invoering van de nieuwe Vreemdelingenwet per 1 april 2001 zal leiden tot een aanzienlijke toename van het aantal illegalen. Dit zal dan mogelijk tot een navenante stijging van de zorgvraag door illegalen en de daarmee gepaard gaande kosten leiden. Het is derhalve gewenst de ontwikkeling van de zorg voor illegalen en de financiering daarvan te blijven volgen.



Inhoud

Samenvatting — 3

Inhoud — 15

1 Inleiding — 17

- 1.1 Achtergrond — 17
- 1.2 Begrippenkader — 18
 - 1.2.1 Illegaal — 19
 - 1.2.2 Financiering medisch noodzakelijke zorg — 20
- 1.3 Doel en vraagstelling — 20
- 1.4 Onderzoeksvragen — 21

2 Methode van onderzoek — 23

- 2.1 Regeling Stichting Koppeling — 23
 - 2.1.1 Regionale platforms illegalenzorg — 23
 - 2.1.2 GGD'en in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg — 23
- 2.2 Beleidsregel dubieuze debiteuren — 24
 - 2.2.1 Ziekenhuizen — 24
 - 2.2.2 Ambulancediensten — 24
 - 2.2.3 Zorgverzekeraars — 25
- 2.3 Gebruikers beide regelingen — 25
 - 2.3.1 Groepsinterviews — 25
 - 2.3.2 Koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen — 26

3 Beschrijving van de regelingen — 27

- 3.1 Regeling Stichting Koppeling — 27
- 3.2 Beleidsregel dubieuze debiteuren — 31

4 Resultaten — 35

- 4.1 Regeling Stichting Koppeling — 35
 - 4.1.1 Omvang declaraties bij Stichting Koppeling — 35
 - 4.1.2 Regionale platforms illegalenzorg — 37
 - 4.1.3 GGD'en in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg — 40
- 4.2 Organisaties betrokken bij beleidsregel dubieuze debiteuren — 42
 - 4.2.1 Omvang post dubieuze debiteuren — 42

4.2.2 Ziekenhuizen	— 43
4.2.3 Ambulancediensten	— 51
4.2.4 Zorgverzekeraars	— 54
4.3 Groepsinterviews	— 57
4.3.1 Amsterdam	— 57
4.3.2 Utrecht	— 65
4.3.3 Tilburg	— 70
4.4 Koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen	— 75

5 Discussie en conclusie — 79

5.1 Kwaliteit van de gegevens	— 79
5.2 Reikwijdte van de studie	— 80
5.3 Conclusies over de regeling Stichting Koppeling	— 83
5.4 Conclusies over de beleidsregel dubieuze debiteuren	— 87
5.5 Conclusies over de financiering van de zorg voor illegalen	— 90

6 Referenties — 95

Bijlage A Samenstelling van de begeleidingscommissie	— 99
Bijlage B Regionale platforms illegalenzorg	— 100
Bijlage C Vragenlijst regionale platforms illegalenzorg	— 101
Bijlage D GGD'en in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg	— 103
Bijlage E Vragenlijst GGD'en in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg	— 104
Bijlage F Ziekenhuizen	— 106
Bijlage G Vragenlijst ziekenhuizen	— 110
Bijlage H Ambulancediensten	— 116
Bijlage I Vragenlijst ambulancediensten	— 119
Bijlage J Zorgverzekeraars	— 124
Bijlage K Vragenlijst zorgverzekeraars	— 126
Bijlage L Vragenlijst groepsinterviews	— 131
Bijlage M Koepelorganisaties	— 135
Bijlage N Vragenlijst koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen	— 136

1 Inleiding

Het project *Financiering van zorg voor illegalen* evalueert twee regelingen die beschikbaar zijn voor vergoeding van de kosten voor zorg verleend aan illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen, kortheidshalve illegalen genoemd. Het betreft de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren. In dit eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de achtergrond van het project (1.1) en enkele begrippen die centraal staan (1.2). Vervolgens komen in paragraaf 1.3 de doel- en vraagstelling van dit onderzoek aan de orde, welke in paragraaf 1.4 zijn uitgewerkt in onderzoeksvragen. In hoofdstuk 2 wordt vervolgens de methode van onderzoek beschreven. Hoofdstuk 3 en 4 bevatten een weergave van de resultaten. In hoofdstuk 5 worden de resultaten bediscussieerd en worden conclusies getrokken met betrekking tot de financiering van de zorg voor illegalen.

1.1 Achtergrond

De wet Wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekkingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland is per 1 juli 1998 van kracht geworden. Vanwege de gemaakte koppeling tussen verblijfsrecht en recht op voorziening is deze wet ook wel bekend als de Koppelingswet. De wet leidt tot wijzigingen in een aantal wetten en heeft tot doel de toegang van illegalen tot collectief gefinancierde voorzieningen te beperken. Verstrekkingen op basis van Ziekenfondswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen vormen hiervan een onderdeel. Ook vergoeding van in de gezondheidszorg gemaakte kosten op basis van de Algemene Bijstandswet wordt uitgesloten.

Op grond van internationale verdragen en met het oog op de volksgezondheid hebben illegalen wel toegang tot gezondheidszorg als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Ook na de invoering van de Koppelingswet hebben artsen en andere hulpverleners de plicht zorg te verlenen aan illegaal in Nederland verblijvende patiënten. Hoewel de problematiek van illegaal in Nederland verblijvende patiënten al voor de komst van de Koppelingswet tot problemen leidde, was de verwachting dat de Koppelingswet tot een aanzienlijke verscherping van deze problematiek zou leiden. Om zorgverleners een mogelijkheid tot financiële compensatie te bieden bij zorgverlening aan illegalen zijn als randvoorwaarden voor de invoering van de Koppelingswet twee mogelijkheden benoemd. Voor ziekenhuizen, revalidatiecentra, ambulancediensten en de audiologische, astma-, epilepsie- en radiotherapeutische centra is binnen de bestaande financieringssystematiek op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg een budgetpost voor oninbare kosten (de post dubieuze debiteuren)

beschikbaar; voor de aanbieders van overige gezondheidszorg (welke niet onder de beleidsregel dubieuze debiteuren valt) is, in verschillende mate, een beroep op de regeling Stichting Koppeling mogelijk.

Begin 2000 heeft een tussenevaluatie van de Koppelingswet plaatsgevonden. In het kader van deze tussenevaluatie is onder andere een tussenrapportage van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum van het Ministerie van Justitie (Etman en Korpel, 1999) verschenen. Conclusie van deze rapportage was dat er nog weinig bekend is over de effecten van koppeling van de Gemeentelijke Basisadministratie met de verzekerdenbestanden van zorgverzekeraars. Ook is een onderzoek uitgevoerd naar de toegankelijkheid van zorg voor illegalen (Reijneveld en Van Herten, 2000). Conclusies van dit onderzoek waren onder andere dat de eerstelijnszorg relatief goed toegankelijk is voor illegale patiënten (als deze zorg zoeken) en dat relatief veel zorgverleners, met name in de eerste lijn, soms contact hebben met illegale patiënten. De zorg voor deze groep is echter geconcentreerd bij een beperkt aantal zorgverleners, met name in de vier grote steden. Knelpunten in de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen betreffen met name dure zorg, complexere zorg en tweedelijnszorg; daarnaast zijn de geestelijke gezondheidszorg, nazorg en revalidatie waarschijnlijk slechts beperkt toegankelijk voor hen. De toegankelijkheid van de tweedelijnszorg voor illegale patiënten lijkt in de periode sinds de invoering van de Koppelingswet te zijn verslechterd doordat strikter wordt omgegaan met vergoeding van de gemaakte kosten. Deze conclusies zijn deels bevestigd door een onderzoek dat het Nivel uitvoerde met betrekking tot de zorg voor illegalen (Kulu Glasgow et al, 2000).

Voor de eindevaluatie van de Koppelingswet is het voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van belang dat naast informatie over de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen (Reijneveld en Van Herten, 2000; Kulu Glasgow et al, 2000) ook informatie beschikbaar is over de financiering van de zorg voor illegalen. Het Ministerie van VWS heeft daartoe in haar brief van 26 februari 2001 TNO Preventie en Gezondheid opdracht gegeven een onderzoek uit te voeren naar de financiering van de zorg van illegalen. Het project kende een korte doorlooptijd aangezien de rapportage 1 mei 2001 gereed moest zijn.

1.2 Begrippenkader

In deze paragraaf wordt ingegaan op de belangrijkste begrippen die worden gehanteerd in dit rapport. Achtereenvolgens wordt ingegaan op het begrip illegaal en op de financiering van medisch noodzakelijke zorg.

1.2.1 Illegaal

Onder 'illegaal' of 'illegaal in Nederland verblijvende vreemdeling' wordt verstaan een persoon met een niet-Nederlandse nationaliteit die in Nederland verblijft zonder geldige verblijfstitel. De omvang van deze groep illegalen is onbekend. Schattingen voor Nederland variëren van 40.000 tot 200.000, waarbij 100.000 waarschijnlijk een redelijke schatting is. Aangenomen wordt verder dat het merendeel man is en behoort tot de jongere leeftijdsgroepen (Verkleij, 1999). Een kwantitatieve onderbouwing van schattingen over de samenstelling van de groep is alleen beschikbaar voor de groep illegalen die verblijft in de vier grote steden en niet afkomstig is uit Europa, uitgezonderd Turkije. Deze schatting luidt dat deze groep ongeveer 40.000 personen omvat, waarvan 75 tot 85% man is, ongeveer 2/3 tussen de 20 en 40 jaar is en 30% uit Turkije, 15% uit Noord-Afrika en 20% uit Suriname afkomstig is (Van der Leun et al, 1998).

Van belang voor dit onderzoek is dat de groep illegalen niet homogeen is, maar bestaat uit verschillende deelgroepen, te weten arbeidsmigranten zonder verblijfstitel, afgewezen asielzoekers, huwelijksmigranten en gezinsherenigers zonder verblijfstitel en een restgroep (Reijneveld en Van Herten, 2000). Voor de hulpverlening is echter niet zozeer de verblijfsstatus als wel de verzekeringstoestand van de persoon van belang. De meeste illegalen hebben vrijwel zeker geen ziektekostenverzekering. Een aantal andere groepen is echter eveneens onverzekerd.

Aan de ene kant is dit de groep zogenaamde Dublinclaimanten. De meeste hulpverleners kunnen hen nauwelijks onderscheiden van illegale onverzekerden.

Dublinclaimanten betreffen personen waarvan het asielverzoek vooralsnog niet in behandeling wordt genomen omdat zij eerder in een ander land dat het verdrag van Dublin ondertekende zijn aangekomen. Zij moeten dan in dat land een asielverzoek indienen. Tot het moment dat het betreffende land hiervoor toestemming geeft (of weigert), mogen zij in Nederland verblijven maar hebben geen recht op opvang. Zij hebben daardoor ook geen recht op een ziekenfondsverzekering, maar zijn wel rechtmatig in Nederland. Hetzelfde geldt voor asielzoekers waarvan het eerste asielverzoek is afgewezen en die vervolgens een tweede asielverzoek indienen (Reijneveld en Van Herten, 2000).

Aan de andere kant zijn dit onverzekerden die legaal in Nederland verblijven. Dit betreft ten eerste legaal verblijvende personen die niet aan hun administratieve verplichtingen voldoen, zoals bijvoorbeeld dak- en thuislozen. Verder vinden mensen zonder uitkering of loondienstverband de kosten van een particuliere verzekering soms bezwaarlijk. Tot slot is er een groep principiële weigeraars die geen ziektekostenverzekering hebben. In principe zijn deze groepen echter wel verzekeraar; bovendien worden zij veelal herkend als niet illegaal. Men kan er daarom vanuit gaan dat wanneer gesproken wordt over onverzekerden dit hoofdzakelijk betrekking heeft op illegalen. Tevens kan men er echter vanuit gaan dat de grens tussen legale en illegale

onverzekerden niet altijd geheel duidelijk is voor de individuele hulpverlener, bijvoorbeeld niet bij toeristen die zich niet hebben verzekerd of bij Dublinclaimanten (Reijneveld en Van Herten, 2000).

1.2.2 Financiering medisch noodzakelijke zorg

De regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren dienen ter compensatie van gemaakte kosten voor medisch noodzakelijke zorg aan illegalen. Tot medisch noodzakelijke zorg behoort in ieder geval:

- (a) zorg verleend in of ter voorkoming van situaties van levensbedreiging, dan wel in of ter voorkoming van situaties van blijvend verlies van essentiële functies;
- (b) zorg verleend in situaties waarin zich een gevaar voor derden voordoet. Dit geldt bijvoorbeeld voor bepaalde infectieziekten (in het bijzonder TBC) en bij psychische stoornissen die gepaard gaan met agressief gedrag;
- (c) zwangerschapszorg en zorg rond de geboorte; en
- (d) preventieve jeugdgezondheidszorg en vaccinaties overeenkomstig het rijksvaccinatie programma.

De verdere invulling van het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' is ter beoordeling van de arts of hulpverlener (Ministerie van VWS, 1999).

Deze rapportage beschrijft de resultaten van een evaluatie van de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren. Deze regelingen financieren een deel van de zorg die is verleend aan illegalen. Belangrijk is om op te merken dat dit niet de enige financieringsmogelijkheden zijn. Illegale vreemdelingen (of diens familie/vrienden) vergoeden ook zelf een deel van de kosten van consulten, diagnostische verrichtingen en medicijnen. Soms ook neemt een illegaal tijdens een consult de identiteit van een legaal persoon aan door bijvoorbeeld gebruik te maken van diens verzekeringsbewijs. Daarnaast zijn er zorgverleners die de kosten van geleverde zorg aan illegalen niet of slechts gedeeltelijk in rekening brengen. De omvang van deze vormen van financiering van de zorg aan illegalen vormden geen onderwerp van onderzoek in dit project, maar komen soms wel zijdelings ter sprake. Tot slot is het in bepaalde omstandigheden mogelijk om op medische gronden een verblijfsvergunning aan te vragen en aldus verblijf in Nederland te legaliseren (Trappenburg, 1997; van Es et al, 1999; Reijneveld en Van Herten, 2000).

1.3 Doel en vraagstelling

Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de wijze waarop de financiële compensatie van de gevolgen van de Koppelingswet voor de gezondheidszorg is geregeld.

De vraagstelling van dit project is op grond van bovenstaande tweeledig:

1. Wat zijn doelstelling, organisatie, positie, werkwijze en resultaten van de regeling Stichting Koppeling ter vergoeding van oninbare kosten voor de behandeling van onverzekerde vreemdelingen?
2. Wat zijn doelstelling, organisatie, positie, werkwijze en resultaten van de beleidsregel dubieuze debiteuren voor het boeken van oninbare kosten van behandeling van onverzekerde vreemdelingen?

Zoals reeds in paragraaf 1.2.2 aangegeven blijkt dat een deel van de zorg contant door de illegale vreemdeling (en/of diens familie/vrienden) wordt betaald, dat soms gebruik wordt gemaakt van de ziektekostenverzekering van een legaal in Nederland verblijvende persoon en dat er zorgverleners zijn die hun kosten niet declareren. Op basis van de resultaten van het onderzoek is het derhalve niet mogelijk om inzicht te krijgen in de totale financiering van de zorg aan illegalen.

1.4 Onderzoeksvragen

Beide vraagstellingen zijn uitgewerkt in een aantal onderzoeksvragen, welke zijn gegroepeerd naar de aard van de regeling enerzijds en de resultaten ervan anderzijds. De onderzoeksvragen per regeling zijn derhalve:

Doelstelling, organisatie, positie en werkwijze

- 1 Wat is de doelstelling van de betrokken regeling?
- 2 Hoe is de regeling organisatorisch vorm gegeven?
- 3 Wat is de positie van de regeling (en de organisatie) binnen de gezondheidszorg?
- 4 Welke werkwijze wordt gehanteerd?

Op basis van de antwoorden op deze vragen is nagegaan in hoeverre de werkwijze volgens de betreffende regeling transparant en doelmatig is en in hoeverre in theorie sprake kan zijn van verschillen in compensatie tussen zorgverleners/instellingen en tussen regio's van aan illegalen verleende zorg.

Resultaten

- 5 In hoeverre is de regeling bij de betrokken zorgverleners bekend?
- 6 In hoeverre is er bij de zorgverleners draagvlak voor de regeling?
- 7 Welk beroep is er op de regeling gedaan?
- 8 In hoeverre zijn er zorgverleners die geen beroep kunnen of willen doen op de regeling?
- 9 In hoeverre is er sprake van verschillen bij het compenseren van de kosten van zorgverleners?
- 10 Welke knelpunten doen zich voor?
- 11 Welke veranderingen in de zorgvraag van illegalen kunnen worden verwacht?
- 12 Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de regelingen?

Op basis van de antwoorden op deze vragen is nagegaan in hoeverre de regeling aan haar doelstelling voor de financiering van de zorg van illegalen voldoet. Daarbij is getracht een indruk te geven van de omvang van de bestede gelden aan zorg voor illegalen. Ook is aandacht gegeven aan de vraag in hoeverre er werkelijk sprake is van verschillen in compensatie tussen zorgverleners/instellingen en tussen regio's van aan illegalen verleende zorg.

Tot slot is nagegaan in hoeverre er aanwijzingen zijn voor toekomstige veranderingen in de zorgverlening aan illegalen, bijvoorbeeld door een tweedeling in enerzijds zorgverleners die bereid zijn onverzekerde illegalen te helpen en anderzijds zorgverleners die dat weigeren. De financiële consequenties zijn daarbij in ogenschouw genomen.

2 Methode van onderzoek

Voor het project zijn gegevens verzameld uit diverse bronnen. De wijze waarop met verschillende gegevensbronnen is omgegaan wordt beschreven in paragraaf 2.1 tot en met 2.6; de naamgeving van deze paragrafen correspondeert met de subparagrafen in hoofdstuk 3 en 4 waarin de resultaten voor elk van deze bronnen zijn beschreven.

In overleg met de opdrachtgever is een begeleidingscommissie samengesteld voor het project. Daarin zitten personen die werkzaam zijn bij of gelieerd zijn aan het Ministerie van VWS, het Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele Samenleving (OGM), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Landelijke Vereniging van GGD'en (GGD Nederland), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en Stichting Koppeling. De samenstelling van de begeleidingscommissie wordt weergegeven in Bijlage A. De begeleidingscommissie heeft twee maal vergaderd. Daarnaast is er bilateraal overleg geweest tussen de leden van de begeleidingscommissie en het projectteam. De auteurs danken de leden van de begeleidingscommissie voor hun inzet.

2.1 Regeling Stichting Koppeling

Het Ministerie van VWS, Stichting Koppeling en regionale platforms illegalenzorg zijn betrokken bij de uitvoering van de regeling Stichting Koppeling. Met het Ministerie van VWS en Stichting Koppeling zijn gesprekken gevoerd over de doelstelling, organisatie, positie, werkwijze en resultaten van de regeling.

2.1.1 Regionale platforms illegalenzorg

Daarnaast is een telefonische enquête onder contactpersonen van 19 regionale platforms illegalenzorg gehouden. De namen en adressen van deze regionale platforms waren afkomstig van Stichting Koppeling. Een lijst met geïnterviewde platforms is opgenomen in bijlage B. De interviews hadden tot doel inzicht te krijgen in het gebruik van de regeling Stichting Koppeling en de mogelijke knelpunten die daarbij ontstaan. Tijdens de interviews zijn de onderzoeksvragen als leidraad gebruikt (zie bijlage C). Hierbij is eveneens rekening gehouden met hun reactie op de regeling Stichting Koppeling tijdens een werkconferentie die begin 2001 gehouden is (Stichting Koppeling, 2001). De interviews zijn vrijwel steeds telefonisch gehouden; vervolgens is een schriftelijk verslag van de inhoud ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewde persoon.

2.1.2 GGD'en in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg

Om een landelijk beeld te krijgen van de vraag naar de regeling Stichting Koppeling is in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg de GGD benaderd. De GGD ontvangt

door haar centrale rol in de openbare gezondheidszorg vaak als eerste signalen over knelpunten in de zorg voor illegalen. Daarnaast fungeren zij vaak als aangewezen instelling. Een lijst met betrokken GGD'en is opgenomen in bijlage D. De interviews werden in principe gehouden met het hoofd van de afdeling algemene gezondheidszorg (AGZ) en hadden tot doel te achterhalen waarom in de betreffende regio geen regionaal platform illegalenzorg actief is (zie bijlage E). De interviews zijn steeds telefonisch gehouden; vervolgens is een schriftelijk verslag van de inhoud aan de geïnterviewde persoon ter goedkeuring voorgelegd.

2.2 Beleidsregel dubieuze debiteuren

De beleidsregel dubieuze debiteuren is vastgesteld door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De toepassing van de beleidsregel is in handen van de afzonderlijke ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Met het CTG zijn gesprekken gevoerd over de doelstelling, organisatie, positie, werkwijze en resultaten van de beleidsregel. Daarnaast is een schriftelijke enquête uitgevoerd onder ziekenhuizen (2.2.1), ambulancediensten (2.2.2) en zorgverzekeraars (2.2.3). Over de uitvoering van deze enquête zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Landelijke Federatie voor Ambulance Zorg (LFAZ) geïnterviewd.

2.2.1 Ziekenhuizen

Er is een schriftelijke enquête uitgevoerd onder de directies van alle ziekenhuizen in Nederland (zie bijlage F). De enquête had tot doel inzicht te krijgen in het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren en de mogelijke knelpunten die daarbij ontstaan. Hierbij is een vragenlijst gebruikt die gebaseerd is op de onderzoeksvragen (zie bijlage G). De adressen van de ziekenhuizen zijn verkregen van de NVZ. Het onderzoek is niet uitgevoerd bij de militaire ziekenhuizen en de audiologische, astma-, epilepsie- en radiotherapeutische centra. In totaal zijn 129 enquêtes verstuurd naar ziekenhuizen en revalidatiecentra. Ziekenhuizen in de grote steden ontvingen een telefonisch rappel indien na vier weken geen reactie was ontvangen.

2.2.2 Ambulancediensten

Er is een schriftelijke enquête uitgevoerd onder directies van alle ambulancediensten in Nederland (zie bijlage H). De enquête had tot doel inzicht te krijgen in het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren en de mogelijke knelpunten die daarbij ontstaan. Hierbij is een vragenlijst gebruikt die gebaseerd is op de onderzoeksvragen (zie bijlage I). De adressen van de ambulancediensten zijn verkregen van het Ministerie van VWS. In totaal zijn 108 enquêtes verstuurd.

2.2.3 Zorgverzekeraars

Er is een schriftelijke enquête uitgevoerd onder directies van alle zorgverzekeraars in Nederland (zie bijlage J). De enquête had tot doel inzicht te krijgen in het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren en de mogelijke knelpunten daarbij. Hiervoor is een vragenlijst gebruikt die gebaseerd is op de onderzoeksvragen (zie bijlage K). De adressen voor de zorgverzekeraars zijn verkregen van Zorgverzekeraars Nederland. In totaal zijn 57 enquêtes verstuurd.

2.3 Gebruikers beide regelingen

De gebruikers van beide regelingen zijn de zorgverleners en ziekenhuizen. Zij kunnen informatie verstrekken over de ervaringen die zij met de regelingen hebben. Omdat het onmogelijk is om in een korte periode alle zorgverleners te benaderen zijn in drie regio's groepsinterviews gehouden (2.3.1) en zijn koepelorganisaties van zorgverleners en organisaties die de belangen van illegalen behartigen, benaderd (2.3.2).

2.3.1 Groepsinterviews

Voor dit onderzoek zijn drie regio's geselecteerd om meer diepgaand gegevens te verzamelen over de zorg voor illegalen. Gezien de korte doorlooptijd van dit project is aangesloten bij de drie regio's die betrokken waren bij het project Toegankelijkheid van zorg voor illegalen (Reijneveld en Van Herten, 2000). Het betreft de regio's zijn Amsterdam, Utrecht en Tilburg. Een eerste overweging bij deze keuze voor deze regio's was dat illegalen zich waarschijnlijk concentreren in de vier grote steden. Om een beeld te krijgen van de problematiek in deze steden zijn er twee, Amsterdam en Utrecht, geselecteerd. Vanwege signalen dat ook in kleinere steden problemen in de zorg voor illegalen optraden, is vervolgens ook een kleinere stad geselecteerd. Voorstelbaar is immers, dat door een kleiner schaalniveau problemen in de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen op andere wijze tot uiting komen. Uit een groot aantal alternatieven is hier uiteindelijk gekozen voor Tilburg omdat deze regio op redelijke afstand ligt van de vier grote steden en van de landsgrenzen. Invloed van een mogelijk betere organisatie van de zorg voor illegalen in de grote steden, en van grensverkeer wat betreft bijvoorbeeld illegale hard-drugs verslaafden, wordt hierdoor zoveel mogelijk beperkt (Reijneveld en Van Herten, 2000).

De gegevens zijn verzameld via groepsinterviews met personen die als hulpverlener geconfronteerd worden met zorgvragen van illegalen. Er is voor groepsinterviews gekozen omdat hierdoor directe toetsing mogelijk is aan de ervaring van collega zorgverleners. De groepsinterviews hadden als doel gegevens over de resultaten van beide regelingen te verzamelen en informatie over de doelstelling, organisatie, positie en werkwijze te checken. Op geleide van de kennis bij de GGD in de betreffende regio over de structuur van het regionale zorgnetwerk voor illegalen zijn hulpverleners uitgenodigd voor een groepsinterview. Er is naar gestreefd minstens een huisarts, een

verloskundige, een apotheker, een medewerker van de regionale GGD, een medewerker van een instelling gericht op zorg voor onverzekerden of asielzoekers, een medewerker van een algemeen ziekenhuis, een medewerker van een GGZ-instelling en een medewerker van de regionale zorgverzekeraar bij een dergelijk interview te betrekken. In Utrecht leverde het echter problemen op om alle gewenste hulpverleners op één moment te interviewen. Daarom zijn daar enkele personen individueel geïnterviewd. De onderzoeksvragen werden als leidraad gebruikt bij het voeren van de interviews (zie bijlage L). De interviews vonden plaats op 19 maart en 3 april 2001 in respectievelijk Tilburg en Amsterdam. Van de interviews zijn schriftelijke verslagen gemaakt. Deze zijn ter aanvulling en correctie aan alle deelnemers van de interviews voorgelegd.

2.3.2 Koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen

Tot slot zijn verschillende organisaties geïnterviewd over beide regelingen. Dit betroffen eerste koepelorganisaties van zorgverleners. Deze organisaties ontvangen namelijk vaak signalen over algemene knelpunten in de zorg voor illegalen en de financiering daarvan. Naast signalen van koepelorganisaties van zorgverleners ontvangen landelijke organisaties die betrokken zijn bij hulpverlening aan vluchtelingen of migranten eveneens signalen over de toegankelijkheid en financiering van de zorg aan illegalen. Vertegenwoordigers van beide type organisaties zijn telefonisch benaderd met het verzoek antwoorden te geven op enkele vragen. Een lijst van de geïnterviewde organisaties is opgenomen in bijlage M.

De interviews hadden tot doel inzicht te krijgen in het gebruik van beide regelingen en de mogelijke knelpunten die daarbij ontstaan. Tijdens de interviews is, net als bij de andere enquêtes in dit onderzoek, gebruik gemaakt van de onderzoeksvragen (zie bijlage N). Een schriftelijk verslag van de inhoud van de telefonische interviews is ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewde persoon.

3 Beschrijving van de regelingen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de doelstelling, organisatie positie en werkwijze van de regeling Stichting Koppeling (3.1) en de beleidsregel dubieuze debiteuren (3.2). Hierbij worden voor allebei de regelingen de eerste vier onderzoeksvragen beantwoord. Op basis daarvan is ook nagegaan in hoeverre in theorie sprake kan zijn van verschillen in compensatie tussen zorgverleners/instellingen en tussen regio's van aan illegalen verleende zorg.

3.1 Regeling Stichting Koppeling

Doelstelling

Het doel van Stichting Koppeling is het verlenen van financiële bijdragen aan aangewezen instellingen voor activiteiten op het terrein van de gezondheidszorg ten behoeve van personen, die op grond van hun verblijfsstatus (i.e. het ontbreken daarvan) zijn uitgesloten van toegang tot de sociale ziektekostenverzekeringen (Stichting Koppeling, 2000). Of zoals de Minister van VWS (1999) het verwoordt: 'Het Koppelingsfonds heeft als doelstelling het bieden van financiële compensatie aan hulpverleners die medisch noodzakelijke zorg hebben geboden aan onverzekerde vreemdelingen zonder wettige verblijfstatus'. Stichting Koppeling gaat er daarbij vanuit dat de Koppelingswet als een gegeven moet worden beschouwd en dat binnen die context toegankelijkheid en kwaliteit van de medisch noodzakelijke zorg aan illegale vreemdelingen gewaarborgd moet blijven (Stichting Koppeling, 1999). Ziekenhuizen, revalidatiecentra, ambulancediensten en de audiologische, astma-, epilepsie- en radiotherapeutische centra die onder het regiem van de beleidsregel dubieuze debiteuren van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) vallen hebben geen toegang tot de regeling Stichting Koppeling (Ministerie van VWS, 1999).

Organisatie

Stichting Koppeling is opgericht op 28 april 1997. De Stichting is pas feitelijk operationeel geworden vanaf de inwerkingtreding van de Koppelingswet per 1 juli 1998. De regeling Stichting Koppeling is in handen van Stichting Koppeling welke haar financiële middelen in hoofdzaak door een subsidie van het Ministerie van VWS verkrijgt. Vanuit de begroting van het Ministerie van VWS is voor Stichting Koppeling per jaar een bedrag van maximaal f11 miljoen beschikbaar (Ministerie van VWS, 1999). Daarnaast kan Stichting Koppeling inkomsten uit andere bronnen verwerven (Tweede Kamer, 1995-1996).

Stichting Koppeling bestaat uit een bestuur, een adviescommissie en een ambtelijk secretariaat. De leden van het bestuur zijn direct of indirect betrokken bij de organisatie van de regionale gezondheidszorg. Zij hebben echter alleen op persoonlijke titel

zitting in het bestuur en ontvangen voor hun werkzaamheden geen vergoeding. Het algemeen bestuur kiest uit zijn midden een dagelijks bestuur. Bij de beoordeling van de regionale subsidieaanvraag voor zorgverlening wordt het bestuur terzijde gestaan door de Adviescommissie. Deze commissie is multidisciplinair samengesteld. De leden zijn gevraagd vanwege hun specifieke kennis op het gebied van private en publieke gezondheidszorg en op het gebied van de bekostigingssystematiek in de gezondheidszorg. Het secretariaat wordt gevoerd door ZAO Zorgverzekeringen in Amsterdam. Op basis van een overeenkomst kan Stichting Koppeling aanspraak maken op aanwezige expertise bij ZAO Zorgverzekeringen op juridisch, medisch, financieel en administratief gebied. Stichting Koppeling heeft zelf geen personeel in dienst (Stichting Koppeling, 1999, 2000).

Stichting Koppeling heeft gekozen voor een systeem van ondersteuning van zorg waarin met name regionale partijen een essentiële rol spelen. Daarom is bij reglement bepaald dat verzoeken om financiële bijdragen van Stichting Koppeling moeten worden ondersteund door regionale overlegplatforms. Deze platforms dienen divers van samenstelling te zijn, al naar gelang de plaatselijke of regionale omstandigheden. Voor deze getrapte procedure is gekozen om artsen, hulpverleners en instellingen te stimuleren om samen te werken en om de problematiek in kaart te kunnen brengen (Ministerie van VWS, 1999). Stichting Koppeling stelt als voorwaarde om een beroep op haar middelen te kunnen doen dat in een dergelijk platform tenminste twee van de volgende partijen participeren: gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), districts-huisartsenvereniging, zorgverzekeraar en vrijwilligersorganisatie op het gebied van medische hulpverlening. Tevens dient het platform onder meer als doel het oplossen van knelpunten in de regionale gezondheidszorg aan illegalen te hebben. Vanuit de platforms kan een beroep op Stichting Koppeling worden gedaan via een instelling die door het platform wordt aangewezen. Het platform behoeft geen rechtspersoonlijkheid te hebben. Dit laatste geldt wel voor de instantie die namens de regio om financiële ondersteuning verzoekt, de aangewezen instelling. In veel gevallen is dat de GGD. Deze aangewezen instelling is vervolgens namens de betreffende regio verantwoordelijk voor het beheer en de toedeling van de ontvangen gelden (Stichting Koppeling, 1999).

Positie

Het bestaan van Stichting Koppeling en de bijbehorende regeling is niet in de Koppelingswet zelf geregeld, maar kan worden beschouwd als een randvoorwaarde bij het invoeren van die wet (Ministerie van VWS, 1999). Stichting Koppeling functioneert echter niet als een verlengstuk van de overheid (Stichting Koppeling, 1999).

Werkwijze

Zorgverleners kunnen via de regionale overlegplatforms een beroep doen op de Stichting. Op basis van ervaringsgegevens uit het verleden en een inschatting van

toekomstige ontwikkelingen wordt de regio's gevraagd een begroting van de te verwachten kosten voor het komende jaar en een projectplan op te stellen. Deze aanvragen dienen uiterlijk 1 oktober van het voorgaande jaar bij de Stichting te worden ingediend. Vervolgens geeft de Adviescommissie advies aan het Bestuur over de ontvangen aanvragen. Gehoord de Adviescommissie en tevens rekening houdend met de beschikbare middelen, stelt het dagelijks bestuur van Stichting Koppeling een verdelingsplan op. Daarna wordt dat verdelingsplan ter goedkeuring voorgelegd aan het algemeen bestuur. Het algemeen bestuur neemt uiterlijk 1 maart van het jaar waarop de aanvraag betrekking heeft een voorlopige beslissing.

Wanneer besloten wordt om de gevraagde financiële bijdrage te verlenen, wordt dit zo spoedig mogelijk aan de aangewezen instelling meegedeeld. De Stichting dient op grond van het totaal van door haar ontvangen regionale begrotingen een subsidieaanvraag in bij het Ministerie van VWS. Na toekenning van deze jaarlijkse subsidie keert Stichting Koppeling 50% van de goedgekeurde bedragen uit aan instellingen die de samenwerkingsverbanden representeren. In de loop van het financieringsjaar, wanneer door de aangewezen instelling verantwoording is afgelegd over de besteding van de bijdrage in het voorgaande jaar, wordt de resterende 50% toegekend, onder verrekening van de eventueel teveel betaalde bedragen uit het voorgaande jaar. De aangewezen instellingen wenden het toegekende bedrag vervolgens aan als tegemoetkoming in de inkomensschade van zorgverleners en zorginstellingen (Ministerie van VWS, 1999; Stichting Koppeling, 1999). De werkwijze volgens regeling Stichting Koppeling is vastgelegd in het Reglement Financiële Bijdragen Stichting Koppeling.

In de Memorie van Toelichting bij de Koppelingswet staat dat Stichting Koppeling een gehele of gedeeltelijke tegemoetkoming kan verlenen aan een zorgverlener voor onbetaalde rekeningen indien het vergoeding betreft voor (1) verleende medisch noodzakelijke zorg aan (2) illegale vreemdelingen (3) waarbij betaling van de geleverde zorg onmogelijk is gebleken en (4) er daardoor voor de zorgverlener aanmerkelijk/onbillijke inkomensschade is ontstaan (Tweede Kamer, 1994-1995).

Medisch noodzakelijke zorg is volgens Stichting Koppeling de zorg zoals omschreven in het kader van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), voor zover deze zorg binnen de beroepsgroep naar algemeen erkende professionele standaard als medisch noodzakelijk kan worden beoordeeld. In ieder geval kan daartoe worden gerekend:

- (a) zorg verleend in of ter voorkoming van situaties van levensbedreiging, dan wel in of ter voorkoming van situaties van blijvend verlies van essentiële functies;
- (b) zorg verleend in situaties waarin zich een gevaar voor derden voordoet, zoals bij infectieziekten en bij psychische stoornissen, die gepaard gaan met agressief gedrag;
- (c) zwangerschapszorg en zorg rond de geboorte; en

- (d) preventieve jeugdgezondheidszorg alsmede een vaccinatieprogramma overeenkomstig het rijksvaccinatieprogramma. Dit laatste voor zover de toegang daartoe al niet valt onder de begrotingsgefinancierde preventieve (jeugd)gezondheidszorg.

Zorgvormen die door Stichting Koppeling van vergoeding worden uitgesloten betreffen:

- (a) zorg verleend door of vanwege een instelling, waarop de CTG-beleidsregel dubieuze debiteuren van toepassing is. Hieronder vallen onder meer: kosten ziekenhuisverpleging, kosten medisch specialistische hulp voor zover vallend onder het budget van het ziekenhuis, alsmede kosten ambulancevervoer;
- (b) transseksuele behandelingen;
- (c) in-vitrofertilisatie (IVF) en met IVF vergelijkbare behandelingen, zoals ICSI, MESA en TESE; en
- (d) tandheelkundige hulp, met uitzondering van noodhulp. Onder noodhulp wordt verstaan het opheffen van acute pijnklachten en de zorg voor voldoende kauwvermogen.

Stichting Koppeling verbindt als voorwaarden aan een uitkering dat de zorgverlener aannemelijk maakt dat de kosten niet op de illegaal zelf of op een derde verhaalbaar zijn en dat de zorgverlener aantoonbaar geconfronteerd wordt met een structureel probleem dat een onredelijke belasting voor de uitoefening van de medische praktijk vormt. De Stichting gaat ervan uit dat incidentele hulpverlening aan een onverzekerde illegale patiënt voor een zorgverlener of instelling tot de normale taak van de zorgverlener behoort en dat in dat geval de toegankelijkheid van de zorg niet in gevaar komt. De Stichting hanteert derhalve de voorwaarde 'bovenmatige financiële belasting'. Volgens Stichting Koppeling wordt in de aanvragen het begrip 'bovenmatige belasting' onder meer uitgedrukt in een minimum aantal onbetaalde verrichtingen, een vast te stellen deel van de omzet of een nominaal drempelbedrag. Voor de verschillende zorgverleners zijn voornamelijk in de verschillende regio's verschillende drempels vastgesteld (Stichting Koppeling, 1999). Voor AWBZ-gefinancierde instellingen, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen en GGZ-instellingen, geldt de zogenaamde één promille regeling. Zij komen pas dan voor vergoeding van de gemaakte inkomsten via Stichting Koppeling in aanmerking als zij een inkomensschade hebben groter dan één promille van hun totale budget. Verder stelt Stichting Koppeling als eis dat nagegaan wordt in hoeverre de betreffende persoon in aanmerking kan komen voor een verblijfsvergunning op medische gronden.

Stichting Koppeling is voornemens de werkwijze voor de aanvragen van de individuele zorgverleners bij het regionale samenwerkingsverband verder te standaardiseren. Tijdens een in januari 2001 gehouden landelijke werkconferentie met de aangewezen instellingen is onder andere voorgesteld de vergoedingsvoorwaarde 'bovenmatige financiële belasting', net als het toetsingscriterium 'medisch noodzakelijke zorg', 'onver-

mogen tot betalen' en 'onverzekerbare vreemdeling' aan de beoordeling van de individuele zorgverlener te laten. Deze vergoedingsvoorwaarden worden getoetst aan de hand van een verklaring van de zorgverlener bij de declaratie. Hiertoe zal een landelijk declaratieformulier worden opgesteld. Daarnaast bestaat het voornemen om AWBZ-gefinancierde instellingen via de zorgkantoren te laten declareren (Stichting Koppeling, 2001).

Conclusie

De werkwijze volgens de regeling Stichting Koppeling is transparant en doelmatig. Het is theoretisch mogelijk dat er verschillen in compensatie van aan illegalen verleende zorg bestaan tussen zorgverleners en tussen regio's, aangezien de individuele zorgverleners en de regionale overlegplatforms zelf (a) de aanvraag en (b) de invulling van de vier vergoedingsvoorwaarden bepalen. Daarnaast is het voor individuele zorgverleners alleen mogelijk te declareren bij Stichting Koppeling als er een regionaal platform aanwezig is. AWBZ-gefinancierde instellingen kunnen tot nu toe alleen direct bij Stichting koppeling declareren. Getracht wordt deze declaraties per 1 juli 2001 via het zorgkantoor te laten verlopen, waarna deze de kosten bij Stichting Koppeling in rekening brengt. De AWBZ-gefinancierde instellingen moeten echter eerst één promille van hun budget daarvoor beschikbaar stellen; bij overschrijding van deze grens kunnen zij de extra kosten declareren. In theorie kan deze invulling van het criterium 'bovenmatige belasting' in de AWBZ leiden tot verschillen tussen de AWBZ en de overige zorg vallend onder de regeling Stichting Koppeling.

3.2 Beleidsregel dubieuze debiteuren

Doelstelling

De in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) gehanteerde beleidsregel dubieuze debiteuren geeft onder meer ziekenhuizen, revalidatiecentra en ambulance-diensten de mogelijkheid om met de zorgverzekeraar afspraken te maken over vergoeding van oninbare rekeningen, welke onder andere van illegalen afkomstig kunnen zijn (Ministerie van VWS, 1999).

Organisatie

Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) is het uitvoeringsorgaan van de WTG. De WTG is een zogenaamde kaderwet waarin de procedures zijn vastgesteld voor de totstandkoming van beleidsregels en de daaruit voortvloeiende tarieven. Deze beleidsregels vormen de basis voor de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de tarieven. Het CTG stelt de beleidsregels vast, waarna de Minister van VWS de bevoegdheid heeft om deze goed te keuren. De Minister van VWS beoordeelt daarbij vooral of de kostengevolgen van de beleidsregels passen in het algemene financiële kader. Beleidsregels ontstaan op initiatief van zorgverleners, van zorgverzekeraars, van het CTG zelf, of van de Minister van VWS. Vanaf 1998 kunnen beleidsre-

gels ook voortvloeien uit de zogenoemde meerjarenafspraken die tussen de Minister van VWS en zorgverleners en zorgverzekeraars worden gemaakt. Voordat het CTG een bepaalde beleidsregel vaststelt vraagt zij advies van de bij de beleidsregel betrokken partijen. Deze partijen zijn vertegenwoordigd in de zogenoemde kamers van het CTG. Het CTG kent vijf kamers, waarvan de eerste drie adviseren over de beleidsregels voor de verschillende soorten instellingen (I ziekenhuizen, revalidatiecentra, etc; II verpleeghuiszorg en thuiszorg; III instellingen voor geestelijke en lichamelijke gehandicapten). De kamers IV en V hebben betrekking op individuele beroepsbeoefenaren. In de kamers zijn de belangrijkste organisaties van de betreffende instellingen of beroepsbeoefenaren vertegenwoordigd, evenals de verzekeraars. Het CTG beschikt over een secretariaat dat bestaat uit circa honderd medewerkers. Het secretariaat is eveneens onderverdeeld in vijf kamers. Een belangrijke taak van het secretariaat betreft het ontwikkelen van beleidsregels en het adviseren van het CTG. Verder neemt het feitelijk vaststellen van budgetten en tarieven een belangrijke plaats in (CTG, 2000).

Positie

Het CTG is een zelfstandig bestuursorgaan dat op basis van de WTG balanceert tussen algemeen belang en het belang van de verschillende partijen in de gezondheidszorg. De taken en bevoegdheden van het CTG zijn in de wet nauwkeurig omschreven. Op basis van de WTG bestaat het CTG uit (maximaal) 9 onafhankelijke leden die door de Minister van VWS worden benoemd. Zij worden voor vier jaar benoemd en kunnen maximaal twee keer worden herbenoemd (CTG, 2000).

Werkwijze

Aangezien ieder ziekenhuis andere kenmerken heeft leiden de beleidsregels die voor ziekenhuizen zijn vastgelegd tot een individueel budget voor ieder ziekenhuis. Het toepassen van de beleidsregels (oftewel het 'bouwen' van het budget van een individuele instelling) gebeurt in het lokaal overleg tussen zorginstelling en zorgverzekeraar. Het resultaat daarvan wordt door het CTG getoetst, waarna het CTG het budget vaststelt. Dit budget wordt ook wel aangeduid als de 'aanvaardbare kosten' voor het ziekenhuis in een bepaald jaar. Het budget van een ziekenhuis bestaat in het algemeen uit vier componenten. Deze vier componenten zijn: locatiekosten, vaste kosten (afhankelijk van aantal inwoners in een regio), semi-vaste kosten (afhankelijk van aantal erkende bedden en specialisten) en variabele kosten (afhankelijk van opnamen, eerste polikliniekbezoeken, etc). Over deze laatste component worden jaarlijks met de zorgverzekeraar afspraken gemaakt. Onderdeel daarvan zijn de afspraken over de post dubieuze debiteuren waarvan de kosten voor verlenen van zorg aan illegalen een onderdeel vormt. Door middel van deze zogenoemde productieafspraken kunnen verzekeraars invloed op de hoogte van het budget van een ziekenhuis uitoefenen.

Op basis van het budget worden vervolgens door het CTG de verschillende tarieven vastgesteld die het ziekenhuis in rekening mag brengen om zo het geld bij elkaar te krijgen waarmee zij haar budget als het ware vult. Voor bepaalde verrichtingen in een ziekenhuis gelden landelijke tarieven die zijn opgenomen in de Tarieflijst Instellingen. Het verpleegtariaf dient als sluitpost en wordt direct afgeleid van het vastgestelde budget van een ziekenhuis (CTG, 2000).

Uitgangspunten voor de beoordeling van de aanvaardbaarheid van de afschrijvingskosten dubieuze debiteuren vormen de onderstaande criteria:

- het betrokken orgaan voor gezondheidszorg (de instelling) dient zodanige voorzieningen te treffen dat een adequate en vooral voortijdige debiteurenbewaking gewaarborgd is;
- in dit verband dient zorg te worden gedragen voor een consequente en tijdige afstemming tussen instelling en ziektekostenverzekeraar over de juistheid van verzekeringsgegevens van de patiënten;
- ongeacht de vraag of patiënten verzekerd zijn voor kosten uit hoofde van de door het desbetreffende orgaan voor gezondheidszorg verleende (para) medische hulp, dienen alle verhaalmogelijkheden, inclusief die van de Algemene bijstandswet, te worden benut;
- vorderingen op patiënten of ziektekostenverzekeraars in verband met onderzoeken of opname waarvoor niet op de gebruikelijke machtigingsprocedures zijn gevolgd, of waarvoor geen toestemming tot het betrokken onderzoek/opname is verleend, worden in beginsel niet in de verpleegtarieven opgenomen;
- het desbetreffende orgaan voor gezondheidszorg dient met betrekking tot de wijze van afboeking van dubieuze vorderingen een bestendig beleid te voeren, dat voldoet aan de hiervoor genoemde criteria.

De op grond van bovenstaande criteria aanvaardbaar geachte afschrijvingskosten dubieuze debiteuren worden in de aanvaardbare kosten opgenomen. Er vindt geen nacalculatie plaats (COTG, 1999).

Conclusie

De werkwijze volgens de beleidsregel dubieuze debiteuren is transparant en doelmatig voor het boeken van oninbare kosten van zorg voor illegalen. Theoretisch kan er sprake zijn van verschillen in compensatie van aan illegalen verleende zorg tussen ziekenhuizen en tussen regio's, aangezien (a) de oninbare kosten van een bepaald ziekenhuis in een bepaald jaar hoger kunnen zijn dan het totaal gereserveerde bedrag voor de post dubieuze debiteuren en (b) de hoogte van de post dubieuze debiteuren in het lokaal overleg met de plaatselijke zorgverzekeraar wordt vastgesteld.

Tabel 1 *Beroep op regeling Stichting Koppeling*

	Afrekening 1998		Afrekening 1999		Aanvraag 2000		Aanvraag 2001	
	Vier grote steden	Rest van Nederland	Vier grote steden	Rest van Nederland	Vier grote steden	Rest van Nederland	Vier grote steden	Rest van Nederland
Huisartsenzorg	56.605	4.736	122.677	28.221	215.040	95.470	290.130	54.825
Eerstelijns zorg vrijwilligersorganisaties	168.982	-	33.171	-	465.000	250	330.000	-
Eerstelijnszorg GGD	27.500	178	68.457	636	101.960	4.500	79.850	-
Verloskundige hulp	16.168	2.980	45.884	9.673	220.839	46.300	165.839	62.150
Infectieziektebestrijding	18.700	-	8.003	-	38.600	8.500	20.600	14.000
Farmaceutische hulp	74.092	6.978	165.575	53.870	587.500	177.907	771.250	143.140
Kraamzorg	-	589	5.097	7.309	75.000	70.550	120.000	34.540
Laboratoriumonderzoek	916	873	1.221	2.662	1.250	6.900	1.500	2.900
Tandheelkundige hulp	4.288	4.368	16.090	24.133	35.000	49.800	88.000	50.620
Paramedische zorg	-	-	228	3.500	4.583	16.169	7.166	7.968
Medisch Specialistische hulp	-	960	10.259	14.575	-	55.700	-	39.075
Geestelijke gezondheidszorg	181.979	981	588.301	11.595	555.000	367.051	500.000	37.000
Verpleeghuiszorg	88.078	-	212.524	-	240.000	32.700	364.700	-
Thuiszorg	-	-	-	-	25.000	-	-	-
Overige zorg niet onderbouwd	-	1.166	-	2.638	-	54.893	-	221.628
Overhead	71.121	47.105	182.986	112.054	263.000	189.536	287.000	343.622
Totaal	708.429	70.914	1.460.473	270.866	2.827.772	1.176.266	3.026.035	1.011.468
Totaal Nederland	779.343		1.731.339		4.003.998		4.037.503	

De categorie eerstelijnszorg vrijwilligersorganisaties is oorspronkelijk bedoeld voor instellingen, die met behulp van vrijwilligers direct medische zorg bieden, zoals de Witte Jas en de Kruispost in Amsterdam. Uit de rapportages blijkt dat daaronder ook kosten worden geboekt, die instellingen voor dak- en thuislozen maken voor de kosten van (medische) zorg voor hun cliënten. Deze vorm van financiering staat op enigs-

zins gespannen voet met de doelstelling van de Stichting omdat niet de zorgverlener wordt gecompenseerd, maar de opvanginstelling. Dat deze instellingen in beginsel een ruime interpretatie van de regeling hanteerden, blijkt wel uit het feit dat in 1999 de kosten sterk gedaald zijn ten opzichte van het tweede halfjaar 1998. Het relatief hoge bedrag 1998 betrof kosten van een incidentele en onvoorziene opvang van een omvangrijke groep Dublinclaimanten door een Rotterdamse instelling voor dak- en thuislozen, welke kosten zich niet beperkten tot louter kosten medische zorg.

Toename van de uitvoeringskosten heeft met name te maken met opstartkosten van nieuw aangesloten regio's, het serieus inhoud geven aan de zorgorganisatie- en -bemiddelingsfunctie en een integrale doorberekening van de met de regeling direct verband houdende kosten. Stichting Koppeling geeft aan dat er geen duidelijk verband is tussen de hoogte van deze uitvoeringskosten en de hoogte en het aantal van de declaraties.

De kosten voor 1998 betreffen slechts de tweede helft van 1998. De stijging van de kosten ten opzichte van 1999 kan hierdoor voor een deel verklaard worden. In de vier grote steden is het gedeclareerde bedrag over 1999 ongeveer twee maal zo groot als over 1998. De stijging zit met name in de declaraties voor verloskundige en tandheelkundige hulp, kraamzorg, geestelijke gezondheidszorg en verpleeghuiszorg. Voor de rest van Nederland zijn de declaraties over 1999 ongeveer vier maal zo hoog als over de tweede helft van 1998. In bijna alle sectoren is hier een stijging waar te nemen met een factor groter dan twee.

Wat opvalt is dat de gedeclareerde kosten in de vier grote steden in 1998 ongeveer tien maal zo hoog waren als in de rest van Nederland. Uit de cijfers van 1999 blijkt dat de kosten in de vier grote steden ongeveer zes maal zo hoog zijn als in de rest van Nederland. Voor de aanvragen van 2000 en 2001 is de aanvraag van de vier grote steden ongeveer drie maal zo hoog. Dit is onder meer te verklaren door de toename van het aantal regionale platforms dat declaraties bij Stichting Koppeling indient en door toename van de bekendheid van de regeling onder zorgverleners.

4.1.2 Regionale platforms illegalezorg

Regionaal platform illegalezorg

In totaal zijn dertien regionale platforms illegalezorg geïnterviewd. Veel regionale platforms, met name in de grotere steden, zijn opgericht in de periode rond de invoering van de Koppelingwet en de regeling Stichting Koppeling medio 1998. In andere regio's is in de periode 1998 tot en met 2000 een platform in het leven geroepen. Tot slot bestonden voor enkele regio's (onder andere Amsterdam en Leiden) al langer platforms op dit terrein.

Doel van de platforms is veelal het signaleren en bespreekbaar maken van knelpunten in de zorg voor illegalen en het coördineren van de declaraties bij Stichting Koppeling. In sommige regio's zijn beide doelstellingen gesplitst in een netwerk waarin problemen besproken worden en een samenwerkingsverband waarin zorg gedragen wordt voor de afhandeling van de declaraties. Op Leiden na heeft geen enkel platform, netwerk of samenwerkingsverband een rechtspersoon. De samenstelling van de platforms wisselt per regio en is het breedst in de grote steden. Een vertegenwoordiger van de GGD en van de huisartsen nemen in alle platforms deel. Meestal neemt ook de regionale zorgverzekeraar en een medewerker van een instelling gericht op zorg voor onverzekerden of asielzoekers deel aan het platform. Verbreding van het platform met vertegenwoordigers van andere zorgverleners, zoals verloskundigen, apothekers, tandartsen, ziekenhuizen en GGZ instellingen is veelal afhankelijk van de gepresenteerde problematiek in de regio. Vertegenwoordigers van paramedici en verpleeghuizen nemen nauwelijks deel. Voor coördinatie van het platform en voor het beantwoorden van vragen van individuele zorgverleners is men gemiddeld tussen de 4 en 16 uur per maand kwijt.

Regeling Stichting Koppeling

De meeste regionale platforms vinden dat de regeling Stichting Koppeling voldoet aan haar doelstelling. Zij vinden de regeling echter bureaucratisch en omslachtig en vragen zich af of de kosten die zorgverleners hebben gemaakt wel opwegen tegen de inspanning van het opzetten van een platform. Als voorbeeld van omslachtige regeling noemen de aangewezen instellingen onder andere het elk jaar weer indienen van een begroting. Men vraagt zich af of alleen een eindafrekening niet kan volstaan. Probleem bij de begrotingen is ook dat de omvang van de zorgvraag van illegalen per jaar wisselt, waardoor het voor de regio's die relatief weinig declareren moeilijk is om een reële begroting te maken. Met name het beroep op verloskundigen is moeilijk te bepalen, terwijl de kosten hiervoor relatief hoog zijn. Sommigen pleiten ervoor dat, gezien de situatie van zwangeren, deze zorg drempelloos zou moeten zijn en dat verloskundigen derhalve direct bij de Stichting zouden moeten kunnen declareren.

Daarnaast verwachten de regionale platforms, en met name de aangewezen instellingen, meer informatie vanuit Stichting Koppeling, bijvoorbeeld over het begrip medisch noodzakelijke zorg en de soorten zorg die onder de Ziekenfondswet vallen. Dit laatste geldt onder andere voor tandartsenhulp en het verstrekken van hulpmiddelen. Bij de GGD is namelijk niet altijd bekend wat wel of niet onder de Ziekenfondswet valt. Daarnaast zijn de GGD'en vaak niet bekend met de taak van financieel controleur. De vergoeding van de uitvoeringskosten stelt hen niet in staat om deze taak adequaat uit te voeren en vertrouwen daarom vaak op de informatie die de zorgverlener verstrekt.

Uit de telefonische interviews die voor dit onderzoek zijn gehouden blijkt dat het begrip medisch noodzakelijke zorg in regio's verschillend wordt geïnterpreteerd. Het idee bestaat dat dit begrip in de grotere steden strikter wordt nageleefd dan in de overige regio's. Vaak is de definitie van medisch noodzakelijke zorg afhankelijk van de bij de aangewezen instelling met de controle van de declaraties belaste medewerker. Het begrip bovenmatige belasting wordt in de meeste regio's niet in financiële termen vertaald bij eerstelijns zorgverleners. Soms moet de zorgverlener dit zelf bepalen. Meestal gaat men er van uit dat een consult met een illegaal al extra tijd en inspanning vraagt, hetgeen als bovenmatige belasting wordt gezien. Alleen bij de AWBZ-gefinancierde instellingen geldt wel een financieel criterium voor bovenmatige belasting, de zogenaamde één promille regeling. Beoordeling van deze declaraties valt echter buiten de taken van het regionale platform.

In de meeste regio's verstrekt het platform informatie en declaratieformulieren aan de zorgverleners. Toch is de regeling niet altijd bekend bij de zorgverleners, hetgeen blijkt uit de signalen die platforms binnen krijgen. Dit hangt waarschijnlijk samen met de mate waarin zorgverleners geconfronteerd worden met zorg voor illegalen. Gezien de telefoontjes die binnen komen, weten zorgverleners wel waar men navraag moet doen wanneer zij zorg verlenen aan illegalen.

Knelpunten

Met name platforms in de grotere steden noemen een aantal knelpunten. De overige platforms kennen weinig problemen. De knelpunten die genoemd worden hangen deels samen met de financiering van de zorg voor illegalen. Het betreft onder andere onduidelijkheid over de vergoedingen van tandartshulp en de vergoeding van rekeningen voor zorg aan illegalen betaald door ondersteunde organisaties. Daarnaast is soms onduidelijk of zorg medisch noodzakelijk is. Dit geldt met name voor langdurige medicatie en duurdere hulpmiddelen. Hierdoor kunnen problemen ontstaan voor chronisch zieke illegale patiënten en voor illegalen die revalidatie en nazorg nodig hebben. Ook het economisch denken van sommige apothekers, tandartsen en ziekenhuizen wordt door de aangewezen instellingen als knelpunt ervaren. Hoewel apothekers en tandartsen een beroep kunnen doen op de regeling Stichting Koppeling willen zij toch graag direct contant geld ontvangen, waardoor zorg aan illegalen soms onthouden wordt. De afwachtende houding van ziekenhuizen wordt ook als knelpunt ervaren, aangezien illegale patiënten hierdoor langer in de eerste lijn blijven hangen. De verkeerde bedden problematiek, welke eveneens als financieel knelpunt wordt genoemd, hangt hiermee samen. In sommige regio's blijkt het moeilijk een illegale patiënt vanuit het ziekenhuis door te verwijzen naar een verpleeghuis.

Door de aangewezen instellingen worden ook knelpunten genoemd die meer samenhangen met de toegankelijkheid van de zorg. Dit betreft onder andere de toegankelijkheid van de preventieve jeugdzorg en de toegankelijkheid van GGZ-instellingen. Ook

de overbelasting van zorgverleners, met name huisartsen wordt genoemd als knelpunt in de toegankelijkheid van zorg voor illegalen.

Toekomst

In een aantal regio's verwacht men geen grotere veranderingen in de toekomst. Een en ander zal afhangen van de bekendheid van de regeling en de uitvoering daarvan (zoals de keuzen die gemaakt worden over medicatie voor chronisch zieken, zoals Aids-patiënten). Anderen verwachten dat er door de invoering van de nieuwe Vreemdelingenwet een nieuwe groep illegalen zal ontstaan, de zogenaamde gedoogden, die ook beroep zullen gaan doen op de zorg. In dat geval zullen de kosten van zorgverlening aan illegalen toenemen.

4.1.3 GGD'en in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg

Achtergrondinformatie over de afwezigheid van regionaal platform illegalenzorg

Om een landelijk beeld te krijgen van de vraag naar de regeling Stichting Koppeling is in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg de GGD benaderd. De GGD ontvangt door haar centrale rol in de openbare gezondheidszorg vaak als eerste signalen over knelpunten in de zorg voor illegalen. Daarnaast fungeren zij vaak als aangewezen instelling. In totaal zijn vijftien van de in bijlage D genoemde GGD'en gebeld met de vraag waarom in hun regio geen regionaal platform illegalenzorg aanwezig is. De reacties op deze vraag zijn in vier groepen in te delen. Een eerste groep betreft regio's waar onlangs een platform is opgericht of waar een platform in oprichting is. Soms ook is door fusie van GGD'en wel een regionaal platform in de regio actief en worden de activiteiten van het reeds bestaande platform uitgebreid naar een grotere regio. De GGD'en met een platform in oprichting noemen een aantal redenen voor oprichting van een platform. Ten eerste betreft dit signalen van zorgverleners in de regio dat er behoefte bestaat aan een dergelijk platform. Een tweede reden is dat men zich meer wil gaan richten op de openbare geestelijk gezondheidszorg. In dat geval wordt het regionaal platform illegalenzorg gecombineerd met een op te richten platform openbare geestelijke gezondheidszorg. Wanneer voor dit laatste wordt gekozen kent de samenstelling van het platform een brede insteek (incl. vertegenwoordigers van gemeenten, politie en woningbouw) en worden sommige zorgverleners, zoals verloskundigen en apothekers, (nog) niet betrokken bij het platform. Wel voorziet de GGD dan in een aangewezen instelling zodat deze zorgverleners verleende zorg aan illegalen kunnen declareren.

Een tweede groep GGD'en zoekt aansluiting bij een reeds bestaand platform illegalenzorg. Dit geldt met name voor de GGD'en in de provincie Utrecht. Zorgverleners worden voor hun declaraties doorverwezen naar de GG&GD Utrecht die als aangewezen instelling fungeert. In deze regio's buiten de stad Utrecht is dan echter geen platform actief waar eventuele knelpunten besproken kunnen worden. Doorverwijzing naar

een platform in de regio geldt ook voor sommige GGD'en zonder regionaal platform rond Amsterdam, Den Haag en Rotterdam. Deze GGD'en gaan er van uit dat de zorgvraag met name in de steden gepresenteerd zal worden. Zij ontvangen namelijk nauwelijks signalen over knelpunten in de zorg voor illegalen. Oprichting van een eigen regionaal platform illegalenzorg wordt bij een stijging van de zorgvraag van illegalen in de toekomst niet uitgesloten.

Een derde groep GGD'en heeft bij de invoering van de Koppelingswet een inventarisatie onder zorgverleners gehouden en zijn tot de conclusie gekomen dat de omvang van de zorgvraag van illegalen het opzetten van een dergelijk platform niet rechtvaardigde. Indien toekomstige ontwikkelingen daartoe aanleiding geven zullen de meeste regio's bezien of het opzetten van een regionaal platform illegalenzorg alsnog zinvol wordt geacht.

Tot slot is er een groep GGD'en die geen enkele activiteit betreffende zorg voor illegalen ondernemen of ondernomen heeft. Net als andere GGD'en sluiten de GGD'en in deze groep niet uit dat illegalen gebruik maken van de zorgvoorzieningen die voor dak- en thuislozen worden aangeboden.

Eén GGD (eigenlijk twee fuserende GGD'en) neemt een uitzonderingspositie in. Deze dienst ondersteunt geen regionaal platform illegalenzorg, aangezien de GGD zich niet kon vinden in de controlerende taken die van haar als aangewezen instelling worden verwacht. De GGD is van mening dat zij dan als betaalkantoor te veel een beoordelingsrol heeft. Het regionale zorgkantoor wilde eveneens niet als aangewezen instelling fungeren. Deze regio heeft daarop de taken aan Stichting Koppeling terug gegeven en zorgverleners erop gewezen dat zij rechtstreeks bij Stichting Koppeling kunnen declareren. De GGD is wel bereid om mee te denken over andere oplossingen, maar het is nog onduidelijk of, en zo ja welke, oplossing gevonden zal worden.

Regeling Stichting Koppeling

De bekendheid met de regeling Stichting Koppeling is veelal afhankelijk van de activiteiten die de GGD op dit terrein onderneemt. De bekendheid van de regeling bij de GGD'en is het grootst in de regio's waar een platform in oprichting is; de bekendheid is het kleinst bij GGD'en waar geen enkele activiteit wordt ondernomen. In de meeste gevallen weet men dat er een regeling voor vergoeding van kosten voor zorgverlening aan illegalen bestaat, maar zijn de voorwaarden die Stichting Koppeling stelt onbekend. In regio's met een platform in oprichting is men meestal ook voornemens hierover voorlichting aan de zorgverleners te gaan geven. In het algemeen kunnen de GGD'en moeilijk een inschatting maken van de bekendheid van de regeling bij de plaatselijke zorgverleners.

Knelpunten

Bij de meeste GGD'en komen geen signalen binnen dat er knelpunten zijn in de zorgverlening aan illegalen en de financiering daarvan. Sommigen verwachten dat deze in eerste instantie binnen de lokale beroepsverenigingen besproken zullen worden. Anderen verwachten dat, als daartoe aanleiding bestaat, de problematiek van de zorg voor illegalen aan de orde zal komen in bestaand regulier overleg van de GGD met zorgverleners.

Eén GGD heeft momenteel kosten van zorg die wordt verleend aan hongerstakingende asielzoekers. Deze kosten worden niet volledig via de ziektekosten regeling asielzoekers (ZRA) vergoed. De GGD is derhalve aan het uitzoeken waar zij deze kosten kan verhalen en wil daartoe ook contact opnemen met Stichting Koppeling.

Toekomst

Sommige GGD'en vinden het moeilijk een inschatting te maken van de toekomstige ontwikkelingen, omdat zij veelal geen zicht (denken te) hebben op de huidige situatie. Andere GGD'en verwachten dat met de invoering van de nieuwe Vreemdelingenwet het aantal illegalen zal toenemen en dat hiermee ook de zorgvraag zal toenemen. Zij vinden het echter moeilijk in te schatten hoe dat zich zal manifesteren.

4.2 Organisaties betrokken bij beleidsregel dubieuze debiteuren

Deze paragraaf bevat de resultaten van enquêtes onder verschillende organisaties die werken met de CTG-richtlijn dubieuze debiteuren. Achtereenvolgens komen de omvang van de post dubieuze debiteuren (4.2.1) en de resultaten voor ziekenhuizen (4.2.2), ambulancediensten (4.2.3) en zorgverzekeraars (4.2.4) aan bod. Daarbij wordt veelal een onderscheid gemaakt tussen de vier grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) en de rest van Nederland. Eerder onderzoek laat namelijk zien dat de zorg voor illegale patiënten zich concentreert in deze grote steden (Reijneveld en Van Herten, 2000; Reijneveld et al, 2001).

4.2.1 Omvang post dubieuze debiteuren

Naast informatie over de doelstelling, organisatie positie en werkwijze van de beleidsregel dubieuze debiteuren heeft het CTG ook informatie verschaft over de omvang van de post dubieuze debiteuren op basis van de gemaakte afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen (zie tabel 2).

Tabel 2 Totale omvang op beleidsregel dubieuze debiteuren, op basis van afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, in miljoenen guldens.

	1998	1999	2000
Algemeen	19,5	22,0	24,0
Categoriaal	1,0	0,7	0,6
Academisch	6,1	6,5	11,4
Totaal	26,6	29,2	36,0

Tabel 2 laat zien dat de omvang van de post dubieuze is toegenomen met 49% in de periode 1998-2000. In 2000 ging het in totaal om 36 miljoen gulden. Relatief de sterkste stijging in deze periode (85%) deed zich voor onder de academische ziekenhuizen; deze stijging betrof met name 2000. Alleen voor de academische ziekenhuizen was het mogelijk de verkregen gegevens uit te splitsen naar regio. Daaruit blijkt dat de stijging in academische ziekenhuizen in de vier (in de praktijk: drie) grote steden sterker is dan in de rest van Nederland.

Belangrijk voor de interpretatie van de tabel is dat de daarin gepresenteerde cijfers budgetafspraken betreffen voor de totale post dubieuze debiteuren. Slechts een deel daarvan betreft oninbare kosten van zorgverlening aan illegalen. Bovendien betreft het afspraken, en niet de feitelijke realisaties. Dit betekent dat de feitelijk gerealiseerde kosten anders kunnen zijn en dat er bovendien veelal sprake is van een naijfeffect: indien de kosten in een bepaald jaar hoger waren dan de afgesproken kosten, leidt dit veelal in een volgend jaar tot verhoging van de afgesproken kosten.

4.2.2 Ziekenhuizen

Respons

In totaal werden vragenlijsten verstuurd naar 129 ziekenhuizen, revalidatiecentra en dialysecentra. Uit stilistisch oogpunt wordt hieronder alleen gesproken van 'ziekenhuizen'. Daar waar ziekenhuis staat, kan echter ook revalidatiecentrum of dialysecentrum worden gelezen, tenzij expliciet anders in de tekst staat vermeld.

Van de 129 ziekenhuizen reageerden er 46 (36%). Er zijn 32 volledig ingevulde vragenlijsten binnen gekomen. Daarnaast zijn er tien vragenlijsten (zes revalidatiecentra, drie ziekenhuizen en één dialysecentrum) geretourneerd waarin werd aangegeven dat de vragenlijst niet van toepassing was, of dat er geen contact met illegalen was geweest. Met name de revalidatiecentra gaven aan dat de lijst niet van toepassing was omdat de toegankelijkheid van de zorg in deze centra voor illegalen zeer beperkt is. Drie ziekenhuizen en één revalidatiecentrum gaven aan geen tijd of geen prioriteit te willen geven aan het invullen van de vragenlijsten. Van de 24 ziekenhuizen die zijn gelokaliseerd in de vier grote steden kwamen er 11 (46%) reacties op de vragenlijst. Daarvan waren er acht ingevuld. Twee revalidatiecentra gaven aan dat de enquête

niet van toepassing was en één ziekenhuis gaf aan geen tijd/prioriteit aan de enquête te geven.

Achtergrondinformatie over de ziekenhuizen

Vier grote steden

De omzet van de responderende ziekenhuizen in 2000 varieerde van 30 miljoen gulden tot 875 miljoen gulden, met een totaal van 2,1 miljard gulden voor de responderende ziekenhuizen en een gemiddelde van 238 miljoen gulden per ziekenhuis. Naar verwachting zal de omzet in 2001 variëren tussen de 31 miljoen gulden en 905 miljoen gulden. Dit is in totaal 2,2 miljard gulden voor de responderende ziekenhuizen en gemiddeld 248 miljoen gulden per ziekenhuis.

Alle ziekenhuizen geven aan wel eens zorg te verlenen aan illegalen. De definitie van een illegaal, in termen van de ziekenhuisbegroting, blijkt niet eenduidig.

Ziekenhuizen hanteren zowel de termen onverzekerde vreemdeling (2x), onverzekerbare vreemdeling (2x), als niet betalende vreemdeling (3x). Eén ziekenhuis hanteert de definitie 'illegaal zonder verzekering'.

Rest van Nederland

De omzet van de ziekenhuizen in 2000 varieerde van 12 miljoen gulden tot 515 miljoen gulden. In totaal was dit 4,1 miljard gulden voor de responderende ziekenhuizen en gemiddeld 163 miljoen gulden per ziekenhuis. Naar verwachting zal de omzet in 2001 variëren tussen de 14 miljoen gulden en 550 miljoen gulden. Dit is in totaal 4,2 miljard gulden voor de responderende ziekenhuizen en gemiddeld 169 miljoen gulden per ziekenhuis.

Alle ziekenhuizen geven aan wel eens zorg te verlenen aan illegalen. De definitie van een illegaal, in termen van de ziekenhuisbegroting, blijkt ook hier niet eenduidig. Deze ziekenhuizen hanteren de termen onverzekerde- (10x), onverzekerbare- (6x), en niet betalende vreemdeling (4x). Vier ziekenhuis hanteren een afwijkende of geen definitie.

Omvang van de post dubieuze debiteuren

Vier grote steden

De totale omvang in 2000 van de post niet-inbare kosten door dubieuze debiteuren varieerde van 72 duizend gulden tot 3,8 miljoen gulden. Dit was in totaal 11,2 miljoen gulden voor de responderende ziekenhuizen en gemiddeld 1,4 miljoen gulden per ziekenhuis. De responderende ziekenhuizen schatten het totaal van niet-inbare kosten vanwege zorg voor illegalen op 4,4 miljoen gulden met een variatie van 35 duizend gulden tot 1,6 miljoen gulden. Per ziekenhuis is dit gemiddeld 635 duizend gulden.

Voor de post dubieuze debiteuren hadden de ziekenhuizen in 2000 een bedrag begroot dat varieerde van 25 duizend gulden tot 3,5 miljoen gulden. Voor de responderende ziekenhuizen was dit in totaal 9,2 miljoen gulden, gemiddeld 1,2 miljoen gulden per ziekenhuis. Bij zes van de acht over dit onderwerp rapporterende ziekenhuizen, blijken de werkelijke kosten vanwege dubieuze debiteuren hoger dan begroot. In twee gevallen waren de werkelijke kosten zelfs meer dan een half miljoen gulden hoger dan begroot.

Binnen de post dubieuze debiteuren hadden slechts vier van de acht ziekenhuizen in 2000 een afzonderlijk bedrag begroot voor illegalen. Dit bedrag varieerde van 25 duizend gulden tot 1 miljoen gulden. In totaal was het 2,1 miljoen gulden voor de responderende ziekenhuizen en gemiddeld 635 duizend gulden per ziekenhuis. In twee (van de vier) ziekenhuizen waren de werkelijke kosten hoger dan begroot. Als oorzaak voor dit verschil tussen de werkelijke en de begrote kosten voor de post illegalen, werd een toenemende zorgvraag van illegalen genoemd.

Schattingen van responderende ziekenhuizen voor de kosten ten gevolge van dubieuze debiteuren in 2001 variëren van 100 duizend gulden tot 4,5 miljoen gulden. In totaal is dit 10,3 miljoen gulden voor de responderende ziekenhuizen en gemiddeld 1,3 miljoen gulden per ziekenhuis. Drie ziekenhuizen schatten de kosten ten gevolge van dubieuze debiteuren voor 2001 hoger dan voor 2000, twee lager, twee gelijk en één kon geen schatting geven.

De responderende grootstedelijke ziekenhuizen schatten de toename van de kosten van zorg voor illegalen in de periode sinds de invoering van de Koppelingswet (medio 1998) tot en met 2000 op 350 duizend gulden per ziekenhuis.

Rest van Nederland

De totale kostenpost van niet-inbare kosten door dubieuze debiteuren in 2000 varieerde van 5 duizend gulden tot 855 duizend gulden met een totaal van 5,1 miljoen gulden voor de responderende ziekenhuizen en een gemiddelde van 222 duizend gulden per ziekenhuis. Door de responderende ziekenhuizen werd het totaal van niet-inbare kosten voor rekening van illegalen geschat op 1,2 miljoen gulden met een variatie van 5 duizend gulden tot 505 duizend gulden. Van het gemiddelde bedrag kwam naar schatting 56 duizend gulden per ziekenhuis voor rekening van illegalen.

Voor de post dubieuze debiteuren hadden de ziekenhuizen in 2000 een bedrag begroot dat varieerde van 5 duizend gulden tot 700 duizend gulden. In totaal was dit 3,9 miljoen gulden voor de responderende ziekenhuizen, gemiddeld 168 duizend gulden per ziekenhuis. Bij 14 van de 24 over dit onderwerp rapporterende ziekenhuizen bleken de werkelijke kosten vanwege dubieuze debiteuren hoger dan begroot, bij 8 lager en bij 2 gelijk aan de begrote kosten. Slechts twee ziekenhuizen hadden binnen de post dubieuze debiteuren een aparte subpost voor illegalen opgenomen.

De responderende ziekenhuizen schatten de kosten vanwege dubieuze debiteuren in 2001 variërend van 1 duizend gulden tot 1 miljoen gulden. In totaal is dit 5,1 miljoen gulden voor de responderende ziekenhuizen en gemiddeld 222 duizend gulden per ziekenhuis. Vijftien ziekenhuizen schatten de kosten vanwege dubieuze debiteuren voor 2001 hoger in dan voor 2000, acht lager en één gelijk. Invoering van de Koppelingswet (medio 1998) heeft volgens deze ziekenhuizen nauwelijks invloed gehad op de kosten van aan illegalen verleende zorg. Slechts 3 ziekenhuizen gaven een stijging aan in de range van 15 duizend gulden tot 150 duizend gulden.

Andere wijze van betaling

In sommige gevallen kan een gedeelte van de kosten als gevolg van zorgverlening aan illegalen op een andere manier worden verhaald. Voorbeelden hiervan zijn betaling door de illegaal zelf of door derden, of het alsnog aangaan van een verzekering. Slechts één van de responderende ziekenhuizen (in de vier grote steden en de rest van Nederland) geeft echter aan dat dit heeft geleid tot betaling van gemaakte kosten. Acht ziekenhuizen geven aan dat zij geen inzicht hebben in dergelijke betalingen. Vijf ziekenhuizen geven aan dat dit niet van toepassing was omdat de illegalen problematiek niet of nauwelijks speelt. Twaalf ziekenhuizen geven aan dat er in 2000 geen betaling op een dergelijke manier plaats vond en zes ziekenhuizen vulden helemaal niets in. In het ziekenhuis waar wel betaling op een andere wijze heeft plaatsgevonden, werd 27 duizend gulden door de illegaal of door derden betaald en werd 117 duizend gulden geïnd doordat de illegaal alsnog een verzekering aanging.

Beleidsregel dubieuze debiteuren

De mening over het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren voor het boeken van (een deel van) de kosten van zorgverlening aan illegalen verschilt. Hierbij maakte het niet uit of het een ziekenhuis uit één van de vier grote steden of uit de rest van Nederland betreft. De ene helft van de responderende ziekenhuizen is van mening dat zorgverlening aan illegalen strookt met het doel van deze post omdat het de plicht van een ziekenhuis is om zorg te leveren aan iedereen in het geval van een acute zorgvraag. Het is daarbij niet van belang wat de status van de patiënt op dat moment is. Voorts is men van mening dat het niet reëel is, om ziekenhuizen dergelijke kosten zelf te laten betalen uit het ziekenhuisbudget. De andere helft van de respondenten vindt dat de post dubieuze debiteuren dient ter dekking van niet-inbare kosten vanwege zorgverlening aan personen met een legale verblijfsstatus (incl. mensen met een Nederlandse nationaliteit). Een ziekenhuis merkt op dat door deze financiering van de zorg voor illegalen 'de kosten van zorgverlening op deze wijze verwerkt worden in de premie voor de wel verzekerde patiënten'.

Driekwart van de responderende ziekenhuizen is van mening dat er een aparte regeling moet komen voor het boeken van (een deel van) de kosten van zorgverlening aan illegalen. Slechts twee ziekenhuizen uit de vier grote steden beantwoordden deze

vraag negatief. Zij zijn van mening dat de regeling in zijn huidige vorm goed functioneert. Als belangrijkste reden noemen respondenten dat de problematiek zo inzichtelijker wordt. Hierbij merkt één ziekenhuis op dat er dan wel goede regelgeving moet komen met een duidelijke definitie van wie 'illegaal' is en welke kosten op deze post kunnen worden afgeboekt. De respondenten zijn vrijwel unaniem van mening dat de kosten van zorgverlening aan illegalen niet afgewikkeld mogen worden op individuen of organisaties. Eén ziekenhuis merkt op dat het hier immers geen normaal bedrijfsrisico betreft. Een aparte regeling zou beter inzicht kunnen geven in de aard en omvang van het probleem, waardoor de sociale wetgeving en het EU beleid beter kunnen worden vormgegeven.

In driekwart van de responderende ziekenhuizen kunnen alle kosten vanwege zorgverlening aan illegalen worden ingepast in de beleidsregel dubieuze debiteuren. Of dit vervolgens in de praktijk ook echt lukt hangt van heel verschillende factoren af. Hierbij valt te denken aan het al dan niet declareren van de kosten door de behandelend arts, de gehanteerde definitie van illegaal, de gehanteerde definitie van medisch noodzakelijke zorg, de aard van de zorg en met zorgverzekeraars gemaakte afspraken.

Zorgverzekeraars

Alle ziekenhuizen voeren onderhandelingen met de zorgverzekeraars over hun budget. Ongeveer de helft van de responderende ziekenhuizen geeft aan dat onderhandelen over de post dubieuze debiteuren voor hen niet van toepassing is. Het vermoeden dat het hier met name gaat om ziekenhuizen met een sluitende begroting voor de kostenpost dubieuze debiteuren, kon met behulp van de gegevens uit de vragenlijsten niet worden bevestigd. Bij de ziekenhuizen die wel onderhandelingen voeren bestaan grote verschillen in de manier waarop deze onderhandelingen plaatsvinden en in de status en de inhoud van de gemaakte afspraken.

Ziekenhuizen baseren een aanvraag voor aanpassing van het budget voor de post dubieuze debiteuren richting de zorgverzekeraar veelal op de ontwikkeling in de voorafgaande jaren (vaak drie jaar). In éénderde van de gevallen willen de ziektekostenverzekeraars inzage in productiecijfers, soms tot op persoonsniveau. De overige ziekenhuizen worden door de zorgverzekeraars niet zozeer op productiecijfers gecontroleerd, maar aangesproken op hun incassogedrag (procedures). Hierbij geven twee ziekenhuizen aan dat er door de zorgverzekeraars manings- en incassoprocedures worden voorgeschreven, inclusief het inhuren van een incassobureau en deurwaarder. Bij tweederde deel van de ziekenhuizen waarmee geen afspraken zijn gemaakt over incassoprocedures, gaat men uit van een normaal functionerende bedrijfsvoering en debiteuren administratie. Niet duidelijk is waarom in het ene geval wel en in het andere geval geen afspraken worden gemaakt. Men zou kunnen vermoeden dat het maken van afspraken mede wordt ingegeven doordat in de betreffende regio veel zorg wordt verleend aan illegalen. Dit blijkt echter niet steeds het geval te zijn. Eén van de

grootstedelijke academische ziekenhuizen geeft aan dat er geen nadere voorwaarden zijn gesteld aan het incassogedrag. Mogelijk hangt dit er echter ook mee samen dat de manings- en incassoprocedures in een dergelijk ziekenhuis al goed zijn geregeld.

Op één ziekenhuis na geven alle respondenten aan dat de verzekeraar bereid is om, indien noodzakelijk, het budget voor de post dubieuze debiteuren te verhogen. Verder blijkt voor driekwart van de ziekenhuizen, de zorgverzekeraars de meeste redelijk geachte kosten wat betreft dubieuze debiteuren te vergoeden.

In het ziekenhuis

Eén van de vragen in de enquête betrof het standpunt van het ziekenhuis over het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen richting de zorgverleners in het ziekenhuis. Deze vraag levert van alle gestelde vragen de grootste diversiteit aan antwoorden op, wat aangeeft dat het om een complex probleem gaat. Hierna volgt (met steekwoorden) een aantal reacties: alleen noodzakelijke zorg, geen standpunt, terughoudend, status van patiënt blijft geheim naar behandelaar toe, mag niet ten koste gaan van de zorg, zorgplicht, geen specifiek zorgprobleem.

Indien de medisch specialisten in een ziekenhuis niet in loondienst zijn, beslissen deze zelf hoe ze met de problematiek van de illegalen omgaan. De kosten van zelfstandig gevestigde specialisten worden niet meegenomen in de post dubieuze debiteuren van het ziekenhuis (het ziekenhuis vergoedt ze ook niet aan de specialist; deze specialist kan dan wel zelf een beroep doen op de regeling Stichting Koppeling).

Ziekenhuizen ondernemen verschillende activiteiten om het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen te kanaliseren. In de meeste gevallen gaan ze de verzekeringsstatus van een persoon na. Dit gebeurt bij tweederde deel van de ziekenhuizen door navraag aan de betrokkene. Ongeveer éénderde van de ziekenhuizen doet navraag bij de regionale zorgverzekeraar. Als de patiënt wordt opgenomen is de controle strenger dan wanneer het een poliklinische behandeling betreft. Van concrete, op schrift gestelde, richtlijnen is over het algemeen geen sprake. Slecht één ziekenhuis heeft een kopie van een dergelijke richtlijn bij de enquête bijgevoegd. Aangaande de richtlijnen, maakt het niet uit of het om ziekenhuizen in de vier grote steden ging, of om ziekenhuizen in de rest van Nederland.

Ziekenhuizen in de vier grote steden en elders verschillen wel wat betreft de incasso van de kosten vanwege zorgverlening aan illegalen. Ziekenhuizen in de vier grote steden gebruiken verschillende richtlijnen om het probleem te ondervangen. Ten eerst gaan ze na of de betreffende patiënt alsnog verzekeraar is. Zo ja, dan wordt deze verzocht zich alsnog te verzekeren. Verder gaan zij na of de illegaal (of familie) voldoende financiële middelen heeft om de behandeling zelf te betalen, waarbij soms een borg wordt gevraagd. Verder wordt gepoogd de incasso voor of tijdens de behandelperiode

te innen. Indien dit niet lukt streven ze naar een spoedig ontslag en een zo minimaal mogelijke zorgvorm. Een andere mogelijkheid die wordt genoemd, is het uit handen geven van de incasso aan een extern bureau en het toestaan van betaling in termijnen. In de overig regio's zijn geen aparte richtlijnen en worden de algemeen geldende incassoricthlijnen van het ziekenhuis gehanteerd. De meest opvallende richtlijn luidde: 'geen moeite doen voor de incasso'. Een ander ziekenhuis geeft aan dat zij de patiënt (indien mogelijk) verzoeken een verblijfsvergunning op medische gronden aan te vragen, op basis waarvan een ziekenfondsverzekering mogelijk is.

Slechts twee ziekenhuizen geven aan dat er afstemming van de zorg voor illegalen plaatsvindt met andere ziekenhuizen of zorgverleners in de regio. Eén ziekenhuis geeft aan te overleggen met artsen en Leger des Heils. Een ander ziekenhuis geeft aan te overleggen via het grootstedelijk overleg.

Vier van de responderende ziekenhuizen geven aan deel te nemen aan een regionaal platform illegalezorg om geïnformeerd te blijven en het beleid mede te bepalen.

In de regio

Over het algemeen is het in de ziekenhuizen niet bekend in hoeverre er bij andere ziekenhuizen in de regio draagvlak bestaat voor het verlenen van zorg aan illegalen (waarvan de kosten alleen kunnen worden geboekt op de post dubieuze debiteuren). In de vier grote steden zijn de ziekenhuizen van mening dat de huidige regeling nu eenmaal een vaststaand feit is en dat medisch noodzakelijke zorg te allen tijde moet worden geleverd.

In hoeverre er ziekenhuizen in de eigen regio zijn die geen beroep kunnen of willen doen op de post dubieuze debiteuren voor het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen is onbekend. Verder geven de ziekenhuizen aan geen zicht te hebben op eventuele verschillen bij het compenseren van de kosten van zorg aan illegalen tussen ziekenhuizen in de eigen regio.

Knelpunten in ziekenhuizen

De knelpunten die zich in de ziekenhuizen voordoen bij de financiering van zorg aan illegalen zijn divers. Zeven ziekenhuizen geven aan dat er in principe geen echte knelpunten zijn, zolang het budget toereikend blijft. Hieronder volgt een willekeurige opsomming van de gerapporteerde knelpunten, zonder onderscheid te maken naar ernst en omvang:

- De late signalering van illegalen geeft problemen wanneer de onverzekerde status van iemand pas komt vast te staan nadat de behandeling reeds is gestart.
- Veel personeel binnen de zorg voelt zich moreel verplicht tot het bieden van zorg en kijkt pas in tweede instantie naar de financiële consequenties.

- Sommige behandelingen worden in de afspraken met de zorgverzekeraars beschouwd als niet behorend tot acute zorg en derhalve niet in alle gevallen vergoed (een voorbeeld hiervan is nierdialyse).
- Sterk wisselende jaarlijkse kosten maken het vaak moeilijk een reële begroting te maken.
- Er is extra menskracht nodig i.v.m. incasso bij notoire wanbetalers.
- De toenemende zorgvraag van illegalen legt onevenredige beslag op de zorg, het beheer en het ziekenhuisbudget.
- Taalproblemen (hoewel evident) en het opgeven van een valse identiteit kunnen een adequate afhandeling bij een (illegale) onverzekerde patiënt bemoeilijken.
- Het behandelen van illegalen levert een terugkerende frictie op tussen zorg en beheer.
- In sommige gevallen worden onverzekerde illegalen doorgestuurd naar een ander ziekenhuis (afschuifproblematiek).

De gerapporteerde knelpunten gelden zowel voor de vier grote steden als voor de rest van Nederland.

Als mogelijke oplossingen om deze knelpunten het hoofd te bieden werden door de ziekenhuizen genoemd:

- Het ontwikkelen van procedures om in een vroeg stadium de verzekeringsstatus van een patiënt te bepalen.
- Het inzichtelijk maken van het illegalen probleem om budgetten hierop te kunnen aanpassen.
- Poliklinisch i.p.v. klinisch behandelen omdat dit goedkoper is.
- Alleen minimaal noodzakelijke zorg leveren.
- Het bespoedigen van het ontslag.

Bij de drie laatstgenoemde oplossingen gaven respondenten nadrukkelijk de toevoeging dat de gekozen actie te allen tijde medisch verantwoord moest zijn.

Knelpunten in de regio

Geen van de responderende ziekenhuizen heeft goed zicht op de problemen en mogelijke (creatieve) oplossingen die in de regio spelen. Eén grootstedelijk ziekenhuis merkt het volgende op: 'Ons inziens lijkt de creatieve oplossing van andere ziekenhuizen: doorverwijzen naar ons ziekenhuis'. Dit ziekenhuis geeft aan dat de werkelijke kosten voor dubieuze debiteuren voor 2000 circa 0,5 miljoen gulden hoger is dan begroot.

Toekomst

Ongeveer de helft van de responderende ziekenhuizen geeft aan geen zicht te hebben op de toekomstige ontwikkelingen en de mogelijk gevolgen daarvan. De andere helft verwacht een toename van de zorgvraag van illegalen in de regio, hetgeen in toenemende mate beslag zal leggen op de post dubieuze debiteuren van het ziekenhuisbudget.

4.2.3 Ambulancediensten

Respons

In totaal werden vragenlijsten naar 108 ambulancediensten verstuurd. Er zijn 26 reacties (24%) ontvangen. Negentien diensten retourneerden een lijst. Vier diensten gaven aan geen tijd of prioriteit aan het onderwerp te geven. Eén ambulance dienst had alleen een coördinerende functie en twee ambulancediensten zijn ondergebracht bij een andere dienst. Van de 11 ambulancediensten gelokaliseerd in de vier grote steden retourneerden er vier (36%) een vragenlijst. Daarvan was er één oningevuld; de betreffende dienst gaf aan hieraan geen tijd of prioriteit te willen besteden.

Achtergrondinformatie over de ambulancediensten

Vier grote steden

De omzet van de ambulancediensten in 2000 varieerde van 14 miljoen gulden tot 23 miljoen gulden. Dit was in totaal 38 miljoen gulden voor de responderende ambulancediensten en gemiddeld 19 miljoen gulden per ambulancedienst. Naar verwachting zal de omzet in 2001 variëren tussen de 15 miljoen gulden en 23 miljoen gulden (totaal: 38 miljoen gulden, gemiddelde: 19 miljoen gulden). Alle ambulancediensten geven aan wel eens zorg te verlenen aan illegalen.

Rest van Nederland

De omzet van de overige responderende ambulancediensten in 2000 varieerde van 2 miljoen gulden tot 17 miljoen gulden. Dit was in totaal 118 miljoen gulden voor de responderende ambulancediensten en gemiddeld 7 miljoen gulden per ambulancedienst. Naar verwachting zal de omzet in 2001 variëren tussen de 2 miljoen gulden en 17 miljoen gulden (totaal: 120 miljoen gulden, gemiddelde: 7 miljoen gulden). Ook de meeste overige ambulancediensten geven aan wel eens zorg te verlenen aan illegalen.

De definitie van een illegaal, in termen van de begroting, blijkt niet eenduidig te zijn. Dit geldt zowel voor diensten in de vier grote steden als in de rest van Nederland. Zowel de termen onverzekerde (4x), onverzekerbare (1x), als niet betalende vreemdeling (6x) worden gehanteerd. Vier diensten hanteren geen definitie, twee ambulancediensten vulden de vraag niet in, één ambulancedienst hanteert de definitie 'niet verrekendbaar' en één de definitie 'dubieuze debiteur'.

Omvang van de post dubieuze debiteuren

Vier grote steden

Omdat de hieronder genoemde bedragen slechts een klein aantal responderende ambulancediensten betreft, dienen ze met de nodige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. De totale kostenpost van niet-inbare kosten door dubieuze debiteuren in 2000, werd door twee ambulancediensten gerapporteerd. De bedragen bedroegen respectievelijk 80 duizend gulden en 233 duizend gulden. Eén van ambulancediensten

schatte dat 50 duizend gulden van de 233 duizend gulden ten laste kwam van de zorgverlening aan illegalen. De hoogte van de bedragen, voor de in 2000 begrote post dubieuze debiteuren, werden door drie ambulancediensten geschat op respectievelijk 65 duizend gulden, 100 duizend gulden en 133 duizend gulden. Dit leverde een gemiddelde van 99 duizend gulden per ambulancedienst op. Slechts één van de ambulancediensten had binnen dit bedrag een aparte post voor illegalen opgenomen. Twee diensten maakten een schatting van hun kosten vanwege dubieuze debiteuren in 2001 (90 duizend gulden en 300 duizend gulden). Eén ambulancedienst gaf een schatting van de toename van de kosten van zorg sinds de invoering van de Koppelingswet (medio 1998), voor de eigen dienst: 20 duizend gulden.

Rest van Nederland

De niet-inbare kosten vanwege dubieuze debiteuren in 2000 varieerden van 5 duizend gulden tot 91 duizend gulden. Dit was in totaal 703 duizend gulden voor alle responderende ambulancediensten en gemiddeld 44 duizend gulden per ambulancedienst. Van het gemiddelde bedrag per ambulancedienst kwam naar schatting 4 duizend gulden voor rekening van illegalen.

De hoogte van de in 2000 begrote post dubieuze debiteuren varieerde van 6 duizend gulden tot 60 duizend gulden. In totaal was dit 474 duizend gulden voor alle responderende ambulancediensten en gemiddeld 30 duizend gulden per ambulancedienst. Slechts één van de ambulancediensten had binnen dit bedrag een aparte subpost voor illegalen opgenomen. De responderende ambulancediensten schatten de kosten vanwege dubieuze debiteuren in 2001 van 3 duizend gulden tot 95 duizend gulden. In totaal is 609 duizend gulden voor alle responderende ambulancediensten en gemiddeld 41 duizend gulden per ambulancedienst.

Slecht twee ambulancediensten geven een schatting van de toename van de kosten van zorg sinds de invoering van de Koppelingswet (medio 1998), respectievelijk 15 duizend gulden en 20 duizend gulden.

Andere wijze van betaling

In sommige gevallen kan een gedeelte van de kosten als gevolg van zorgverlening aan illegalen op een andere manier worden verhaald. Voorbeelden hiervan zijn betaling door de illegaal zelf of door derden, of het alsnog aangaan van een verzekering. Slechts één van de responderende ambulancediensten (in de vier grote steden en in de rest van Nederland) heeft echter op een dergelijke wijze gemaakte kosten kunnen financieren. Dit betrof een bedrag van 3 duizend gulden, doordat de betreffende patiënt alsnog kon worden verzekerd. Eén ambulancedienst geeft aan dat dit niet van toepassing was, omdat de illegalen problematiek niet of nauwelijks speelt. Zes ambulancediensten geven aan dat er in 2000 geen betalingen op een dergelijke manier plaatsvonden. Zes ambulancediensten geven aan hierin geen inzicht te hebben en zes diensten vulden helemaal niets in.

Beleidsregel dubieuze debiteuren

Responderende ambulancediensten verschillen van mening over het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren voor het boeken van (een deel van) de kosten van zorgverlening aan illegalen verschilt. Hierbij maakt het niet uit of het een ambulance-dienst uit een van de vier grote steden of uit de rest van Nederland betreft. Ongeveer eenderde van de diensten is van mening dat het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen op deze post strookt met het doel van deze post. Zij vinden het de plicht van een ambulancedienst is om zorg te leveren aan iedereen, in het geval van een acute zorgvraag. Het is daarbij niet van belang wat de status van de patiënt op dat moment is. Eveneens eenderde deel vindt dat de kosten van zorgverlening aan illegalen een speciale positie innemen binnen de post dubieuze debiteuren en ook als zodanig herkenbaar zou moeten zijn. Tot slot heeft eenderde geen mening.

Tweederde deel van de responderende ambulancediensten vindt dat er een aparte regeling moet komen voor het boeken van (een deel van) de kosten van zorgverlening aan illegalen. Als belangrijkste reden noemen zij dat dit de problematiek inzichtelijk maakt. Eenderde deel vindt een aparte regeling niet noodzakelijk omdat het verlenen van zorg voorop staat ongeacht de status van de patiënt. Voorts is lang niet altijd bekend of iemand illegaal is.

Zorgverzekeraar

Nagenoeg alle responderende ambulancediensten geven aan dat zij met de zorgverzekeraar onderhandelen over de post dubieuze debiteuren. Evenals bij de ziekenhuizen valt op dat er verschillen bestaan in de manier waarop deze onderhandelingen plaatsvinden, en in de status en de inhoud van de gemaakte afspraken. Ambulancediensten onderbouwen een verzoek aan de zorgverzekeraar tot aanpassing van het budget voor de post dubieuze debiteuren veelal op basis van de ontwikkelingen in de voorafgaande jaren (vaak drie jaar). Meestal wil de ziektekostenverzekeraar dan inzage in productiecijfers. Eén ambulancedienst geeft aan dat de zorgverzekeraar inzage wilde hebben in de werkwijze bij incasso.

Ongeveer de helft van ambulancediensten wordt door de zorgverzekeraars aangesproken op het incassogedrag. Hierbij schrijven zorgverzekeraars manings- en incassoprocedures voor, inclusief het inhuren van een incassobureau. Bij de ambulancediensten waarmee geen afspraken zijn gemaakt over incassoprocedures (ongeveer de helft), gaat de verzekeraar uit van een normaal functionerende bedrijfsvoering en debiteurenadministratie. Niet duidelijk is waarom in het ene geval wel en in het andere geval geen afspraken worden gemaakt. Alle respondenten geven aan dat de zorgverzekeraar bereid was om, indien noodzakelijk, het budget voor de post dubieuze debiteuren te verhogen. Verder blijken de zorgverzekeraars de meeste redelijk geachte kosten wat betreft dubieuze debiteuren te vergoeden.

Bij de onderhandeling en het maken van afspraken met de zorgverzekeraar maakt het niet uit of het een ambulancedienst uit een van de vier grote steden of uit de rest van Nederland betreft.

Regio

Ongeveer de helft van de ambulancediensten weet niet in hoeverre er bij de andere ambulancediensten in de eigen regio draagvlak bestaat voor het verlenen van zorg aan illegalen (waarvan de kosten alleen kunnen worden geboekt op de post dubieuze debiteuren). De andere helft is van mening dat de medisch noodzakelijke zorg te allen tijde moet worden geleverd door de ambulancediensten, waarbij de administratieve afhandeling op de tweede plaats komt. Verder weten de responderende diensten niet of en in hoeverre er sprake is van verschillen tussen ambulancediensten in de eigen regio bij het compenseren van de kosten van zorgverlening aan illegalen.

Knelpunten ambulancediensten

In tegenstelling tot de ziekenhuizen geven de ambulancediensten aan dat er nauwelijks knelpunten bestaan in de financiering van zorg aan illegalen. Twee diensten noemen een ontoereikend budget als knelpunt. Als mogelijke creatieve oplossingen voor de budgettaire problemen noemen de diensten:

- Het zoeken naar uitkerende instanties die de kosten willen vergoeden (bijvoorbeeld een gemeente).
- Het niet boeken of boeken als 'loze rit' indien het om het vervoer van een illegaal gaat. Dit heeft echter als nadeel dat dit op het budget van de ambulancedienst drukt.

Knelpunten regio

Geen van de ambulancediensten heeft goed zicht op mogelijke problemen en oplossingen die in de regio spelen.

Toekomst

De meeste van de responderende ambulancediensten geeft aan geen zicht te hebben op de toekomstige ontwikkelingen en de mogelijk gevolgen daarvan. Drie ambulancediensten verwachten een toename van de zorgvraag van illegalen in de regio, hetgeen in toenemende mate beslag zal leggen op het budget van de ambulance dienst.

4.2.4 Zorgverzekeraars

Respons

In totaal werden vragenlijsten naar 57 zorgverzekeraars verstuurd. Veertien verzekeraars (25%) reageerden hierop. Het betrof zes van de 25 ziekenfondsen (24%). Hiervan retourneerden vijf zorgverzekeraars een ingevulde vragenlijst. Eén ziekenfonds leverde informatie per E-mail zonder de vragenlijst in te vullen. Vijf zorgverzekeraars

retourneerden een niet-ingevulde vragenlijst omdat zij uitsluitend particuliere verzekeringen aanboden, waardoor de problematiek niet aan de orde bleek. Eén particuliere zorgverzekeraar gaf aan geen tijd te willen besteden aan de vragenlijst en één particuliere zorgverzekeraars leverde informatie per E-mail zonder de vragenlijst in te vullen. Tot slot bleek één zorgverzekeraar niet meer zelfstandig te bestaan door een fusie.

De onderstaande informatie is gebaseerd op vijf ingevulde vragenlijsten en de twee E-mails. Deze E-mails leverden slechts over enkele punten informatie. Onderstaand is geen verder onderscheid gemaakt tussen zorgverzekeraars in de vier grote steden en in de rest van Nederland. Verzekeraars werken meestal in zowel grootstedelijke als in andere regio's (soms ook landelijk) en bovendien was het aantal respondenten daarvoor te klein.

Achtergrondinformatie over zorgverzekeraars

Het aantal ziekenhuizen waarmee een zorgverzekeraar onderhandelt varieert van één tot 21. Ook het aantal regio's waarin een zorgverzekeraar actief is, verschilt sterk. In totaal verschaften de zorgverzekeraars informatie over 18 ziekenhuizen.

Omvang post dubieuze debiteuren van ziekenhuizen

De geboekte kosten op de post dubieuze debiteuren in 2000 varieerden van 18 duizend gulden tot 858 duizend gulden. In totaal betrof dit 5,1 miljoen gulden voor de ziekenhuizen waarover werd gerapporteerd en gemiddeld 281 duizend gulden per ziekenhuis. In negen ziekenhuizen waren de werkelijke kosten hoger dan begroot en in acht lager. In één ziekenhuis kwam de begroting overeen met de daadwerkelijk gemaakte kosten. Per saldo waren de totale kosten voor de 18 ziekenhuizen waarover werd gerapporteerd, veel hoger dan begroot (meer dan 1 miljoen gulden). Meestal werden alle kosten door de zorgverzekeraars vergoed of meegenomen in het budget voor 2001.

De zorgverzekeraars verwachten dat voor ongeveer 80% van de ziekenhuizen, de kosten die worden geboekt op de post dubieuze debiteuren in 2001 zullen stijgen. De geschatte stijgingpercentages per ziekenhuis variëren van 0% tot 50%. De dalingspercentages variëren van 1% tot 65%.

Slechts voor drie ziekenhuizen geeft een zorgverzekeraar een schatting van het deel van de kostenpost dubieuze debiteuren dat het gevolg is van zorgverlening aan illegalen (5%, 6% en 12%). Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat deze post voor de vijf ziekenhuizen waarmee zij een contract hebben, waarschijnlijk 0 gulden is.

Geen van de zorgverzekeraars kan aangeven met welk bedrag het beroep dat de ziekenhuizen moeten doen op de post dubieuze debiteuren veranderd is sinds de invoer-

ring van de Koppelingswet. Vier van de vijf zorgverzekeraars zijn van mening dat zorgverlening aan illegalen niet strookt met het doel van deze post. Omdat de illegalen geen premie betalen komen deze kosten ten laste van de zorgverzekeraars, terwijl dit naar hun mening een zaak van de overheid is.

In het ziekenhuis

Drie van de vijf zorgverzekeraars geven aan geen voorwaarden te stellen aan het ziekenhuis over het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen op de post dubieuze debiteuren. Eén zorgverzekeraar stelt dat de ziekenhuizen niet op deze post mogen afboeken. Een andere zorgverzekeraar geeft aan dat de procedures in onderling overleg worden afgestemd en dat wordt gewerkt met de in het ziekenhuis geldende incassoprotocollen. De zorgverzekeraar reageren afhoudend op de vraag of zij bereid zijn de hoogte van de post dubieuze debiteuren aan te passen vanwege zorgverlening aan illegalen als het ziekenhuis daar argumenten voor heeft. Men vindt dat in eerste instantie moet worden gezocht naar andere financieringsbronnen. Voorbeelden hiervan zijn gemeentes of het ministerie van VWS. Als er geen alternatieven zijn, zijn de zorgverzekeraars over het algemeen wel bereid deze extra kosten te financieren.

In de regio

Drie van de vijf zorgverzekeraars geven aan dat zij in meer of mindere mate afspraken maken met andere zorgverzekeraars. Voorbeelden hiervan zijn afspraken over het budgetuitgangspunt zoals aangegeven binnen de WTG, waarbij de hoogte van de kostenpost in het vorige jaar (of jaren) het uitgangspunt vormt bij de bepaling van het budget voor het volgende jaar.

Twee zorgverzekeraars geven aan dat er waarschijnlijk sprake is van een onevenredige verdeling van de kosten van zorg aan illegalen tussen de regio's. Oorzaak hiervan is het feit in sommige regio's relatief meer illegalen zijn. Daardoor zullen de kosten voor zorgverzekeraars in regio's met veel illegalen ook hoger zijn.

Knelpunten

Twee zorgverzekeraars geven aan geen knelpunten in de regio te zien. Eén zorgverzekeraar heeft hierover geen inzicht. De andere twee geven aan dat de kosten ten onrechte ten laste komen van de zorgverzekeraars. Dit betreft naar hun mening de post dubieuze debiteuren maar daarnaast ook andere zaken. Eén zorgverzekeraar spreekt het vermoeden uit dat illegalen met een verzekeringspasje van een ander binnenkomen om geholpen te worden. Hierdoor ontvangt de zorgverzekeraar een declaratie van iemand die in werkelijkheid nooit in het ziekenhuis is geweest. Verder maken sommige illegalen nog gebruik van een ZRA-pasje (Ziektekosten Regeling Asielzoekers). Dit pasje is echter alleen geldig als hun aanvraag nog in behandeling is. Op het moment dat ze in de illegaliteit verdwijnen, is gebruik van dit pasje onterecht.

De zorgverzekeraars noemen nauwelijks oplossingen voor de hierboven geschetste problemen. Eén zorgverzekeraar geeft wel aan dat deze altijd de verblijfsstatus van een potentiële verzekeringsnemer toetst om te voorkomen dat een illegaal een particuliere ziektekostenverzekering aangaat.

Drie van de vijf zorgverzekeraars geven aan deel te nemen aan een regionaal platform illegalenzorg om geïnformeerd te blijven en over oplossingen mee te denken.

Toekomst

Twee van de vijf zorgverzekeraars geven aan geen zicht te hebben op toekomstige ontwikkelingen en de mogelijke gevolgen daarvan. De drie anderen verwachten een toename van de zorgvraag van illegalen in de regio door groei en een toenemende bekendheid van de regelingen, hetgeen in toenemende mate beslag zal leggen op het budget.

4.3 Groepsinterviews

4.3.1 Amsterdam

Achtergrond informatie regio

De GG&GD Amsterdam geeft sinds 1988 rapportages uit over de medische zorg voor onverzekerden in Amsterdam (Singels, 1988; De Ceuninck van Cappele, 1991; Kruyswijk, 1993; Van Wieringen & Sminia, 1996; Erkens et al, 1998; Erkens & Pot, 1999; Erkens et al, 2000). Illegalen vormen onder deze onverzekerden de belangrijkste groep, maar niet de enige. Sinds 1993 worden gegevens hiervoor verzameld middels het 'Monitoringsproject Onverzekerden Amsterdam'.

Gegevens voor de basisgezondheidszorg werden geregistreerd door diverse afdelingen van de GG&GD. Onverzekerden vormen in 1998 en 1999 voor deze afdelingen tussen de 12% en 46% van hun patiëntenpopulatie. In relatieve zin werden minder illegale onverzekerden bij de GG&GD gezien dan voorgaande jaren. In absolute zin bleef het aantal gelijk. In de eerste lijn werd gerapporteerd door twee huisartspraktijken, één verloskundige praktijk, twee vrijwilligersorganisaties die eerstelijns medische hulp bieden aan onverzekerden (de Witte Jas en de Kruispost). Het totaal aantal patiënten in de eerste lijn waarvan bekend is dat zij illegaal in Nederland verblijft, daalde in de afgelopen jaren van circa 2300 in 1995 naar 1730 in 1999. In de tweede lijn werden de gegevens van één grote Afdeling Spoedeisende Hulp en de gegevens over klinische opnames van onverzekerden van alle vijf algemene en twee academische ziekenhuizen gebruikt. In 1999 zijn door de Afdeling Spoedeisende Hulp 443 onverzekerde patiënten geregistreerd. Het aantal opgenomen patiënten bedroeg 1717. Het aantal patiënten waarvan bekend is dat men illegaal in Nederland verblijft beslaat jaarlijks ongeveer 15% (Erkens et al, 2000).

In de inventariserende studie van Pelleboer (1999) wordt geconcludeerd dat de onverzekerdenzorg zich met name afspeelt in de eerste lijn en dat vooralsnog weinig verschil waarneembaar is met de situatie voor de invoering van de Koppelingswet. Indien een illegaal medische hulp nodig heeft gaat deze veelal naar de hulpverlener of ziekenhuis in de betreffende wijk. Financiering vindt plaats middels een geleende ziekenfondskaart, dan wel cash, dan wel met een afbetalingsregeling. Ook wordt wel eens een recept op naam van iemand anders uitgeschreven.

In 1999 is in Amsterdam een groepsinterview over de toegankelijkheid van zorg voor illegalen gehouden. Hierbij bleek dat voor zorgverleners met name de verzekerde status van iemand en in veel mindere mate zijn of haar verblijfsstatus een rol speelt. Mede hierdoor is het moeilijk een schatting te maken van het aantal illegalen. De gezondheidsklachten van de groep illegalen zijn in het algemeen complex, mede door lang wachten alvorens een zorgverlener te raadplegen. De zorgverleners willen wel zorg verlenen, maar zien op tegen de bureaucratie (met name in ziekenhuizen). De illegale zorgvrager is daardoor deels afhankelijk van de inventiviteit van zorgverleners in het omgaan met administratieve regels. Door moeilijkheden met juiste doorverwijzing is een zorgverlener vaak genoodzaakt ook buiten zijn eigenlijke vakgebied zorg te verlenen. Geprobeerd wordt dit zoveel mogelijk te beperken. Over de invloed van de Koppelingswet op de toegankelijkheid van de zorg zijn de meningen verdeeld. Enkele zorgverleners zien geen verandering van de omvang en aard van de hulpvragen, anderen zien wel een toename in omvang en ernst. Maar algemeen wordt verwacht dat de grootste problemen in de komende jaren nog zullen komen (Reijneveld en Van Herten, 2000).

Deelnemers groepsinterview

Tijdens dit interview waren acht betrokkenen bij de zorg in Amsterdam aanwezig. Dit betrof een huisarts, een verloskundige, een apotheker, een medewerker van GG&GD Amsterdam, een medewerker van de regionale zorgverzekeraar, medewerkers van twee instellingen die zorg verlenen aan onverzekerden (de Witte Jas en de Kruispost) en een psychiater die werkt in de ambulante zorg bij een GGZ instelling. Daarnaast was een coassistent aanwezig die meeliep op de Kruispost. Tot slot zijn afzonderlijke reacties gekregen van een huisarts en een (andere) medewerker van GG&GD Amsterdam. Getracht is op een aantal vragen antwoord te krijgen. Hieronder zijn de antwoorden per vraag gegroepeerd.

Regionaal platform illegalenzorg

De regeling Stichting Koppeling wordt uitgevoerd door het Overleg Onverzekerdenproblematiek Amsterdam (OOA). Dit platform bestond al op het moment dat de Koppelingswet van kracht werd; het werd opgezet in 1992 op initiatief van de GG&GD Amsterdam, ZAO Zorgverkeringen en de gemeente Amsterdam. Het platform bestrijkt de stad en zo nodig de regio Amsterdam. Het heeft als doelstelling

het bewaken en bevorderen van de toegang van onverzekerden tot adequate medische zorg. Vertegenwoordigers van de lokale koepelorganisaties van eerste en tweedelijnszorgverleners (huisartsen; verloskundigen; apothekers; tandartsen; intramurale zorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ) en thuiszorg), de gemeente, de GG&GD (eerstelijnszorg, epidemiologie en infectieziektenbestrijding), twee organisaties voor zorg aan onverzekerden en de regionale zorgverzekeraar hebben zitting in het platform. GG&GD Amsterdam voert het secretariaat van dit platform. Daarnaast verricht de GG&GD monitoring, regelt als aangewezen instelling de betalingen en heeft een advies- en meldpunt voor knelpunten (zie hieronder). Coördinatie en ondersteuning van het platform kost de betrokken medewerker 7 uur per week.

Voor 2001 heeft het platform 990.840 gulden aangevraagd bij Stichting Koppeling. De omvang van de declaraties over 2000 was op het moment van afronding van dit rapport nog niet bekend. In tabel 3 staan de aanvragen voor 2001 (afgerond op honderden guldens).

Tabel 3 Aanvragen 2001 bij Stichting Koppeling, regio Amsterdam

Zorgsoort	Totaal
Huisartsenzorg	83.200,-
Verloskunde	15.000,-
Apotheek	450.000,-
Tandarts	40.000,-
GG&GD, drugshulpverlening	21.900,-
GG&GD, monitoring, secretariaat, coördinatie	160.500,-
Stichting Kruispost (directe zorgverlening)	80.000,-
Witte Jas (huisarts 12 uur/week)	44.700,-
Kraamzorg	75.000,-
GGZ	P.M.
HIV-medicatie	P.M.
Totaal	990.800,-

Regeling Stichting Koppeling

Het platform vraagt elk jaar subsidie aan bij Stichting Koppeling. Individuele zorgverleners moeten hun declaraties indienen bij hun eigen lokale koepelvereniging. Deze draagt de declaraties vervolgens over aan de GG&GD als aangewezen instantie, ter betaling. Voor declaraties is een standaard formulier waarop ook een aantal basale gegevens over de betreffende illegaal worden gevraagd (zoals leeftijd, geslacht en type probleem). De hulpverlener moet hierop ook een handtekening zetten zodat deze zich bewust is van wat wordt aangevraagd. De GG&GD gebruikt de geaggregeerde gegevens als basis voor monitoring. Het formulier kan ook gebruikt worden als verwijsformulier. Als er geneesmiddelen worden voorgeschreven kan de verstreckende apotheker het formulier tot slot ook gebruiken bij het declareren van de kosten.

Eén zorginstelling voor onverzekerden (de Kruispost) declareert de kosten voor verleende zorg aan illegalen rechtstreeks bij de GG&GD (de andere instelling declareert vanwege principiële redenen niet). In het verleden schreven medewerkers van deze instelling op recepten alleen 'OOA'. Dit was voldoende voor de apotheker om, via het lokale departement, de gemaakte kosten te kunnen declareren bij de GG&GD. Nu moet in dit geval wel een formulier worden ingevuld. Dit leidt tot een extra administratieve belasting bij deze instellingen, wat door één van de aanwezigen als knelpunt wordt benoemd. De regeling lijkt goed te functioneren, omdat problemen rond de vergoeding van de kosten van geneesmiddelen nu goed zijn geregeld en de huisarts gewoon betaald wordt voor de verleende zorg. Eén huisarts geeft wel aan dat de termijn waarna betaald wordt (10-16 weken) te lang is.

Het platform hanteert vanaf 2001 geen criterium meer wat betreft 'bovenmatige belasting'. Dit wordt aan de individuele zorgverlener overgelaten; als deze kosten declareert dan worden deze vergoed, mits het zorg betreft die valt onder de regeling Stichting Koppeling. Voor 2001 waren de kosten van de eerste 12 niet-betaalde consulten per jaar van een illegaal bij een huisarts voor eigen rekening van de huisarts en de eerste 200 gulden per jaar voor eigen rekening van de verloskundige. Wat betreft apothekers werd ook voor 2001 geen drempelbedrag gehanteerd. Wel moet de zorgverlener de illegaal vragen om zelf te betalen. Als deze geen geld heeft en niet verzekerd is, dan is dat voldoende grond voor vergoeding van de kosten aan de zorgverlener. De zorgverlener hoeft niet te vragen naar een verblijfsvergunning. Als het gaat om hoge kosten worden aanvullende pogingen gedaan om de kosten op andere wijze te laten vergoeden, bijvoorbeeld door iemand zo mogelijk alsnog te verzekeren. Bij knelpunten daarin kunnen medewerkers van het advies- en meldpunt van de GG&GD daarbij ondersteuning bieden.

De zorginstellingen voor onverzekerden vragen wel expliciet naar de verblijfsstatus omdat een belangrijk doel van hen is om patiënten zo mogelijk alsnog te verzekeren. Een van de beide instellingen (de Witte Jas) staakt haar activiteiten na 2001 omdat de zorg voor illegalen nu voldoende is geregeld via de reguliere zorg. Dit zou kunnen leiden tot problemen in de beschikbaarheid van zorg voor illegalen. Op dit moment wordt de praktijkpopulatie overgedragen aan reguliere huisartsen. Voor de begeleiding van dit gehele traject is een jaar lang een huisarts 12 uur per week beschikbaar. Deze is aangesteld bij de GG&GD; Stichting Koppeling betaalt de kosten van deze aanstelling. De patiënten bij de Witte Jas zijn nu ingedeeld in drie categorieën: nieuwe patiënten; patiënten die regelmatig langs komen; en chronisch zieke patiënten. De eerste categorie krijgt een brief mee voor een huisarts en een lijst van huisartsen die werkt voor het postcodegebied waar de illegaal woont. De tweede categorie wordt verwezen naar een bepaalde huisarts met dat postcodegebied, met een brief met antwoordstrookje. Deze huisarts wordt gevraagd dit antwoordstrookje te retourneren. De derde categorie wordt actief geplaatst bij een bepaalde huisarts. Op dit moment is

nog niet duidelijk in hoeverre deze oplossing ook echt voldoet, omdat men pas net is begonnen.

Opgemerkt wordt verder dat illegalen een deel van de kosten voor zorgverlening zelf betalen. Bij de zorginstellingen voor illegalen (de Witte Jas en de Kruispost) is dit globaal 5-10% van de kosten. Bij verloskundige zorg betreft het gemiddeld ongeveer 50% van de kosten. Bij geneesmiddelen is het onduidelijk welk deel illegalen zelf betalen; als een illegaal zelf betaalt wordt hij/zij niet als zodanig herkend.

Beleidsregel dubieuze debiteuren

Verwijzen naar ziekenhuizen levert weinig problemen op. Wel schrikken patiënten regelmatig van de rekening en aanmaningen die ze krijgen. Opgemerkt wordt echter dat dit onvermijdelijk is. In principe regelt de patiënt zelf met het ziekenhuis hoe de kosten worden betaald. Als de patiënt uiteindelijk niets of slechts een deel blijkt te kunnen betalen, worden de resterende kosten geboekt op de post dubieuze debiteuren.

Vanwege de administratieve rompslomp rond aanmaningen zijn sommige ziekenhuiszorgverleners wel afhoudend naar illegalen. Het ene ziekenhuis is dan ook makkelijker dan het andere wat betreft de zorgverlening aan illegalen. Verder is de afspraak dat illegale patiënten afhankelijk van de postcode van hun woonadres naar een bepaald ziekenhuis worden verwezen. Dit werkt goed en voorkomt dat één of enkele ziekenhuizen onevenredig zwaar worden belast.

Afstemming van beide regelingen

In het algemeen ontmoet men weinig problemen in de afstemming tussen beide regelingen. Zie verder nog bij knelpunten wat betreft Aids-medicatie.

Zorgverleners: bekendheid van, draagvlak voor en gebruik van de regelingen

Informatie over de procedure voor vergoeding van de kosten van zorgverlening aan illegalen wordt verspreid via de genoemde koepelorganisaties. De coördinator van het platform heeft daartoe in het afgelopen jaar een folder gemaakt, die verspreid kan worden met het declaratieformulier. Deze is tevens toegezonden aan alle lokale koepelorganisaties. Het platform beschouwt het niet als haar taak om direct, buiten koepelorganisaties om, informatie te verstrekken aan individuele zorgverleners over de regelingen. Wel is er een advies- en meldpunt bij de GG&GD waar individuele zorgverleners vragen kwijt kunnen. De bekendheid onder Amsterdamse huisartsen van de regeling is in de afgelopen twee jaar sterk verbeterd. Ook onder verloskundigen is dit het geval. De aanwezige apotheker kent de regeling niet goed, maar werkt pas kort in Amsterdam. Vrijwel alle Amsterdamse apothekers declareren soms kosten voor versprekkingen aan illegalen bij het platform i.c. de GG&GD (op dit moment: 42) en kennen

de regeling dus. Van andere zorgsoorten, zoals kraamzorg en fysiotherapie, is geen vertegenwoordiger aanwezig bij het interview.

De procedure voor vergoeding van gemaakte kosten is volgens de aanwezige GGZ medewerker niet goed bekend in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Vooral binnen de zorg voor dak- en thuislozen zijn daar relatief veel contacten met onverzekerde patiënten, waaronder illegalen. Oplossingen die daar worden gehanteerd zijn iemand alsnog verzekeren, de zorg gratis leveren, gratis krijgen van geneesmiddelen van fabrikanten, geld verzamelen voor de verlening van zorg aan illegalen via spreekbeurten en 'OOA' schrijven onder recepten. Het declaratieformulier van het platform is niet bekend en wordt niet gebruikt. Binnen het platform heeft een vertegenwoordiger zitting van de samenwerkende intramurale instellingen in Amsterdam. Deze vertegenwoordigt ook de GGZ. Informatie van deze vertegenwoordiger lijkt echter in de GGZ niet goed de werkvloer te bereiken. In het afgelopen jaar heeft binnen de GGZ zelfs tijdelijk een alternatief illegalen platform gefunctioneerd. Aanleiding daarvoor was het feit dat zorgverleners wel veel werden geconfronteerd met illegalen maar onbekend waren met het OOA. Inmiddels is dit alternatieve platform weer opgeheven. Opvallend is dat de bekendheid van de regelingen binnen andere instellingen zoals ziekenhuizen wel redelijk goed is. Een aantal redenen wordt genoemd waarom dit zo is: ziekenhuizen hebben betere verwijzafspraken met de eerste lijn; er is een betere financieringsregeling binnen de ziekenhuizen; patiënten binnen ziekenhuizen hebben vaak een begeleider die als woordvoerder voor hen optreedt, bijvoorbeeld een verloskundige die mee gaat met een patiënte of een huisarts die vooraf overlegt; en de GG&GD werkt vaker als 'smeerolie' bij problemen binnen de ziekenhuizen. Als oplossing wordt genoemd dat de GGZ een afzonderlijke vertegenwoordiger zou krijgen binnen het OOA die dit gaat trekken binnen die sector. De overige OOA leden zien het namelijk niet als hun taak om hier voor te zorgen, zij beschouwen zich vooral verantwoordelijk voor hun 'eigen' zorgsoort. In het verleden heeft een dergelijke oplossing (een eigen vertegenwoordiger in plaats van een vertegenwoordiger via de koepel van instellingen) bijvoorbeeld geleid tot oplossing van de problemen die er waren rond de zorg voor illegalen in de thuiszorg. Op dit moment is er echter nog geen trekker beschikbaar binnen de GGZ.

De GGZ heeft wel een aanzienlijk bedrag gedeclareerd (twee miljoen gulden over 2000) voor (intramurale) zorgverlening aan illegalen. Deze declaratie is direct bij de zorgverzekeraar ingediend omdat AWBZ-gefinancierde instellingen kosten direct via het regionale zorgkantoor kunnen declareren bij Stichting Koppeling. Voorwaarden waaronder deze declaratie kan worden vergoed zijn dat de meerkosten kosten betreft boven de één promille van het totale budget dat de instelling en dat de declaratie voldoende is onderbouwd. Dit laatste is nog niet gebeurd. De declaratie is daarom (nog) niet vergoed door Stichting Koppeling.

Het draagvlak voor de regeling Stichting Koppeling in Amsterdam is groot. Een enkel probleem doet zich voor bij een verloskundige praktijk waar men in het verleden (vrijwel) weigerde zorg te verlenen aan illegale patiënten die niet zelf konden betalen. Dit lijkt zich inmiddels te hebben opgelost door het vertrek van een verloskundige. Vanwege de op handen zijnde sluiting dragen medewerkers van de Witte Jas de zorg zoveel mogelijk over aan huisartsen. Bij een enkele huisarts blijkt dit niet te lukken. Dit kan ook samenhangen met het feit dat sommige praktijken gesloten zijn voor nieuwe patiënten; ook in sommige delen van Amsterdam bestaat een tekort aan huisartsen. Een ander voorbeeld is een illegaal die op een ongelegen moment ('vijf minuten voordat je weg moet') komt en dan niet wordt geholpen als het niet acuut is. In een dergelijke situatie geldt dat echter ook voor andere patiënten. Er lijken geen zorgverleners te zijn die principieel weigeren om gebruik te maken van de genoemde regelingen. Waarschijnlijk zijn er wel zorgverleners die niet graag zorg willen verlenen aan illegalen. Daarbij wordt opgemerkt dat dit in het algemeen vaak dan ook geldt voor reguliere allochtone patiënten. In een aantal gevallen is zorgverlening aan illegale patiënten ook moeilijker vanwege bijvoorbeeld het minder goed nakomen van afspraken. Daarnaast is het door de krapte in de zorg moeilijk om in te spelen op specifieke verschillen in cultuur tussen illegale en Nederlandse patiënten. Als voorbeeld daarvan worden illegale vrouwen genoemd die graag in het ziekenhuis willen bevallen omdat zij daaraan zijn gewend. Als zij geen medische indicatie hebben kan dat soms niet vanwege een tekort aan capaciteit, ook als ze er zelf voor betalen. Dat leidt tot extra stress rond de bevalling (en soms daarmee tot problemen); het probleem geldt echter niet specifiek voor illegalen.

Ook het draagvlak voor de beleidsregel dubieuze debiteuren is groot. Eén geval wordt genoemd waarin het vrijwel onmogelijk was om een illegale patiënt te presenteren bij een specialist. Een probleem is verder dat illegale patiënten soms in het ziekenhuis 'niet langs de computer komen'. Ze krijgen dan geen ponsplaatje omdat ze geen adres geven. Sommige patiënten lossen dat op door bijvoorbeeld het adres van hun zorgverlener te geven. Dat biedt een oplossing, maar leidt er wel toe dat als de illegaal niet zelf betaalt aanmaningen voor rekeningen bij de zorgverlener terecht komen.

Knelpunten

Een knelpunt is dat sommige personen in principe wel verzekeraar zijn maar in de praktijk toch illegaal. Voorbeelden zijn een dienstweigeraar uit een EU-land die is gevlucht en een persoon uit een EU-land die verdacht wordt van terroristische activiteit. In dat geval is iemand formeel wel verzekeraar (en komt dus niet in aanmerking voor vergoeding vanwege beide regelingen) maar in de praktijk niet. Hiervoor is geen oplossing.

Een ander knelpunt betreft de kosten van Aids-medicatie. Deze zijn zo hoog (1800 à 1900 gulden per maand) dat veel apothekers deze niet wilden leveren met betaling

achteraf. De vertegenwoordiger van de apothekers in het platform meldde dit als knelpunt waarna het advies- en meldpunt van de GG&GD er mee aan de slag ging. Oplossing daarvoor is dat in een experiment één ziekenhuis deze middelen levert en de kosten declareert via de beleidsregel dubieuze debiteuren (in overleg met de zorgverzekeraar). Hiervan maakten tijdens een pilot-periode van 15 maanden (1/10/1999 - 21/12/2000) 31 patiënten gebruik (kosten ruim 324 duizend gulden; kosten per behandelde patiënt per maand 1900 gulden, gegeven het prijsniveau in 2000). Onduidelijk is nog of dit experiment in de toekomst zal worden gecontinueerd.

Een derde knelpunt betreft de verwerking van declaraties voor de geneesmiddelen die worden geleverd op recept van medisch specialisten. Dit lijkt nog niet goed te functioneren, vooral omdat specialisten de regeling onvoldoende kennen.

Een vierde knelpunt is de tandheelkundige zorg voor illegale patiënten. Deze wordt uitgevoerd door ACTA (Academisch Tandheelkundig Centrum Amsterdam) (tegen vaste kosten voor de patiënt van 25 gulden, geldt ook voor dak- en thuislozen). ACTA voelt zich er te zwaar door belast. Voorlopig is dit opgelost doordat de zorgverzekeraar extra geld ter beschikking heeft gesteld.

Een vijfde knelpunt vormt fysiotherapeutische zorg. Tot nu toe levert de Witte Jas deze zorg (drie fysiotherapeuten), maar de Witte Jas sluit. Fysiotherapeuten zijn niet vertegenwoordigd in het platform en waarschijnlijk is de kennis binnen deze beroepsgroep over de regelingen minimaal. Een oplossing hiervoor is er (nog) niet.

Een zesde probleem betreft de jeugdzorg. Of hier zorg wordt geleverd aan illegalen en wat daarvan de kosten zijn blijft buiten beeld. Vergoeding van de kosten gebeurt niet op grond van ZFW of AWBZ, de verzekeraar heeft er daardoor geen zicht op. De GG&GD is bovendien gestopt met registratie van contacten met illegale kinderen binnen de JGZ omdat het platform de kosten hiervan (50 duizend gulden) niet wilde vergoeden en men bovendien vragen naar verzekering en verblijfsstatus te belastend vond voor de relatie met de patiënt. Hiervoor is nog geen oplossing.

Een laatste knelpunt is dat hulpverleners die zorg verlenen aan illegalen allerlei daaraan gerelateerde nevenactiviteiten moeten verrichten zonder vergoeding. Informatie verschaffen voor dit onderzoek over financiering van zorg voor illegalen is daarvan een voorbeeld.

Toekomst

De samenstelling van de groep illegalen die vooral zorg vraagt is al jaren dezelfde (vooral mannen van 20-34 jaar). De snelst stijgende kostenpost betreft geneesmiddelen. Waarschijnlijk komt dit door een betere bekendheid van de regeling Stichting Koppeling. Verder verwacht men dat de invoering van de nieuwe Vreemdelingswet per

1 april 2001 zal leiden tot enige toename van de omvang van de groep illegalen, en daarmee tot een stijging van de kosten. Tot slot ziet men in de GGZ illegalen uit 'nieuwe' landen, met name uit het voormalig Oostblok. De zorgverzekeraar ziet een relatief snelle toename van de post dubieuze debiteuren (in één ziekenhuis een toename met 400% in enkele jaren). Onduidelijk is in hoeverre dit komt door een toenevende zorgvraag van illegalen. Daarvoor zijn wel indicaties. Bijvoorbeeld is het aantal illegalen uit de regio dat wordt gedialyseerd gestegen (van één naar vijf). Een reden voor deze stijgende zorgvraag zou ook kunnen zijn dat patiënten vanwege het zorgaanbod naar het 'rijke westen' komen. Opgemerkt wordt dat dit mogelijk het geval is, maar dat dit ook voor de invoering van de Koppelingswet al speelde en dat de invoering van deze wet daar geen verandering in heeft gebracht. Daarnaast vraagt de zorgverzekeraar de ziekenhuizen om een uitsplitsing van de kosten die zijn geboekt onder dubieuze debiteuren. Het percentage wanbetalers lijkt ook onder legale patiënten te stijgen.

Verwacht wordt dat het platform ook in de toekomst goed zal blijven functioneren. De ervaring leert wel dat individueel werkende zorgverleners makkelijker bereikt worden via hun koepelorganisatie dan de zorgverleners die werken in instellingen. Verwacht wordt dat dit zich in de toekomst wel enigszins zal oplossen.

4.3.2 Utrecht

Achtergrond informatie regio

In Utrecht is in 1997 door de GG&GD Utrecht een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen door illegalen (Epema, 1997). Uit dit onderzoek blijkt dat het aantal huisartsconsulten voor illegalen in de stad Utrecht tussen de 200 en 450 ligt. Bij de jeugdgezondheidszorg, huisartsen, verloskundigen en ziekenhuizen maken illegalen nog geen 1% uit van de totale patiëntenpopulatie. Bij de GG&GD ligt dit percentage iets hoger. Op de afdeling tuberculosebestrijding bedroeg het aantal illegalen 1,3% van de totale groep patiënten en op de medische spreekuren voor dak- en thuislozen betrof 4% van de consulten een illegaal. Problemen doen zich alleen voor wanneer een illegale, onverzekerde patiënt moet worden doorverwezen naar de tweede lijn. Hierbij is vrijwel altijd persoonlijk contact tussen de eerste en tweede lijn nodig. In circa driekwart van de gevallen wordt door de illegaal geen gebruik gemaakt van de (noodzakelijke) verwijzing. Voor huisartsen is financiering van illegale consulten niet van primair belang. Bij verloskundigen speelt financiering van de zorg veelal een wat grotere rol, omdat de kosten van verloskundige hulp en de tijdsinvestering van de verloskundige veel hoger zijn. Verloskundigen blijken over het algemeen wel bereid om tegen vergoeding van slechts een deel van de kosten hulp te verlenen. Ziekenhuizen draaien zelf op voor de kosten van onverzekerde opnamen. Epema (1997) concludeert dat illegalen in de stad Utrecht geen bijzondere probleemgroep vormen. Knelpunten doen zich voor op het

gebied van de financiering, met name indien verwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is en soms bij het verkrijgen van medicatie.

De algemene impressie van het in 1999 in Utrecht gehouden groepsinterview is dat het aantal illegalen dat om zorg verlegen zit in Utrecht niet zo groot is. Daarnaast wordt deze groep deels opgevangen door de GG&GD en deels door diverse hulpverleners in de stad. Hierdoor vindt spreiding onder de hulpverleners plaats, waardoor de belasting per hulpverlener veelal meevalt (Reijneveld en Van Herten, 2000).

Deelnemers groepsinterview

In Utrecht lukte het niet om tijdig een groepsinterview te organiseren. Daarom zijn vijf personen afzonderlijk geïnterviewd. Dit betrof een huisarts, een verloskundige, een apotheker, een medewerker van GG&GD Utrecht en een medewerker van zorgverzekeraar ANOVA. Getracht is op een aantal vragen antwoord te krijgen. Hieronder zijn de antwoorden per vraag gegroepeerd.

Regionaal platform illegalenzorg

Voor uitvoering van de regeling Stichting Koppeling is een regionaal platform opgezet dat de stad Utrecht omvat; GG&GD Utrecht werkt als aangewezen instelling voor de stad Utrecht maar ook voor de rest van de provincie Utrecht. Probleem in de provincie is wel dat er geen lokale netwerken bestaan die zorgverlening coördineren.

De eerste gesprekken over het platform zijn in juni 1997 gevoerd. In januari 1998 is het platform formeel opgericht onder de naam RUIS; RUIS heeft geen rechtspersoon. Doel van de oprichting van het platform was om problemen na invoering van de Koppelingswet te voorkomen. Uit onderzoek van Epema (1997) naar de zorgverlening aan illegalen voor invoering van de Koppelingswet bleek namelijk dat zorgverleners het als een normale taak zien dat illegalen geholpen worden. Ook voor het ziekenhuis bestonden weinig financiële nadelen. Met het opzetten van een platform wilde men deze relatief gunstige situatie behouden.

In het platform voor de stad Utrecht zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: huisarts; verloskundige; apotheker; tandarts; medewerker GG&GD eerstelijnszorg; verloskundige; medewerker ziekenhuis; medewerker GGZ-instelling; medewerker thuiszorg (kraamzorg); medewerker regionale zorgverzekeraar; medewerker maatschappelijke opvang; medewerker Pharos; en een keer per jaar een medewerker van STIL (Stichting Illegalen). De GG&GD levert de secretaris voor het platform, fungeert als aanspreekpunt (aangewezen instelling) voor aanvragen bij Stichting Koppeling, coördineert het meldpunt, geeft voorlichting; en voert de registratie. De tijdsinvestering voor de betrokken GG&GD medewerker is ongeveer 4 uur per week. Voor 2001 heeft RUIS 230 duizend gulden aangevraagd bij Stichting Koppeling. De gedeclareerde bedragen voor 2000 staan vermeld in tabel 4.

Tabel 4 *Declaraties over 2000 bij Stichting Koppeling, regio Utrecht*

Zorgsoort	Stad Utrecht	Provincie Utrecht	Totaal
Huisartsenzorg	11.000,-	1.800,-	12.800,-
Verloskunde	7.600,-	1.400,-	9.000,-
Apotheek	12.800,-	2.500,-	15.300,-
Tandarts	9.000,-	400,-	9.400,-
GGD	40.200,-		40.200,-
Infectieziekten	4.300,-		4.300,-
Paramedische zorg	1.400,-	1.200,-	2.600,-
Laboratorium	900,-		900,-
Totaal	87.200,-	7.300,-	94.500,-

Opvallende ontwikkelingen in de afgelopen jaren zijn:

- Een afname van de aanvragen van huisartsen (wellicht teveel administratieve handelingen en huiver voor het invullen van de initialen van de illegaal; een andere reden kan zijn dat het gewoon goed loopt).
- Een toename van de aangevraagde vergoedingen voor geneesmiddelen, verloskundige en tandheelkundige hulp.

Regeling Stichting Koppeling

Het platform (RUIS) vraagt elk jaar subsidie aan bij Stichting Koppeling. Individuele zorgverleners kunnen hun kosten middels een specifiek verrichtingenformulier declareren bij GG&GD Utrecht, als aangewezen instelling. Het verrichtingenformulier moet volledig zijn ingevuld inclusief een handtekening van de zorgverlener. Het platform gaat coulant om met aanvragen; de zorgverlener bepaalt of een patiënt aan de door Stichting Koppeling gestelde criteria voldoet. Het platform hanteert geen formeel criterium voor 'bovenmatige belasting' van de zorgverlener door de zorg voor illegalen. Ze laat dit over aan de beoordeling van de zorgverlener zelf. Daarnaast begeleidt de Stichting Illegalen illegale patiënten naar zorgverleners en heeft ook informatie voor hen beschikbaar.

De GG&GD heeft zelf een huisarts aangesteld die eenmaal per week spreekuur houdt in het Catharijnehuis, een instelling voor dak- en thuislozen, waar veel illegalen komen. Illegale patiënten weten deze huisarts goed te vinden op grond van informatie 'via het circuit', maar er is geen enorme toeloop geconstateerd. Stichting Koppeling vergoedt de kosten van aanstelling van deze huisarts.

Het platform beschouwt Stichting Koppeling als intermediair. Stichting Koppeling leert van ervaringen in het werkveld en verwoordt dit in haar beleid richting de overheid. Stichting Koppeling heeft daarbij het laatste woord. Wel is ze kwetsbaar, want ze zit tussen twee vuren in (het veld en de politiek). Men meent dat Stichting

Koppeling een aanvulling biedt op de bestaande activiteiten en erin is geslaagd zich te onttrekken aan de bureaucratische overheid.

De regeling Stichting Koppeling wordt beschouwd als een enorme verbetering ten opzichte van de situatie daarvoor (d.w.z. voor invoering van de Koppelingswet). Hulpverleners (zoals huisartsen, apothekers en verloskundigen) die zorg verlenen aan illegale patiënten krijgen die nu ook werkelijk vergoed. Het bevordert ook de mogelijkheden om solidariteit binnen de beroepsgroep in stand te houden wat betreft zorgverlening aan illegalen.

Opgemerkt wordt verder dat illegalen een deel van de kosten zelf betalen. Geschat wordt dat illegale patiënten bijvoorbeeld gemiddeld de helft van de kosten van (niet-klinische) verloskundige zorg betalen. Bij apothekers betaalt waarschijnlijk een groot deel van de illegalen zelf contant en wordt daardoor niet als zodanig geïdentificeerd.

Beleidsregel dubieuze debiteuren

Uitvoering van de beleidsregel dubieuze debiteuren lijkt geen grote problemen op te leveren; het loopt allemaal wel. Een belangrijke factor lijkt te zijn dat het een ziekenhuisdirecteur voorzitter is van RUIS en dat het platform bij problemen de ziekenhuizen direct aanspreken op hun verantwoordelijkheid. Verder lijkt de omvang van de problematiek binnen de ziekenhuizen in de regio relatief beperkt. Wel vindt één ziekenhuis al langer dat zorg voor illegalen leidt tot een te grote belasting. Dit ziekenhuis is recent gevraagd om hiervoor een cijfermatige onderbouwing te leveren. Deze onderbouwing is nog niet geleverd.

Afstemming van beide regelingen

Belangrijk bij de afstemming van de beide regelingen is dat er geen moeilijkheden moeten ontstaan met doorverwijzen. Tot op heden gaat dit ook goed. Wel vraagt uitvoering van de regeling Stichting Koppeling meer werk dan uitvoering van de beleidsregel dubieuze debiteuren.

Zorgverleners: bekendheid van, draagvlak voor en gebruik van de regelingen

De regelingen zijn in principe bekend bij zorgverleners. Informatie is verspreid op de volgende manieren:

- Alle koepels zijn geïnformeerd over de regelingen en kennen deze.
- Alle zorgverleners hebben twee jaar geleden folder van RUIS gekregen over de regelingen en de rol van RUIS.

De verschillende lokale koepels verspreiden informatie ook actief onder hun beroepsgroep, bijvoorbeeld het lokale Departement van de KNMP en de Verloskundige kring Utrecht. Probleem is wel de wisseling van personeel, met name bij intramurale instellingen. Verder wordt opgemerkt dat de bekendheid van de regeling Stichting

Koppeling onder zorgverleners in de rest van de provincie Utrecht waarschijnlijk vele kleiner is. De folder voor zorgverleners wordt momenteel herzien, een nieuwe versie verschijnt binnenkort.

Het draagvlak voor de regeling Stichting Koppeling in de regio is groot. De regeling wordt algemeen beschouwd als goed, zij het wat bureaucratisch ('de ruif hangt relatief hoog'). De uitvoering in Utrecht wordt betiteld als een 'bijna modeluitvoering'. Ook het draagvlak voor uitvoering van (het deel over zorg voor illegalen van) de beleidsregel dubieuze debiteuren lijkt hoog.

In de praktijk blijken dat niet alle huisartsen een beroep doen op de regeling Stichting Koppeling. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een discrepantie tussen de aanvragen van huisartsen en de aanvragen van apotheken op basis van recepten van die huisartsen. Het komt ook voor dat een illegale patiënt zelf de rekening naar RUIS stuurt, waarna het platform dit met de betreffende zorgverlener verrekend. Slechts in sporadische gevallen lijken zorgverleners geen zorg te willen verlenen aan illegale patiënten. Wel zien sommige zorgverleners veel meer illegalen dan andere, maar waarschijnlijk hangt dit samen met het patiëntenaanbod dat zij in het algemeen hebben.

Knelpunten

Als knelpunt wordt genoemd de financiering van zorgverlening in niet-levensbedreigende chronische situaties. Als voorbeeld wordt genoemd de kosten van chirurgie ter verhelping van van urineverlies vanwege een trauma en de behandeling van een post-traumatische stress stoornis bij illegale patiënten.

Een tweede knelpunt betreft de toegang van illegale patiënten tot kraamzorg. Geconstateerd wordt dat vrijwel geen enkele illegale patiënt deze zorg ontvangt. Niet duidelijk is in hoeverre de oorzaak van deze ontoegankelijkheid gelegen is in de financiering van deze zorg (c.q.: het ontbreken daarvan). Door het ontbreken van professionele kraamzorg vrijwel moet de verloskundige vaker langs komen voor controles na de bevalling; dit wordt niet vergoed.

Een derde knelpunt betreft de circa 50 illegale drugsverslaafden in de stad Utrecht. Zij krijgen geen methadon verstrekt en zijn niet in het reguliere circuit te krijgen, omdat ze enerzijds niet willen en anderzijds aan geen enkele voorwaarde voldoen om zich permanent te kunnen vestigen. Dit geeft een spanningsveld, aangezien methadonverstrekking wel mogelijk is als zij, op medische gronden, een vergunning tot verblijf krijgen.

Algemeen wordt opgemerkt dat in Utrecht RUIS en de GG&GD een cruciale rol spelen bij het draaiend houden van de zorg voor illegalen.

Toekomst

De meeste geïnterviewden verwachten geen grote veranderingen in de nabije toekomst, zeker niet binnen de stad Utrecht. Een uitzondering vormt mogelijk de groep chronisch zieke illegalen. De omvang van deze groep zou kunnen toenemen, doordat de totale groep ouder wordt. Daarnaast zou de druk op de GGZ kunnen toenemen. Beide ontwikkelingen kunnen belangrijke kostenconsequenties hebben (en meer druk op de relatief beperkte groep zorgverleners die veel illegalen ziet).

Eén persoon geeft verder aan dat het probleem in de rest van de provincie wel lijkt toe te nemen in omvang, een ander dat er meer personen lijken te komen uit het Oostblok met een onduidelijke verblijfsstatus. Geconstateerd wordt verder dat de omvang van de groep illegalen sterk samenhangt met wetgeving. Als wetgeving strenger wordt is het effect vooral dat vreemdelingen vaker illegaal zijn; men verwacht niet dat strengere wetgeving zal leiden tot verminderde instroom.

4.3.3 Tilburg

Achtergrond informatie regio

In Tilburg heeft de GGD Midden-Brabant een onderzoek laten uitvoeren naar gezondheidsklachten van en hulpverlening aan asielzoekers, vluchtelingen en illegalen (Mosterd, 1996). Ook is een onderzoek uitgevoerd naar de overleefsituatie van illegaal geworden asielzoekers in Brabant (Muller, 1997). Knelpunten in de hulpverlening aan illegalen die in gepresenteerd worden, zijn:

- communicatieproblemen ten gevolge van taal- en cultuurverschillen;
- uitstel van het zoeken van hulp door illegalen, waardoor (blijvende) schade kan zijn aangericht aan henzelf en aan anderen (bij overdraagbare aandoeningen);
- moeilijke bereikbaarheid van illegalen voor preventieve activiteiten;
- geen medisch dossier van de illegaal beschikbaar of dossier met medische gegevens van diverse patiënten door elkaar, doordat men gebruik maakt van ander-mans ziektekostenverzekering;
- beperkte financieringsmogelijkheden voor geleverde zorg (Mosterd, 1996).

Tijdens het in 1999 gehouden groepsinterview in Tilburg kwam men tot de conclusie dat de omvang van het aantal illegalen en het aantal illegalen dat om zorg verlegen zit moeilijk is vast te stellen. Het verlenen van acute zorg aan illegalen verloopt op dit moment goed, maar leidt voor een aantal zorgverleners wel tot een verhoogde werkdruk. Dit neemt niet weg dat er in de toekomst problemen worden voorzien, waarvan de toenemende werkdruk onder de zorgverleners de grootste is (Reijneveld en Van Herten, 2000).

Deelnemers groepsinterview

Tijdens dit interview waren zes betrokkenen bij de zorg in Tilburg aanwezig. Dit

betrof een huisarts, een verloskundige, een medewerker van GGD Hart voor Brabant, een medewerker van de regionale zorgverzekeraar CZ, een medewerker van een opvanghuis voor uitgeprocedeerde asielzoekers ('De Vuurdoop') en een medewerker van Stichting Vluchtelingenwerk. Daarnaast was een medewerker aanwezig van PON (Instituut voor advies, onderzoek en ontwikkeling in Noord-Brabant). Getracht is op een aantal vragen antwoord te krijgen. Hieronder zijn de antwoorden per vraag gegroepeerd.

Regionaal platform illegale zorg

Voor uitvoering van de regeling Stichting Koppeling is een regionaal platform opgezet dat de regio Midden-Brabant (Tilburg en omstreken) omvat. Het platform bestaat sinds juni 1998 en heeft geen rechtspositie; een folder en nieuwsbrief is in ontwikkeling. In het platform zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: huisarts, verloskundige, apotheker, tandarts, medewerker van instelling gericht op zorg voor onverzekerden en uitgeprocedeerde asielzoekers, medewerker van ziekenhuis, medewerker van GGZ instelling, medewerker van thuiszorg medewerker van regionale zorgverzekeraar en medewerker van maatschappelijk werk. Het platform komt eenmaal per jaar bij elkaar.

GGD Hart voor Brabant voert het secretariaat van dit platform (en daarnaast van twee andere platforms, in Den Bosch en Oss, die recent zijn gefuseerd met GGD Tilburg tot de genoemde GGD). Coördinatie en het beantwoorden van vragen kost de betrokken medewerker ongeveer 10 uur per maand. Voor 2001 heeft het platform 65.850 gulden aangevraagd bij Stichting Koppeling. Tabel 5 bevat de in 2000 bij Stichting Koppeling gedeclareerde bedragen op basis toegekende vergoeding aan zorgverleners (afgerond op honderden gulden). Daarnaast vergoedde het platform in 2000 aanvragen voor een totaal bedrag van 9600 gulden niet. Dit betrof met name kosten van ziekenhuiszorg en van voorzieningen die niet onder de Ziekenfondswet vielen. Opvallende ontwikkeling in 2001 is de toename van de kosten voor geneesmiddelen, deels in samenhang met behandeling van een illegale Aids-patiënt.

Tabel 5 Declaraties over 2000 bij Stichting Koppeling, regio Tilburg

Zorgsoort	Bedrag
Huisartsenzorg	3.200,-
Apotheek	3.300,-
Tandarts	800,-
Medisch specialiste	2.800,-
Paramedische zorg	100,-
Kraamzorg	2.800,-
Totaal	13.000,-

Regeling Stichting Koppeling

Het platform vraagt elk jaar subsidie aan bij Stichting Koppeling. Aanvragen van individuele zorgverleners worden beoordeeld door een toetsingscommissie waarin de aanwezige medewerkers van de GGD, de zorgverzekeraar en de Vuurdoop zitting hebben. Gezocht wordt nog naar een arts als vierde lid. De commissie komt viermaal per jaar bij elkaar (oorspronkelijk twee maal, maar dit leidde tot problemen bij zorgverleners vanwege te trage betaling).

Toen het platform zijn activiteiten startte, in 1998, is een brief gemaakt voor huisartsen met een formulier voor de benodigde gegevens over de illegale patiënt waarvoor een rekening werd ingediend. Omdat dit als te complex werd ervaren wordt nu volstaan met toezending van de rekening door de zorgverlener, en de mededeling dat het niet vergoede kosten voor zorg aan een illegaal betrof. Inmiddels blijken huisartsen en verloskundigen toch behoefte te hebben aan een kort overzicht van de gewenste gegevens, in de vorm van een formulier. De aanwezige huisarts en verloskundige geven aan dat naar de mening van henzelf en collega's de vergoedingsprocedure soepel verloopt. Dit is ook de ervaring van de overige betrokkenen.

Het platform honoreert alle aanvragen die onder de regeling Stichting Koppeling vallen. Niet onder de regeling Stichting Koppeling vallen bijvoorbeeld de kosten van sommige geneesmiddelen zoals paracetamol en de kosten van ziekenhuiszorg; dergelijke aanvragen worden daarom niet gehonoreerd. Invulling van het criterium 'bovenmatige belasting' wordt aan de zorgverlener zelf overgelaten (recent heeft ook Stichting Koppeling besloten dit zo te doen). Alle kosten waarvan men meent dat deze vergoed zouden moeten worden kunnen ook daadwerkelijk worden vergoed op grond van de regeling.

Opgemerkt wordt verder dat veel van de kosten voor zorgverlening aan illegalen contant wordt betaald door de illegaal.

Beleidsregel dubieuze debiteuren

Bij de start van het platform waren de twee ziekenhuizen in Tilburg ontevreden dat zij niet konden declareren bij Stichting Koppeling (uitgezonderd het honorariumdeel van specialistische zorg). De contactpersonen van de betreffende ziekenhuizen zijn uitgenodigd voor het interview om een toelichting te geven. Ze zijn echter niet gekomen tijdens het interview. Specialistische zorg wordt soms wel gedeclareerd bij (en vergoed door) het platform. Dit betreft zowel rekeningen die door (specialisten)maatschappen werden gedeclareerd als honoraria van specialisten die gedeclareerd werden via ziekenhuizen.

Afstemming van beide regelingen

In het algemeen ontmoet men weinig problemen in de afstemming tussen beide regelingen.

Zorgverleners: bekendheid van, draagvlak voor en gebruik van de regelingen

Toen het platform startte is er ruchtbaarheid aan de regeling gegeven middels een brief aan huisartsen. De aanwezige huisarts weet echter niet goed (meer) hoe een vergoeding moet worden aangevraagd. Dit lijkt representatief voor een groot deel van de huisartsen.

In 2000 is er nog een afzonderlijke voorlichtingsbijeenkomst geweest voor apothekers, vanwege problemen bij de verstrekking van geneesmiddelen aan illegalen. Deze bijeenkomst heeft geleid tot veel verheldering bij apothekers. Gevolg was een toename van de bereidheid van apothekers om geneesmiddelen te leveren aan illegalen en van het aantal declaraties van apothekers.

Er is verder een CD-ROM beschikbaar waarop flyers in verschillende talen staan die tot doel hebben illegalen informatie te geven over Stichting Koppeling. Deze CD-ROM en de betreffende flyers zijn niet onder illegalen verspreid door het platform, om te eisen gedrag naar zorgverleners te voorkomen. Wel treedt de Vuurdoop op als bemiddelaar naar zorgverleners bij zorgbehoefte van illegalen. Daarbij probeert zij te bereiken dat een illegaal bij een volgende zorgvraag contact krijgt met dezelfde zorgverlener.

Het draagvlak voor de regeling Stichting Koppeling in de regio is groot. Bij ziekenhuizen in de regio lijkt er echter onvrede te zijn dat zij zijn aangewezen op de beleidsregel dubieuze debiteuren.

In de praktijk blijken veel huisartsen geen beroep te doen op de regeling Stichting Koppeling. Dit blijkt onder andere uit het feit dat soms het honorariumdeel van specialistische zorg wel wordt gedeclareerd, terwijl de huisarts die naar deze specialist verwees geen declaratie stuurt. Geschat wordt dat de helft van de 90 huisartsen in de regio Tilburg soms illegalen ziet, terwijl in 2000 maar acht huisartsen kosten declareerden. Het belangrijkste probleem van huisartsen lijkt vaak niet het ontbreken van een vergoeding te zijn maar de extra zorglast die illegalen opleveren, bovenop de al bestaande te grote werklast. In Tilburg bestaat een tekort aan huisartsen; enkele huisartsen verlenen relatief vaak zorg aan illegalen. Er lijken geen zorgverleners te zijn die principieel weigeren om gebruik te maken van de genoemde regelingen. Waarschijnlijk zijn er wel zorgverleners die niet graag zorg willen verlenen aan illegalen. Vaak geldt dit dan ook in het algemeen voor allochtone patiënten. Meestal wordt hierbij echter als argument gebruikt dat de praktijk vol is, waardoor dit weinig zichtbaar wordt.

GGZ instellingen kunnen sinds enige tijd de kosten voor zorgverlening aan illegalen declareren bij Stichting Koppeling via de zorgkantoren (buiten het platform om). Vergoed worden dan de kosten voor zover deze meer bedragen dan een promille van

hun totale begroting. Mogelijk leidt dit tot onredelijke verschillen met andere zorgverleners.

Knelpunten

Een algemeen knelpunt is de beperkte beschikbaarheid van sommige vormen van zorg voor iedereen, met name van huisartsenzorg. Vooral veel huisartspraktijken zijn gesloten voor (nieuwe) patiënten. Illegale patiënten vormen een groep die hiervan relatief snel de dupe wordt. Dit leidt er onder andere toe dat illegale patiënten soms rechtstreeks naar het ziekenhuis gaan omdat er geen huisarts beschikbaar is. Ook bij tandartsen lijken illegalen als eerste de dupe te worden van een tekort aan zorgverleners. Verloskundigen hanteren een centrale wachtlijst voor de hele regio waarbij ook illegale patiënten altijd zorg krijgen. Toenemende werklust vormt echter een bedreiging voor het instandhouden van dit verdeelsysteem wachtlijst. Geneesmiddelen lijken geen probleem op te leveren, zolang er maar betaalt wordt.

Een probleem bij verloskundige zorg is verder dat illegale patiënten vaak relatief laat in de zwangerschap zorg zoeken. Bovendien stopt het contact vaak voortijdig omdat vanwege de zwangerschap de illegale patiënte zich meldt bij een aanneldcentrum en wordt toegelaten tot een asielprocedure (als de datum van de bevalling is uitgerekend binnen een periode van vier weken). De illegale patiënte blijft daardan in zorg tot minstens enige tijd na de bevalling. Dit leidt tot verdere zorgverlening in het betreffende asielzoekerscentrum.

Een ander knelpunt is het veelvuldig gebruik door illegalen van ziekenfondspassen van andere patiënten. Vooral huisartsen worden hiermee geconfronteerd en zien dit als een oneigenlijke afwenteling van kosten die bovendien een bedreiging kan vormen voor goede zorgverlening.

Tot slot vormt een probleem dat er geen financiering is voor voorziening om psychisch labiele illegalen te ondersteunen. Zonder ondersteuning devalueren deze dan soms, wat leidt tot een psychiatrische opname die wel wordt vergoed. Omdat nazorg en ondersteuning vervolgens weer niet worden vergoed ontstaat soms een vicieuze cirkel.

Toekomst

Het bij het platform gedeclareerde bedrag stijgt (in de afgelopen jaren steeds een verdubbeling), onduidelijk is echter of dit komt door toenemende bekendheid bij zorgverleners, of door toenemende zorgvraag van illegalen. Verwacht wordt wel dat door strengere wetgeving, zoals de nieuwe Vreemdelingenwet, het aantal illegalen zal stijgen.

Verder lijkt de belangstelling bij lokale bestuurders voor het illegalenprobleem toe te nemen. In een aantal gevallen leidt dit tot ondersteuning van illegalen. Dit kan er toe leiden dat de omvang van deze groep toeneemt, en daarmee ook de zorgvraag. Daarbij zullen de kosten voor deze zorg vrijwel steeds worden gedeclareerd bij het platform c.q. Stichting Koppeling.

4.4 Koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen

In deze laatste paragraaf van dit hoofdstuk worden de signalen beschreven die koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen ontvangen. De informatie uit deze bronnen heeft een ander karakter dan de informatie zoals weergegeven in de voorgaande paragrafen. De in deze paragraaf gepresenteerde informatie is namelijk niet afkomstig van uitvoerders of directe gebruikers van de regelingen. In totaal zijn twintig organisaties geïnterviewd.

Knelpunten

De meeste koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen ontvangen weinig signalen over knelpunten in de financiering van de zorg voor illegalen. Hierdoor vinden sommige organisaties het moeilijk uitspraken te doen over de ervaringen in de praktijk. Net na de invoering van de Koppelingswet kwamen er meer signalen bij deze organisaties binnen. Dit betekent dat er mogelijk nog wel problemen zijn, maar dat die door anderen kunnen worden opgelost. Sommigen geven aan dat het geen landelijk issue (meer) is. Anderen gaan er van uit dat zorgverleners die veel met illegalen van doen hebben meestal goed op de hoogte zijn van de bestaande regelingen en problemen meestal via de regionale platforms illegalenzorg oplossen. GGD Nederland ontvangt wel regelmatig signalen over knelpunten die GGD'en tegenkomen bij de financiering van de zorgverlening aan de illegalen. Daarover voert GGD Nederland ook periodiek overleg met Stichting Koppeling. Een goede samenvatting van de knelpunten die GGD'en tegenkomen wordt gegeven in het verslag van de werkconferentie van Stichting Koppeling (Stichting Koppeling, 2001). Deze knelpunten zijn ook in paragraaf 4.1 aan de orde gekomen.

De knelpunten die koepelorganisaties wel noemen worden hebben met name betrekking op (a) het feit dat reeds overbelaste zorgverleners vaak worden geconfronteerd met zorgvragen van illegalen en (b) het gegeven dat de individuele zorgverleners de administratieve regels van Stichting Koppeling als belastend ervaren. Combinatie van beide zorgt ervoor dat niet alle zorg gedeclareerd wordt en dat bij een toenemende vraag van illegalen de zorgverlening onder druk komt te staan. Daarnaast krijgen koepelorganisaties vragen over het begrip medisch noodzakelijke zorg (met name in de tandheelkundige zorg) en over hoe te handelen als er geen aangewezen instelling in de regio aanwezig is. Dit laatste is onderwerp van gesprek tussen GGD Nederland en Stichting Koppeling. Standpunt van GGD Nederland is dat er een landelijk dekkend

netwerk moet zijn van aanvragende instanties bij Stichting Koppeling. Deze aanvragende instantie kunnen GGD'en zijn, maar dat hoeft niet perse; het kan bijvoorbeeld ook een regionale zorgverzekeraar zijn. GGD Nederland stimuleert wel GGD'en in regio's waar nog geen aanvragende instantie is, om die rol op zich te nemen. Verder vindt GGD Nederland het noodzakelijk dat GGD'en een adequate financiële vergoeding krijgen voor de activiteiten die zij in dit kader ondernemen. Sommige koepelorganisaties ontvangen daarnaast signalen over problemen bij doorverwijzen naar de tweede lijn.

Een ander knelpunt is mogelijk de financiering van opnames van illegale patiënten in de GGZ vanwege een strafrechtelijke uitspraak: de strafrechter kan op grond van artikel 37 van het Wetboek van Strafrecht gelasten dat iemand maximaal een jaar wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Op dit moment worden de kosten hiervan wat betreft illegalen gedragen door Stichting Koppeling. Vervolgens heeft het ministerie van Justitie echter besloten dat gedwongen behandeling op basis van een strafrechtelijke uitspraak (een TBS-behandeling) geen zin heeft voor illegalen omdat deze na behandeling toch het land uit moeten. Onduidelijk is nog of het ministerie van Justitie deze beleidswijziging wat betreft TBS-behandelingen ook zal doorvoeren voor de bovengenoemde behandeling ex artikel 37; tot nu toe ontving de Inspectie voor de Gezondheidszorg nog geen signalen dat dit zo zou zijn. Als het wel gebeurt is de consequentie daarvan dat de illegaal in de gevangenis blijft, en na ontslag onbehandeld in de maatschappij terecht komt.

Regeling Stichting Koppeling

De regeling Stichting Koppeling is bij de meeste koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen bekend. Wel moet opgemerkt worden dat een aantal koepelorganisaties vindt dat er te weinig gecommuniceerd is door Stichting Koppeling. Ook ervaren de organisaties de regeling vaak als theoretisch en bureaucratisch. Met name voor de tandheelkundige zorg zijn de voorwaarden van Stichting Koppeling inconsequent, aangezien preventieve zorg wel in het ziekenfondspakket zit en curatieve zorg niet. Op basis hiervan mag Stichting Koppeling formeel curatieve zorg niet vergoeden, terwijl de meestal acute tandheelkundige hulpvraag van illegalen juist curatieve zorg betreffen. GGZ Nederland staat ambivalent tegenover de positie en werkwijze van Stichting Koppeling. Zij heeft begrip voor het feit dat de Stichting zich in het begin terughoudend heeft opgesteld om zodoende niet de suggestie te wekken dat alle verleende zorg voor vergoeding in aanmerking zou komen. GGZ Nederland betreurt het dat het voor de GGZ lang onduidelijk is gebleven wat de voorwaarden zijn. GGZ Nederland heeft daarna daarover voorlichting moeten geven, terwijl dat in haar ogen een taak van Stichting Koppeling is.

Sommige koepelorganisaties gaan ervan uit dat de regeling bij de zorgverleners bekend is, aangezien zij in nieuwsbrieven aandacht aan het onderwerp besteden.

Koepelorganisaties en organisaties de belangen van illegalen behartigen verwachten dat de bekendheid het grootst is bij die zorgverleners die veel met de problematiek te maken hebben. Een aantal van deze organisaties heeft ook positieve signalen ontvangen over de nieuwe brochure van Stichting Koppeling. Andere organisaties denken dat de regeling nauwelijks bekend is, maar dat deze zorgverleners ook nauwelijks geconfronteerd worden met zorgvragen van illegalen. Bij enkelen bestaat het vermoeden dat de zorgverleners relatief weinig gebruik zullen maken van de regeling omdat de declaraties buiten de routine vallen en er dan vaak bij inschieten.

Beleidsregel dubieuze debiteuren

De beleidsregel dubieuze debiteuren lijkt bekender te zijn geworden in het veld, waardoor doorverwijzing naar de tweede lijn minder problematisch lijkt te zijn dan in het verleden. Toch zijn er ook signalen dat de ziekenhuizen terughoudend zijn in de mate van zorgverlening, waardoor patiënten vaak langer in de eerste lijn blijven hangen. Afhankelijk van het financieel risico dat men bereid is te nemen wordt het begrip medisch noodzakelijke zorg soms ruim en soms beperkt te interpreteren. In een aantal gevallen is overleg nodig tussen ziekenhuis en de GGD of het regionale illegalenplatform. De GGD adviseert daarbij soms ook aan het ziekenhuis om een financieringsprobleem verder uit te onderhandelen met de regionale zorgverzekeraar (wat betreft de beleidsregel dubieuze debiteuren). Recent ontving de Inspectie voor de Gezondheidszorg wel berichten uit de pers dat in de regio Twente overplaatsing van een illegaal van het ziekenhuis naar het verpleeghuis zeer problematisch verliep, mogelijk vanwege onbekendheid met de financieringsregels.

Een probleem binnen de tweede lijn vormt de groep chronisch zieke illegale patiënten, bijvoorbeeld met Aids. Dit is een relatief kleine groep (bijvoorbeeld in een stad als Den Haag zeven patiënten), maar ze leveren wel relatief hoge kosten op. Binnen het ziekenhuis is hierbij vrijwel altijd een zorgcoördinator betrokken. Daarnaast is echter vaak inzet van de GGD nodig, bijvoorbeeld voor het regelen van opvang en huisvesting voor deze patiënten. In de praktijk verloopt deze afstemming goed.

Toekomst

Gezien het beperkte aantal signalen dat bij de koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen binnen komt is het voor sommigen moeilijk uitspraken te doen over toekomstige ontwikkelingen in de zorgvraag van illegalen. Bij gelijkblijvende omstandigheden verwacht men geen veranderingen in de zorgvraag. Sommigen verwachten dat toekomstige ontwikkelingen onder andere afhangen van de mogelijkheden die chronisch zieke patiënten zullen worden geboden (o.a. Aids-patiënten). Anderen verwachten een belangrijk effect van de invoering van de nieuwe Vreemdelingenwet per 1 april 2001. Strikte uitvoering van deze wet zal leiden tot een groter aantal uitgeprocedeerde asielzoekers en daarmee ook tot meer illegalen. Een risico daarvan kan zijn dat de weerstand bij zorgverleners tegen zorgverlening aan

illegalen toeneemt, omdat de zorglast te zwaar wordt en bijvoorbeeld ziekenhuizen hun budget wat betreft dubieuze debiteuren te sterk zullen gaan overschrijden. Daarnaast zal mogelijk de belasting vanwege zorg voor illegalen binnen vooral de psychiatrie toenemen, omdat een aantal asielzoekers c.q. illegalen de toenemende druk die op hen wordt uitgeoefend niet zal kunnen verdragen. Bij de Inspectie komen signalen binnen dat ook zorgverleners dit lijken te verwachten. Zo gaf een grootstedelijke RIAGG recent aan dat zij overwoog alleen nog zorg te verlenen aan illegale patiënten in acute gevallen (en niet meer in alle medisch noodzakelijke gevallen) vanuit de verwachting dat het aantal illegale zorgvragers door de nieuwe wetgeving sterk zal toenemen. De Inspectie heeft geadviseerd dit niet te doen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg acht het verder dringend gewenst om meer informatie te hebben over de samenstelling van de groep illegalen en hun gezondheidsproblemen. Met dergelijke informatie is het beter mogelijk om voorspellingen te doen over de te verwachten zorgbehoefte en de daaraan gerelateerde kosten.

5 Discussie en conclusie

In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies gepresenteerd en wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvragen. Alvorens de conclusies worden gepresenteerd wordt in paragraaf 5.1 ingegaan op de verschillende gegevensbronnen die zijn gebruikt om inzicht te krijgen in de financiering van de zorg voor illegalen. Vervolgens worden enkele opmerkingen gemaakt over de reikwijdte van de studie (5.2). De conclusies over de regeling Stichting Koppeling (5.3) en de beleidsregel dubieuze debiteuren (5.4) zijn gebaseerd op het materiaal dat werd gepresenteerd in hoofdstuk 3 en 4. Paragraaf 5.5 geeft tenslotte de algemene conclusie weer.

5.1 Kwaliteit van de gegevens

Het verzamelen van informatie via telefonische interviews kent een aantal beperkingen. De hoeveelheid informatie die is verstrekt en de inhoud ervan is afhankelijk van de kennis en affiniteit van de geïnterviewde over het betreffende onderwerp. Tijdens de interviews is daarom zo veel mogelijk doorgevraagd om de juiste persoon of personen te bereiken en de benodigde informatie te verkrijgen. Daarnaast is de persoonlijke affiniteit van de geïnterviewde en de organisatie waar deze voor werkt echter ook van invloed op de strekking van de antwoorden. Wanneer de indruk bestond dat antwoorden naast een informerende rol ook een strategische rol speelden is hiermee in de verslaglegging rekening gehouden. Getracht is informatie zo objectief mogelijk weer te geven. Bij de telefonische interviews onder de regionale platforms illegalenzorg is daarbij rekening gehouden met hun reactie op de regeling Stichting Koppeling tijdens een werkconferentie die begin 2001 gehouden is.

Ook bij de groepsinterviews is de hoeveelheid en inhoud van de verkregen informatie afhankelijk van de kennis en affiniteit van de geïnterviewden met het betreffende onderwerp. Daarom is bij de selectie van deelnemers gestreefd naar een goede spreiding over verschillende zorgsoorten en invalshoeken. Aangenomen kan echter worden dat de deelnemers beter geïnformeerd waren over de zorg voor illegalen en de financiering daarvan dan de gemiddelde hulpverlener in hun regio. Voordeel van een groepsinterview is dat verkregen informatie getoetst wordt aan de kennis en mening van de overige deelnemers aan het interview. Tijdens de interviews is daarnaast zo veel mogelijk doorgevraagd om de benodigde informatie te verkrijgen. Ook is getracht een eenduidig beeld te schetsen waarin iedereen zich kon vinden. Bij de verslaglegging is gestreefd naar objectiviteit. De juistheid van de weergave van de interviews is getoetst bij alle deelnemers. De groepsinterviews leveren daarmee een valide, maar niet compleet, beeld op van de problemen in de financiering van de zorg voor illegalen in een bepaalde regio.

Het verzamelen van informatie via schriftelijke enquêtes kent eveneens een aantal beperkingen. Niet iedereen heeft gereageerd, waardoor selectiebias kan ontstaan. Er kunnen diverse redenen zijn voor het niet meewerken aan de enquête. Het onderwerp speelt wellicht nauwelijks waardoor de invulling van de enquête geen prioriteit heeft gekregen. Het onderwerp kan ook wel relevant zijn, maar men kan huiverig zijn om informatie te verstrekken omdat men vreest dat dit wellicht huidige begaanbare wegen in de toekomst onmogelijk kan maken. Er is getracht zoveel mogelijk te achterhalen waarom een enquête niet is geretourneerd. Een veel genoemde reden door ziekenhuizen, ambulancediensten en zorgverzekeraars was de ongunstige planning van de enquête aangezien voor 1 april 2001 de afrekening van 2000 en de nieuwe budgetonderhandelingen gevoerd moesten zijn. Gezien de lage respons van de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars was het ook niet goed mogelijk informatie over en weer te verifiëren.

Combinatie van bovenstaande opmerkingen over de kwaliteit van de gegevensbronnen en de respons in de telefonische interviews en schriftelijke enquêtes leidt tot de conclusie dat de informatie over de regeling Stichting Koppeling redelijk compleet en valide is. Gezien de lage respons bij de ziekenhuizen, ambulancediensten en zorgverzekeraars zijn de verzamelde gegevens over de post dubieuze debiteuren incompleet. Uit de groepsinterviews en uit de interviews met koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen is echter ook informatie beschikbaar over de beleidsregel dubieuze debiteuren. Deze informatie komt qua inhoud vrijwel overeen met die uit de schriftelijke enquête. Op grond hiervan kan worden aangenomen dat de gepresenteerde resultaten wat betreft de beleidsregel dubieuze debiteuren wel een adequaat beeld geven van het totale veld.

5.2 Reikwijdte van de studie

In dit rapport zijn de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren geëvalueerd. Financiering van de zorg door contante betaling door illegalen en/of diens familie en vrienden vormde geen onderwerp van onderzoek in dit project, maar komt soms wel zijdelings ter sprake. Ook is niet onderzocht in hoeverre illegalen gebruik maken van het verzekeringsbewijs van legaal in Nederland verblijvende personen. De toenmalige Ziekenfondsraad heeft in 1994 een onderzoek ingesteld bij enkele ziekenfondsen. Daaruit is gebleken dat slechts incidenteel gevallen van dergelijk misbruik konden worden aangetoond. Het gebruik van ziektekostenverzekeringen van bekenden heeft naast financiële consequenties voor de zorgverzekeraars mogelijk ook consequenties voor de oorspronkelijke bezitter. Door het mengen van ziektegeschiedenissen kunnen risico's namelijk geheel verkeerd worden ingeschat (Pruijss-Brands, 1997). Systematische controle gericht op deze vorm van misbruik acht men niet de moeite waard, met name omdat men geen signalen van hulpverleners krijgt dat dit nodig is (Vos et al, 1992; Liefhebber & Linders, 1994; Tweede Kamer, 1995-1996; Staring et al, 1998; Van Leeuwen, 1999).

Sommige illegalen zullen voor de invoering van de Koppelingswet een ziektekostenverzekering hebben gehad (Burgers en Engbersen, 1999). Met de invoering van de Koppelingswet zou dit niet meer mogelijk kunnen zijn. Door het CVZ is in het kader van de tussenevaluatie van de Koppelingswet een onderzoek uitgevoerd onder zorgverzekeraars. Uit de gegevens blijkt dat over de periode 1 juli 1998 - 1 juli 1999 na een controle op hun verzekeringsgerechtigheid enkele tientallen vreemdelingen door zorgverzekeraars zijn uitgeschreven. Wat betreft het aantal geweigerde inschrijvingen is op grond van het onderzoek van het CVZ geen schatting mogelijk (Engelen en Staal, 2000). In vervolgonderzoek van het CVZ zijn geen nieuwe cijfers vermeld over deze aantallen. Wel blijkt uit dit vervolgonderzoek dat de uitvoering van de Koppelingswet door de ziekenfondsen tweeëneenhalf jaar na de invoering van die wet zonder grote problemen verloopt. Het CVZ concludeert dat de in het kader van de Koppelingswet geldende 'standaardbenadering' bij aanmelding niet in alle gevallen efficiënt is. Ze stelt daarom voor in een aantal gevallen de procedure te vereenvoudigen (Staal en Engelen, 2001).

Het rapport biedt geen inzicht in de mate waarin zorgverleners de kosten voor geleverde zorg aan illegalen niet of slechts gedeeltelijk in rekening brengen bij Stichting Koppeling. Wat betreft huisartsenzorg is echter wel een globale schatting mogelijk wat betreft het deel van de zorg dat feitelijk wordt gedeclareerd bij Stichting Koppeling. In 2000 voerde het Nivel een onderzoek uit onder huisartsen (en verloskundigen en spoedeisende hulpafdelingen) naar hun contacten met illegale patiënten (Kulu Glasgow et al, 2000). Combinatie van gegevens uit dit onderzoek en uit eerder onderzoek van TNO-PG (Reijneveld en Van Herten, 2000) levert een schatting op van het aantal contacten van huisartsen met illegale patiënten per jaar. Deze schatting, waar kanttekeningen bij te plaatsen zijn (zie verder), komt neer op ongeveer 44 duizend contacten. Bij Stichting Koppeling is voor 2000 ongeveer 310 duizend gulden aangevraagd voor huisartsenzorg. Ervan uitgaande dat dit voornamelijk gewone consulten betreft, betreffen deze aanvragen ongeveer 7750 contacten. Combinatie van deze aantallen zou betekenen dat de Nederlandse huisartsen slechts 17,5% declareren van het aantal contacten dat zij aangeven te hebben met illegale patiënten. Wanneer wordt uitgegaan van de gedeclareerde kosten bij Stichting Koppeling dan levert dit een nog kleiner percentage op. In voorgaande jaren is het uiteindelijk gedeclareerde bedrag bij Stichting Koppeling ongeveer de helft geweest van het bedrag dat oorspronkelijk was begroot. Wanneer er werkelijk 44 duizend contacten tussen huisartsen en illegalen zouden zijn en deze allen gedeclareerd zouden worden bij Stichting Koppeling, zou dit kunnen leiden tot een kostenpost voor huisartsenzorg van 1,8 miljoen.

Voor het geschetste verschil tussen gerapporteerd aantal contacten en gedeclareerd (c.q. begroot) aantal contacten door huisartsen bestaan drie verklaringen. Ten eerste is er waarschijnlijk overrapportage onder huisartsen van het aantal contacten dat zij

hebben. Dit speelde bijvoorbeeld in aanzienlijke mate in de enquête die is gebruikt tijdens het eerste onderzoek van TNO-PG. In de betreffende rapportage wordt daarop uitgebreid ingegaan (Reijneveld en Van Hertten, 2000). In de nu gebruikte onderzoek van het Nivel (Kulu Glasgow et al, 2000) is dit effect waarschijnlijk kleiner omdat dit onderzoek geheel ging over zorg voor illegalen. In samenhang daarmee leidt dit onderzoek tot een schatting van het totaal aantal contacten die 84% lager is dan het eerdere onderzoek. Aannemelijk is dan ook dat overrapportage van huisartsen in het onderzoek van het Nivel dit verschil slechts ten dele verklaard. Een tweede verklaring is dat de illegalen zelf (of anderen) een deel van de zorg contant betalen. Ten derde zullen huisartsen lang niet alle zorg die zij verlenen aan illegalen ook daadwerkelijk, via het regionale platform, bij Stichting Koppeling declareren. Dit onderzoek levert sterke aanwijzingen op dat beide laatste verklaringen aannemelijk zijn. De groepsinterviews laten bijvoorbeeld zien dat illegalen een deel van de zorg contant betalen en dat huisartsen soms niet declareren voor zorg aan illegalen terwijl een apotheker of medisch specialist wel zorg declareert die als vervolg op het contact met de huisarts tot stand is gekomen. Geconcludeerd kan dan ook worden dat huisartsen slechts een deel van de zorg die zij verlenen aan illegalen declareren bij Stichting Koppeling.

Verder is het mogelijk dat illegalen op medische gronden een (tijdelijke) verblijfsvergunning krijgen, waarbij zij tevens ziekenfonds verzekerd zijn. Zij maken dan (tijdelijk) geen deel meer uit van de groep illegalen, de groep waarvan de financiering van de zorg onderwerp is van deze studie. Uitstel van vertrek op medische gronden is mogelijk wanneer personen niet kunnen of mogen reizen, bijvoorbeeld wanneer ze in een ziekenhuis zijn opgenomen of wanneer ze open tbc hebben. In die periode ontvangen zij - indien zij zelf niet over middelen van bestaan beschikken - een uitkering krachtens de Regeling Verstrekkingen Asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (Rva) en zijn ze voor ziektekosten verzekerd. Volgens de IND hebben in 1998, 1999 en 2000 respectievelijk 244, 84 en 65 personen uitstel van vertrek op medische gronden gekregen.

Verlening van een (tijdelijke) vergunning tot verblijf op medische gronden is mogelijk indien door de Medisch Adviseur van het Ministerie van Justitie is vastgesteld dat medische zorg van een vreemdeling noodzakelijkerwijs aan Nederland is verbonden. Het heeft een minder voorlopig karakter dan uitstel tot vertrek op medische gronden. Wanneer een vergunning tot verblijf wordt afgegeven kan de vreemdeling een ziektekostenverzekering afsluiten. Om in aanmerking te komen voor een (tijdelijke) vergunning tot verblijf op medische gronden dient de vreemdeling in zijn eigen onderhoud te kunnen voorzien (of iemand in Nederland kan garant staan voor de kosten die uit zijn verblijf in Nederland voortvloeien). In zeer bijzondere gevallen kan voorbij worden gegaan aan dit middelenvereiste. In dat geval kan de vreemdeling gedurende zijn verblijf een beroep doen op de openbare kas. Volgens de IND hebben in 1998, 1999 en 2000 respectievelijk 669, 193 en 454 personen een (tijdelijke) vergunning tot verblijf op medische gronden gekregen.

Tot slot is van belang dat de zorg voor illegalen nog steeds in beweging is. Nieuwe, voor de zorgverlening aan illegalen relevante, wetgeving is net ingevoerd en sommige zorgverleners zijn pas net, of nog niet, bekend met de huidige regelgeving. Op grond daarvan kan worden verwacht dat de situatie in de toekomst zal veranderen. Adequate verdere monitoring lijkt daarom gewenst, de resultaten van dit onderzoek geven vooral een beeld van de ontstane situatie in de eerste helft van 2001.

5.3 Conclusies over de regeling Stichting Koppeling

Doelstelling, organisatie, positie en werkwijze

De werkwijze volgens de regeling Stichting Koppeling is transparant en doelmatig. Het is theoretisch mogelijk dat er verschillen in compensatie van aan illegalen verleende zorg bestaan tussen zorgverleners en tussen regio's, aangezien de individuele zorgverleners en de regionale overlegplatforms zelf (a) de aanvraag en (b) de invulling van de vier vergoedingsvoorwaarden bepalen. Daarnaast is het voor individuele zorgverleners alleen mogelijk te declareren bij Stichting Koppeling als er een regionaal platform aanwezig is. AWBZ-gefinancierde instellingen kunnen tot nu toe alleen direct bij Stichting koppeling declareren. Getracht wordt deze declaraties per 1 juli 2001 via het regionale zorgkantoor te laten verlopen, waarna deze de kosten bij Stichting Koppeling in rekening brengt. De AWBZ-gefinancierde instellingen moeten echter eerst één promille van hun budget daarvoor beschikbaar stellen; bij overschrijding van deze grens kunnen zij de extra kosten declareren. In theorie kan deze invulling van het criterium 'bovenmatige belasting' in de AWBZ leiden tot verschillen tussen de AWBZ en de overige zorg vallend onder de regeling Stichting Koppeling.

Bekendheid van de regeling

De regeling Stichting Koppeling is in het algemeen bekend bij de zorgverleners in regio's waar een regionaal platform actief is, aangezien het regionaal platform meestal activiteiten onderneemt om de regeling bij de zorgverleners bekend te maken. Toch ontvangen ook deze regio's signalen van zorgverleners dat zij niet goed op de hoogte zijn van de inhoud van de regeling. Vaak zijn dit zorgverleners die slechts sporadisch geconfronteerd worden met een zorgvraag van illegalen. Voor de rest van Nederland is het moeilijk te bepalen in hoeverre de regeling bij de betrokken zorgverleners bekend is. De GGD'en in deze regio's ontvangen nauwelijks signalen op dit terrein, maar dit kan ook te maken hebben met de onbekendheid van de regeling. De koepelverenigingen geven aan dat zij er in nieuwsbrieven aan de leden bij de invoering van de Koppelingswet aandacht aan hebben besteed. Daarnaast heeft Stichting Koppeling onlangs een informatiebrochure verspreidt. Waarschijnlijk heeft ook dat de bekendheid van de regelingen vergroot. Uit onderzoek van het Nivel blijkt echter dat de bekendheid van de regeling begin 2000 (nog) beperkt was (Kulu Glasgow et al, 2000).

Draagvlak voor de regeling

Er is onder de zorgverleners draagvlak voor de regeling Stichting Koppeling in die zin dat men het goed vindt dat er een regeling is die een vergoeding biedt aan zorgverleners die zorg hebben verleend aan illegalen. De meningen over de werkwijze volgens de regeling Stichting Koppeling zijn wat minder eenduidig. De extra handelingen die moeten worden uitgevoerd worden als belastend en bureaucratisch ervaren en vallen vaak buiten de routine werkzaamheden van de zorgverlener. Dit vormt veelal een drempel voor gebruik. Deze bevindingen worden in het onderzoek van het Nivel (Kulu Glasgow et al, 2000) en de B&A Groep (Fahrenfort et al, 2001) bevestigd. De nieuwe beleidsvoornemens van Stichting Koppeling leiden echter tot een vereenvoudiging van de procedures. Daarmee wordt meer aangesloten bij de reeds bestaande praktijk binnen de regionale platforms. Waarschijnlijk vergroot dit het draagvlak voor de werking van Stichting Koppeling.

De GGD'en fungeren meestal als aangewezen instelling en verwerken de declaraties. Daarbij moet worden opgemerkt dat de controlerende taak op declaraties van zorgverleners niet tot de normale taken van de GGD behoort en in die zin extra inzet vraagt. Bovendien heeft een GGD nauwelijks middelen om een controle uit te voeren. Door sommige GGD'en wordt derhalve aangegeven dat de uitvoeringskosten die Stichting Koppeling in deze vergoedt ontoereikend zijn om deze taak adequaat uit te voeren. Eén GGD vindt deze controlerende en toetsende taak onverenigbaar met de andere taken van de GGD dat zij geweigerd heeft om als aangewezen instelling te functioneren. Ook het zorgkantoor in die regio vindt deze taak niet tot haar takenpakket behoren. Onduidelijk is hoe dit in de toekomst voor deze regio's zal worden opgelost.

Beroep op de regeling

In 1998 is voor ongeveer 800 duizend gulden en beroep gedaan op de regeling Stichting Koppeling. In 1999 was dit ongeveer 1,7 miljoen gulden. Aangezien de declaraties voor 1998 slechts betrekking hebben op de tweede helft van dat jaar is het niet verwonderlijk dat de declaraties voor 1999 een verdubbeling zijn van de declaraties van 1998. Bij uitsplitsing van de declaraties naar de vier grote steden en de rest van Nederland valt op dat het gedeclareerde bedrag voor 1999 in de grote steden ongeveer twee maal zo hoog is als in 1998 en in de rest van Nederland ongeveer vier maal zo hoog. Hierdoor verschuift de verhouding van grote steden versus rest van Nederland van 10:1 naar 6:1. Het is te verwachten dat met de komst van meer regionale platforms het aandeel van de grote steden in het totaal gedeclareerde bedrag verder zal afnemen. Dit neemt niet weg dat zorgverleners in de vier grote steden waarschijnlijk wel het grootste bedrag zullen blijven declareren.

De aanvragen voor 2000 en 2001 bedragen ongeveer 4 miljoen gulden. Bij de verrekening van de declaraties uit 1998 en 1999 bleek dat met name voor de niet AWBZ-gefinancierde zorg minder kosten verantwoord werden dan waarvoor vergoeding was aangevraagd. Dit betekent dat het totaalbedrag aan kosten voor zorgverlening aan illegalen dat wordt gedeclareerd bij Stichting Koppeling in 2000 en 2001 waarschijnlijk minder dan 4 miljoen gulden zal zijn. De bevindingen uit dit deel van het onderzoek ondersteunen daarmee de conclusie uit het eerste jaarverslag van Stichting Koppeling - dat de financiële problematiek in de zorg aan onverzekerde illegale vreemdelingen lijkt mee te vallen, maar dat er onvoldoende basis is om te concluderen dat dit ook voor de gezondheidszorgproblemen van de betreffende groep geldt.

Verschillen bij het compenseren van de kosten van zorgverleners

Binnen regio's waar een regionaal platform aanwezig is wordt alle zorg die volgens de regeling Stichting Koppeling vergoed kan worden ook echt vergoed, mits de zorgverlener een onderbouwde aanvraag doet. De invulling van de voorwaarden zoals gesteld door Stichting Koppeling, te weten 'medisch noodzakelijke zorg', 'illegale vreemdeling', 'geen andere betaling mogelijk' en 'bovenmatige belasting' wordt overgelaten aan de individuele zorgverlener. In sommige gevallen bepaalt het regionale platform in hoeverre zorg medisch noodzakelijk is. De indruk bestaat dat platforms in regio's waar het beroep op de regeling gering is een ruimere definitie hanteren dan platforms in regio's waar een groter beroep op de regeling wordt gedaan. Hierdoor kunnen in theorie verschillen tussen zorgverleners ontstaan. In hoeverre dit werkelijk zo is, is op basis van dit onderzoek echter niet te bepalen. Verwacht mag worden dat de verschillen niet dermate groot zijn dat van onevenredige verschillen sprake zou zijn.

Aangezien er regio's zijn waar geen regionaal platform aanwezig is, is het in theorie ook mogelijk dat er verschillen tussen regio's zijn in de mate waarin zorgverleners compensatie krijgen voor de kosten van zorgverlening aan illegalen. . Zoals uit paragraaf 4.1.3 blijkt neemt het aantal regio's zonder regionaal platform af. In een aantal regio's zijn platforms in oprichting en in andere regio's wordt aansluiting gezocht bij een reeds bestaand platform illegalezorg in een andere regio (met name rond de stad Utrecht). Daarnaast is er een aantal regio's die reeds bij de invoering van de Koppelingswet een inventarisatie hebben gehouden onder zorgverleners waaruit bleek dat het opzetten van een regionaal platform (nog) niet nodig was.

Een uitzondering op bovenstaande betreft AWBZ-gefinancierde instellingen. Zij kennen als enige zorgverleners vallend onder de regeling Stichting Koppeling een door de Stichting vastgestelde grens van één promille van hun budget als maat voor het criterium 'bovenmatige belasting'. Dit kan in theorie leiden tot verschillen in de mate waarin geleverde zorg wordt vergoed. Uit de groepsinterviews is echter gebleken dat individuele zorgverleners niet alle aan illegalen verleende zorg declareren bij het regionaal platform. Het is moeilijk te bepalen of dit in totaliteit ook één promille zal

zijn. Aannemelijk is echter dat de verschillen tussen de individuele zorgverleners en de AWBZ-gefinancierde instellingen daardoor beperkt zijn.

Knelpunten

In het algemeen worden weinig knelpunten genoemd. Wel genoemde knelpunten betreffen ten eerste de administratie die gepaard gaat met declareren bij Stichting Koppeling. Ook de afwachtende en low-profile houding van Stichting Koppeling in de beginfase wordt als probleem genoemd. Dit gaat veelal gepaard met een verzoek aan Stichting Koppeling om informatie te geven, met name richting zorgverleners.

Een ander knelpunt betreft de concentratie van de zorgvraag bij een beperkte groep zorgverleners. Dit betreft vooral zorgverleners die praktisch houden in wijken waar naar verhouding veel illegalen wonen. In deze wijken is meestal ook de zorgvraag van reguliere patiënten groot. Overbelasting van deze zorgverleners kan leiden tot een verminderde bereidheid ook illegalen patiënten te behandelen. In regio's met een regionaal platform illegalenzorg wordt daarnaast melding gemaakt van een afwachtende houding van onder andere apothekers, tandartsen, ziekenhuizen en verpleeghuizen, hetgeen van invloed is op de toegankelijkheid van de zorg.

Een derde knelpunt in de financiering van de zorg aan illegalen betreft met name de financiering van dure zorg die ambulant geleverd kan worden, zoals medicijnverstrekking bij chronisch zieken. Hierbij kan het voorkomen dat de ene zorgverlener aangeeft dat medicatie medisch noodzakelijk is, maar kan een andere zorgverlener die deze zorg moet leveren weigeren deze te verstrekken als ze niet direct contant betaald wordt. Het is vaak aan het regionaal platform illegalenzorg om in deze situaties activiteiten te ondernemen. Dit knelpunt komt het duidelijkst naar voren bij de verstrekking van Aids-medicatie. De kosten van deze medicatie zijn zo hoog dat apothekers deze niet willen leveren met betaling achteraf. In Amsterdam is hiervoor, in overleg met betrokken partijen, een experiment gestart waarbij één ziekenhuis deze middelen levert en de kosten daarvan declareert via de beleidsregel dubieuze debiteuren. Onduidelijk is nog of dit experiment in de toekomst zal worden gecontinueerd en wat de consequenties zijn voor de verhouding tussen beide regelingen bij landelijke implementatie.

Tot slot vormt de AWBZ-gefinancierde zorg een knelpunt. Met name grote AWBZ-gefinancierde instellingen hebben moeite met de één promille drempel, omdat zij soms aanzienlijke bedragen zelf moeten bekostigen alvorens zij voor extra kosten een beroep te kunnen doen op de regeling Stichting Koppeling.

Toekomst

Het lijkt erop dat de zorgvraag van illegalen de afgelopen jaren redelijk stabiel is geweest. De toename in de bij Stichting Koppeling gedeclareerde kosten is waar-

schijnlijk met name toe te schrijven aan de toenemende bekendheid van de regeling. De toekomstige ontwikkelingen zijn moeilijk te voorspellen en hangen met name af van de manier waarop de nieuwe Vreemdelingenwet zal worden uitgevoerd. Bij een strikte uitvoering van deze wet is te verwachten dat het aantal illegalen zal stijgen. Waarschijnlijk zal de zorgvraag van illegalen dan navenant toenemen. Dit zal dan natuurlijk ook zijn consequenties hebben voor het beroep dat op de regeling Stichting Koppeling zal worden gedaan.

Samenvattende conclusies

De uitvoering van de regeling Stichting Koppeling heeft een aanlooperperiode met duidelijke problemen gekend, waarbij in het begin Stichting Koppeling een afwachtende houding heeft aangenomen. Inmiddels neemt Stichting Koppeling een actievere houding aan en lijkt het veld redelijk bekend te zijn met de regeling.

Op grond van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de regeling Stichting Koppeling in grote mate aan haar doelstelling voor de financiering van de zorg voor illegalen voldoet. Hierbij zullen wel enige verschillen bestaan tussen zorgverleners en tussen regio's. Op basis van de resultaten uit dit onderzoek is te verwachten dat de verschillen niet onevenredig groot zijn. Het blijkt dat de gereserveerde 11 miljoen gulden per jaar vooralsnog ruim voldoende is. Sommige respondenten vragen zich echter af of dit zo zal blijven, gegeven de veranderende wetgeving en de nog relatief korte periode dat de huidige regelgeving van kracht is. Het is derhalve gewenst de ontwikkeling van de zorg voor illegalen en de financiering daarvan te blijven volgen.

5.4 Conclusies over de beleidsregel dubieuze debiteuren

Doelstelling, organisatie, positie en werkwijze

De werkwijze volgens de beleidsregel dubieuze debiteuren is transparant en doelmatig voor het boeken van oninbare kosten van zorg voor illegalen. Theoretisch kan er sprake zijn van verschillen in compensatie van aan illegalen verleende zorg tussen ziekenhuizen en tussen regio's, aangezien (a) de oninbare kosten van een bepaald ziekenhuis in een bepaald jaar hoger kunnen zijn dan het totaal gereserveerde bedrag voor de post dubieuze debiteuren en (b) de hoogte van de post dubieuze debiteuren in het lokaal overleg met de plaatselijke zorgverzekeraar wordt vastgesteld.

Bekendheid van de regeling

Hoewel niet alle ziekenhuizen en ambulancediensten hebben deelgenomen aan het onderzoek mag worden geconcludeerd dat de beleidsregel dubieuze debiteuren bij alle betrokkenen bekend is. De regeling bestond immers ook al voor invoering van de Koppelingswet werd gebruikt voor het boeken van kosten van onverzekerden (waaronder illegalen). Wel kan de omvang van de post sinds de invoering van de

Koppelingswet jaarlijks worden herzien; voorheen was dat eens in de drie jaar. Uit de resultaten van de vragenlijsten blijkt dat toch nog vaak een periode van drie jaar in beschouwing wordt genomen bij de jaarlijkse vaststelling van de omvang van deze post.

Draagvlak voor de regeling

Het draagvlak voor de beleidsregel dubieuze debiteuren is groot. De meeste aan het onderzoek deelnemende ziekenhuizen en ambulancediensten vinden dat noodzakelijke zorg aan illegalen verleend moet worden en dat de kosten daarvan die niet verhaal kunnen worden, op de post dubieuze debiteuren afgeboekt moeten worden. De ziekenhuizen en ambulancediensten geven eveneens aan dat de meeste kosten voor zorg aan illegalen op deze manier konden worden afgeboekt.

De overgrote meerderheid van de aan het onderzoek deelnemende ziekenhuizen en tweederde van de ambulancediensten was van mening dat er een aparte regeling moet komen voor het boeken van kosten van zorgverlening aan illegalen. De Minister van VWS heeft eerder aangegeven hiertoe niet bereid te zijn. In haar reactie op kamervragen over sluiting van de Witte Jas heeft zij opgemerkt dat dit zou betekenen dat ziekenhuizen in hun administratie onderscheid moeten maken tussen illegale en andere onverzekerde patiënten hetgeen veel extra administratieve rompslomp met zich mee zou brengen. Ook zou er dan nog een extra specifieke geldstroom met eigen voorwaarden in het leven worden geroepen. Dit alles leidt volgens de Minister tot grotere bureaucratie en onduidelijkheid (Ministerie van VWS, 2001).

Het draagvlak bij de zorgverleners in ziekenhuizen voor de zorgverlening aan illegalen en het indien noodzakelijk afboeken van kosten op de post dubieuze debiteuren is op grond van het uitgevoerde onderzoek moeilijk vast te stellen. Er zijn geen individuele zorgverleners in de ziekenhuizen ondervraagd. Uit de reacties blijkt wel dat sommige ziekenhuizen een terughoudend beleid voeren. Van concrete, op schrift gestelde, richtlijnen over hoe te handelen in geval van een illegale vreemdeling is maar sporadisch sprake.

Beroep op regeling

In 1998 zijn voor 26,6 miljoen gulden afspraken gemaakt tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars omtrent de budgetpost dubieuze debiteuren. Voor 1999 en 2000 waren deze bedragen respectievelijk 29,2 miljoen gulden en 36,0 miljoen gulden. Hieruit blijkt dat de omvang van de post dubieuze in deze periode met 49% is toegenomen. Relatief de sterkste stijging in deze periode deed zich voor onder de academische ziekenhuizen; deze stijging betrof met name 2000. Alleen voor de academische ziekenhuizen was het mogelijk de verkregen gegevens uit te splitsen naar regio. Daaruit blijkt dat de stijging in academische ziekenhuizen in de vier (in de praktijk: drie) grote steden sterker is dan in de rest van Nederland.

Belangrijk voor de interpretatie is dat de cijfers budgetafspraken betreffen voor de totale post dubieuze debiteuren. Slechts een deel daarvan betreft oninbare kosten van zorgverlening aan illegalen. Bovendien betreft het afspraken, en niet de feitelijke realisaties. Dit betekent dat de feitelijk gerealiseerde kosten anders kunnen zijn en dat er bovendien veelal sprake is van een naijleffect: indien de kosten in een bepaald jaar hoger waren dan de afgesproken kosten, leidt dit veelal in een volgend jaar tot verhoging van de afgesproken kosten.

Verschillen bij het compenseren van de kosten van zorgverleners

De ziekenhuizen en ambulancediensten geven aan dat zij geen zicht hebben op verschillen in compensatie tussen ziekenhuizen c.q. ambulancediensten in een regio en tussen regio's onderling. De paar aan het onderzoek deelnemende zorgverzekeraars geven aan onderling te overleggen over de te maken budgetafspraken. Hierdoor is het niet te verwachten dat er onevenredige verschillen tussen ziekenhuizen en tussen regio's bestaan.

Knelpunten

De knelpunten in de financiering van de zorg voor illegalen lijken in het algemeen beperkt. Dit blijkt onder andere uit het beperkte aantal knelpunten dat ziekenhuizen melden. Het feit dat ziekenhuizen slechts in beperkte mate afstemming zoeken met andere ziekenhuizen in eenzelfde regio geeft aan dat de noodzaak daartoe niet aanwezig lijkt. Voorwaarde is wel dat het budget toereikend blijft. De sterk wisselende jaarlijkse kosten maken het soms moeilijk een reële begroting te maken. Daarnaast zien de zorgverzekeraars waarmee ziekenhuizen budgetafspraken maken niet alle verleende zorg als medisch noodzakelijk, zoals blijkt uit een aantal niet vergoede nierdialyses. Ook wordt opgemerkt dat de toenemende zorgvraag van illegalen een onevenredig beslag legt op de zorg in en het beheer en budget van ziekenhuizen, hetgeen tot frictie kan leiden.

Om de kosten te beperken wordt in het algemeen getracht de zorg te minimaliseren, bijvoorbeeld door poliklinische behandelingen uit te voeren (i.p.v. klinische opname) en door het ontslag van de patiënt te bespoedigen. Hierbij wordt opgemerkt dat deze oplossingen alleen gekozen worden als dat medisch verantwoord is. Bij de ambulancediensten worden ritten soms als 'loze rit' geboekt. Ook wordt aanvullende financiering gezocht bij derden (o.a. gemeenten).

Mogelijk knelpunt is de verschillen tussen zorgverzekeraars, waarbij met name regionale zorgverzekeraars in de grote steden een groter budget voor de post dubieuze debiteuren moeten reserveren. Daarnaast ervaren de zorgverzekeraars het oneigenlijk gebruik van ziektekostenverzekeringen door illegale vreemdelingen als een probleem. Dit oneigenlijk gebruik betreft zowel het gebruik van een niet meer geldig ZRA-pasje (Ziektekosten Regeling Asielzoekers) als het gebruik van het verzekerings-

pasje van een legaal in Nederland verblijvende persoon. Deze kosten worden dan indirect toch op de betreffende zorgverzekeraar afgewenteld.

Toekomst

Ongeveer de helft van de responderende ziekenhuizen en de meeste responderende ambulancediensten geven aan geen zicht te hebben over toekomstige ontwikkelingen in de zorgvraag van illegalen. De overige respondenten verwachten een toename van de zorgvraag en de bijbehorende kosten. Hetzelfde geldt voor de zorgverzekeraars.

Samenvattende conclusies

Op grond van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de beleidsregel dubieuze debiteuren wat betreft de financiering van de zorg voor illegalen in grote mate aan haar doelstelling voldoet. Hierbij dient te worden opgemerkt dat hiervoor in de praktijk de nodige creatieve oplossingen nodig zijn. Uitvoering van de beleidsregel dubieuze debiteuren leidt wel tot verschillen tussen zorgverleners en tussen regio's maar op basis van de resultaten uit dit onderzoek is te verwachten dat de verschillen niet onevenredig groot zijn voor de instellingen. Aangezien sommige zorgverzekeraars regionaal werken kan dit wel tot relatief grote verschillen tussen zorgverzekeraars leiden.

5.5 Conclusies over de financiering van de zorg voor illegalen

In dit onderzoek zijn de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren geëvalueerd. De regeling Stichting Koppeling valt daarbij eigenlijk uiteen in twee aparte subregelingen: één voor de financiering van de zorg voor illegalen die wordt geleverd door met name eerstelijns zorgverleners (zoals huisartsen, verloskundigen en apothekers), en één voor de financiering van zorg voor illegalen die wordt geleverd door AWBZ-gefinancierde instellingen. De beleidsregel dubieuze debiteuren kan door ziekenhuizen en andere instellingen die onder deze regeling van het CTG vallen, gebruikt worden voor het afboeken van oninbare kosten, welke ook van illegalen afkomstig kunnen zijn.

Voor beide regelingen kan geconcludeerd worden dat er in theorie sprake kan zijn van verschillen in compensatie van de kosten voor aan illegalen verleende zorg tussen zorgverleners/ instellingen. Op basis van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat hiervan in het algemeen in de praktijk weinig sprake is. Wel is het zo dat met name de zorgverleners, instellingen en zorgverzekeraars in de vier grote steden geconfronteerd worden met de zorgvraag van illegalen. Aangezien zorgverleners en instellingen de kosten voor verlening van deze zorg in zijn algemeenheid kunnen verhalen op de regeling Stichting Koppeling en de post dubieuze debiteuren lijkt er voor hen geen belangrijk financieel probleem te zijn. Regionale zorgverzekeraars die actief zijn in de grote steden worden echter in principe wel onevenredig zwaar belast. De

beleidsregel dubieuze debiteuren leidt immers tot kosten die worden verhaald op hun budget.

Verschillen tussen beide regelingen

Bij vergelijking van de twee subregelingen van Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren valt op dat bij de regeling Stichting Koppeling meer partijen betrokken zijn dan bij de beleidsregel dubieuze debiteuren. Daarnaast beoordelen eerstelijns zorgverleners meestal zowel de medische noodzaak van zorg als de mate waarin de patiënt kan betalen. In de overige regelingen is dit veelal gesplitst. Bij de regeling Stichting Koppeling dient de individuele zorgverlener een declaratieformulier in te vullen en dit te sturen naar de aangewezen instelling in de regio. Hierbij moet de zorgverlener aangeven dat hij voldoet aan de vier door Stichting Koppeling opgestelde criteria, te weten, 'medisch noodzakelijke zorg', 'illegale vreemdeling', 'geen andere betaling mogelijk' en 'bovenmatige belasting'. Daarna dient de aangewezen instelling de afzonderlijke declaraties te beoordelen en draagt zorg voor de betaling vanuit het ontvangen voorschot. Stichting Koppeling stelt na ontvangst van de verantwoording de definitieve subsidie vast. Voor AWBZ-gefinancierde instelling geldt dat wanneer de kosten voor zorg aan illegalen hoger zijn dan één promille van hun budget zij voor de extra kosten een beroep kunnen doen op de regeling Stichting Koppeling. Zij moeten daartoe een onderbouwde aanvraag bij Stichting Koppeling indienen. In de ziekenhuizen is de zorgverlener belast met het bepalen en geven van de medisch noodzakelijke zorg. In hoeverre het een illegale vreemdeling betreft die niet op een andere wijze kan betalen is ter beoordeling van de patiënten- en/of debiteurenadministratie. Het begrip bovenmatige belasting speelt in de ziekenhuizen geen rol.

Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat voor de verschillende vormen van zorg verschillende regelingen bestaan. Gezien de verschillen in type zorg tussen de eerste en tweede lijn is dat niet zo verwonderlijk. De regelingen sluiten aan bij de in de praktijk reeds toegepaste financieringsstromen. Omdat het in de ziekenhuizen veelal om grotere bedragen gaat is het logisch dat er een onderscheid is gemaakt tussen zorgverlener en patiënten- en/of debiteurenadministratie. Dit onderscheid tussen zorgverlening en administratie is in de eerste lijn veelal niet aanwezig. Aangezien bij deze zorgverleners het verlenen van zorg op de eerste plaats staat, kan dit betekenen dat eerstelijns zorgverleners geen vergoeding aanvragen voor aan illegalen geleverde zorg. Het onderscheid in deze tussen de AWBZ-gefinancierde instellingen en ziekenhuizen wat betreft compensatie van financiering voor aan illegalen geleverde zorg (met name de één promille regeling voor AWBZ-gefinancierde instellingen) is moeilijk uit te leggen.

Knelpunten

In het algemeen zijn er weinig knelpunten in de financiering van de zorg voor illega-

len. Sinds de invoering van de Koppelingswet en de regeling Stichting Koppeling zijn in de meeste regio's in Nederland regionale platforms actief waardoor individuele zorgverleners de kosten van zorg aan illegalen kunnen declareren. Ziekenhuizen kunnen sinds de invoering van de Koppelingswet hun post dubieuze debiteuren jaarlijks herzien en aanpassen aan de situatie van het moment. De specifieke knelpunten voor de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren zijn reeds in paragraaf 5.3 en 5.4 besproken.

Op basis van de resultaten uit dit onderzoek lijken de beide financiële regelingen geen drempels op te werpen die beperkend werken voor de toegankelijkheid van de zorg. Hiervoor zijn wel de nodige creatieve oplossingen nodig, zoals het boeken van 'loze ritten' als het een ambulance rit voor een illegaal betreft. Daarnaast worden door illegalen verzekeringspasjes van derden gebruikt, hetgeen er ook voor zorgt dat niet alle aan illegalen geleverde zorg netjes in de boeken komt. Wanneer creatieve oplossingen geblokkeerd worden kan een knelpunt in de financiering van de zorg voor illegalen ontstaan.

Hoewel de toegankelijkheid van zorg geen onderwerp van onderzoek was kan op basis van signalen uit dit en voorgaand onderzoek (Reijneveld en Van Herten, 2000; Kulu Glasgow et al, 2000; Fahrenfort et al, 2001) geconcludeerd worden dat de toegankelijkheid van met name de dure zorg (medicatie en diagnostiek), complexe zorg (bij chronisch zieken) en tweedelijns gezondheidszorg het meest onder druk staat. In de meeste gevallen wordt, indien medisch verantwoord, in ziekenhuizen alleen de hoogst noodzakelijke zorg verleend. De vraag die hierbij speelt is wat onder medisch noodzakelijke zorg valt. Hoewel de Minister heeft aangegeven dat dit ter beoordeling van de zorgverlener is blijkt dat dit begrip door diverse partijen anders wordt uitgelegd. In zijn algemeenheid kan geconcludeerd worden dat met name de ziekenhuizen in de grote steden een wat strengere definitie hanteren dan de eerstelijnszorgverleners in de regio, waarbij de ziekenhuizen met name vanuit een financieel oogpunt denken en handelen en de eerstelijns zorgverleners vanuit een medisch oogpunt.

Een ander knelpunt in de toegankelijkheid van de zorg betreft de concentratie van de zorgvraag, welke zich met name presenteert in de vier grote steden. Dit heeft tot gevolg dat veelal dezelfde zorgverleners, instellingen en zorgverzekeraars met de problematiek geconfronteerd worden. Voor de individuele zorgverleners betekent dit dat de zorgvraag zich met name concentreert bij die zorgverleners die zijn gevestigd in achterstandswijken. Aangezien de zorgverleners in deze wijken reeds zwaar belast worden bestaat het gevaar van overbelasting. Deze resultaten worden bevestigd in het onderzoek van het Nivel. Uit dit onderzoek blijkt bovendien dat de meeste huisartsen en verloskundigen geen beroep doen op de regeling Stichting Koppeling omdat ze weinig of geen illegalen in hun praktijk hebben of omdat de bureaucratische rompslomp hen weerhoudt (Kulu Glasgow et al, 2000).

Tot slot blijft de regelgeving voor financiering van zorg voor illegalen complex. Zelfs sommige respondenten in dit onderzoek, waarvan kan worden aangenomen dat ze relatief goed geïnformeerd zijn, kenden niet alle regels. Aangenomen mag worden dat dit nog veel sterker geldt voor de gemiddelde zorgverlener. In hoeverre dit in de praktijk de zorgverlening aan illegalen belemmert, is moeilijk na te gaan.

Gezien deze knelpunten blijft aandacht voor de financiering, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg nodig. Informatieverstrekking aan alle betrokkenen en aandacht voor de attitude van zorgverleners is daarbij heel belangrijk. Daarnaast is het gewenst om informatie te hebben over de samenstelling van de groep illegalen en hun gezondheidsproblemen. Met dergelijke informatie is het beter mogelijk om voorspellingen te doen over de te verwachten zorgbehoefte en de daaraan gerelateerde kosten.

Toekomst

In dit onderzoek is deelnemers eveneens gevraagd welke veranderingen in de zorgvraag van illegalen men in de toekomst verwacht. De meeste respondenten vonden het moeilijk hier een uitspraak over te doen. Anderen gingen met name in op de gevolgen van de invoering van de nieuwe Vreemdelingenwet per 1 april 2001. Op basis hiervan moeten uitgeprocedeerde asielzoekers binnen 28 dagen Nederland verlaten en kunnen na deze termijn geen aanspraak meer maken op voorzieningen. Veel uitgeprocedeerde asielzoekers zullen er waarschijnlijk niet in slagen binnen deze termijn de benodigde papieren te verkrijgen. Strikte naleving van deze wet zal derhalve leiden tot een aanzienlijke toename van het aantal illegalen. Men verwacht dat dit tot een navenante stijging van de zorgvraag door illegalen en de daarmee gepaard gaande kosten zal leiden. Alertheid in deze is geboden, goede monitoring blijft gewenst.

6 Referenties

BURGERS J, ENGBERSEN G, red. De ongekende stad 1: illegale vreemdelingen in Rotterdam. Amsterdam: Boom, 1999.

CEUNINCK VAN CAPELLE C de. Onverzekerden in Amsterdam: een inventariserend onderzoek naar het aantal onverzekerden in de medische hulpverlening en de knelpunten bij de zorg. Amsterdam: GG&GD, 1991.

COTG. *COTG Vademecum*, Beleidsregel I-363 en beleidsregel IV-399. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum, december 1999.

CTG. Wat is het CTG. Houten: Bohn, Stafleu en Van Loghum, 2000.

ENGELN P, STAAL P. Tussentijdse evaluatie invoering Koppelingswet. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 2000.

EPEMA G. Illegaal: een zorg(e)loos bestaan: een inventariserend onderzoek naar de gezondheidszorg voor illegalen in Utrecht. Utrecht: GG&GD, 1997.

ERKENS CGM, SMINIA A, POT E. Onverzekerden in Amsterdam IV: rapportage van het monitoringproject onverzekerden. Amsterdam: GG&GD, 1998.

ERKENS CGM, POT E. Onverzekerden in Amsterdam V: verslag van het monitoringproject onverzekerden 1997. Amsterdam: GG&GD, 1999.

ERKENS CGM, JANSSEN AP, BUSTER MCA. Onverzekerden in Amsterdam VI: verslag van het monitoringproject onverzekerden 1998-1999. Amsterdam: GG&GD, 2000.

ES A van, FOGELBERG EK, MUIJSSENBORGH METC van den, red. Illegale vreemdelingen op uw spreekuur: gezondheidszorg voor illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen. Organisatie van de zorg, praktische adviezen, sociale, ethische en juridische achtergronden, mogelijke knelpunten in de zorg. Amersfoort: Johannes Wier Stichting voor mensenrechten en gezondheidszorg i.s.m. Stichting Koppeling, KNMG, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Studie- en informatiecentrum Mensenrechten, 1999.

ETMAN O, KORPEL J. Eén jaar 'Koppelingswet' in de praktijk: Tussenrapportage over de implementatie en het eerste uitvoeringsjaar. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum), 1999 nr 7.

FAHRENFORT M, GEERLOF J, GELDERLOOS W, GIER M DE ET AL. Evaluatie van de Koppelingswet: een onderzoek naar de effectiviteit, efficiëntie en legitimiteit van de Koppelingswet. Den Haag: B&A Groep Beleidsonderzoek & -Advies, 2001.

KRUYSWIJK M, HOEKSTRA J. Gezondheidszorg en illegalen: Delen in de zorg? In: Asbreuk H, Vries W de. Gezondheidszorg en illegalen: Delen in de zorg? Tien jaar de Witte Jas. Amsterdam: De Witte Jas, 1995.

KULU GLASGOW I, BAKKER D de, WEIDE M, ARTS S. Illegalen aan de 'poort' van de gezondheidszorg: toegankelijkheid en knelpunten in de zorg van huisartsen, verloskundigen en spoedeisende hulpafdelingen. Utrecht: Nivel, 2000.

LEEUWEN GHM van. Gezondheidszorg en illegale vreemdelingen. Leiden: Universiteit Leiden, faculteit Rechtsgeleerdheid, 1999.

LEUN J van der, ENGBERSEN G, HEIJDEN P van der. Illegaliteit en criminaliteit: schattingen, aanhoudingen en uitzettingen. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Faculteit der Sociale Wetenschappen, 1998.

LIEFHEBBER S, LINDERS B. Illegalen in de Rotterdamse gezondheidszorg: een inventariserend onderzoek naar de hulpverlening aan illegalen gegeven door Rotterdamse huisartsen en ziekenhuizen en de financiering hiervan. 2e dr. Rotterdam; Utrecht: Sociale Zaken en Werkgelegenheid Rotterdam; Universiteit Utrecht, 1994.

MINISTERIE VAN VWS. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende het Koppelingsfonds d.d. 17 maart 1999 (GVM/MO/991069).

MINISTERIE VAN VWS. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal betreffende beantwoorde kamervragen over sluiten van de Witte Jas d.d. 12 maart 2001 (2000106950).

MOSTERD F. Asielzoekers, vluchtelingen en illegalen in Midden-Brabant: gezondheidsklachten en hulpverlening. Tilburg: GGD Midden-Brabant, 1996.

MULLER P. Wachten voor het rode licht: verkenningen naar de overleefsituatie van illegaal geworden asielzoekers in Brabant. Tilburg: Prisma, 1997.

PELLEBOER P. Illegalen in de Amsterdamse gezondheidszorg: een inventariserend onderzoek naar de gevolgen van de Koppelingswet. S.l.: s.n., s.a.

PRUIJS-BRANDS A. Gevolgen voor de gezondheidszorg aan vreemdelingen in de praktijk. In: hrt weg.

Giuseppin PR (red). De gevolgen van de Koppelingswet voor vreemdelingen: verslag studiedag OSR Nederlands centrum buitenlanders. Utrecht: Opleidingen Sociaal Recht, 1997.

REIJNEVELD SA, HERTEN LM van. Toegankelijkheid van zorg voor illegalen. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2000.

REIJNEVELD SA, VERHEIJ RA, HERTEN LM van, BAKKER DH de. Contacts of GPs with illegal patients: is it the GP or the setting? Scan J Public Health, 2001 (accepted).

SINGELS L. Medische hulpverlening aan onverzekerde migranten: verslag van een inventariserend onderzoek naar de gezondheidssituatie van migranten zonder verblijfsvergunning en de mate waarin de gezondheidszorg voor deze groep toegankelijk is. Amsterdam: GG&GD, 1988.

STAAL PC, ENGELEN PSM. Evaluatie uitvoeringsaspecten Koppelingswet. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 2001.

STARING R, LEUN J van der, ENGBERTSEN G, KEHLA J. Patronen van incorporatie: In- en uitsluiting van illegale migranten binnen etnische gemeenschappen. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Faculteit der Sociale Wetenschappen / Sociologie, 1998.

STICHTING KOPPELING. Jaarverslag 1997/1998 en werkplan 1999. Amsterdam: Stichting Koppeling, 1999.

STICHTING KOPPELING. Jaarrekening 1999. Amsterdam: stichting Koppeling, 2000.

STICHTING KOPPELING. Verslag werkconferentie Stichting Koppeling. Amsterdam: Stichting Koppeling, 2001.

TRAPPENBURG MJ. De dokter en de illegaal: een verhandeling over de morele achtergronden van de Koppelingswet en over sociale rechtvaardigheid in internationaal perspectief. Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek, 13 juni 1997.

TWEDE KAMER. Memorie van Toelichting bij Wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekkingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan het rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24233, nr. 3.

TWEEDE KAMER. Nota naar aanleiding van het verslag bij Wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten teneinde de aanspraak van vreemdelingen jegens bestuursorganen op verstrekkingen, voorzieningen, uitkeringen, ontheffingen en vergunningen te koppelen aan het rechtmatig verblijf van de vreemdeling in Nederland. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995-1996, 24233, nr. 6.

VERKLEIJ H. Monitoring van de gezondheidstoestand van illegalen. Den Haag: Ministerie van VWS, DIA, 1999.

VOOGT W. Gedogen met andermans veren: over Koppelingswet, gezondheidszorg voor illegalen en zorgplichten. Scriptie Open Universiteit, Faculteit der Rechtswetenschappen, 2000.

VOS J, HEETEN J den, SANTOKHI S. Eens komt de dag ...: een onderzoek naar het leven, wonen en werken van Haagse illegalen. Den Haag: Gemeentelijke Sociale Dienst Beleidsonderzoek, oktober 1992.

WIERINGEN JCM van, SMINIA A. Onverzekerden in Amsterdam III: Verslag van het monitoringsproject onverzekerden 1995. Amsterdam: GG&GD, 1996.

Bijlage A Samenstelling van de begeleidingscommissie

Begeleidingscommissie van het project 'Financiering van de zorg voor illegalen'.

Dhr. J. Avezaat	Huisarts
Mw. T. Bedaux-Nooren	Overlegorgaan Gezondheidszorg en Multiculturele samenleving
Mw. S. Boersma	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dhr. J. Veerkamp	Zorgverzekeraars Nederland
Dhr. F. Clabbers	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dhr. H. Kemps	Stichting Koppeling
Dhr. C. van Lisdonk	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Dhr. H. Rengelink	Universiteit van Brabant
Dhr. R. Smit	GG&GD Utrecht

Bijlage B Regionale platforms illegalezorg

GG&GD Amsterdam, Amsterdam¹
GGD Den Haag, Den Haag
GGD Groningen en RZG Zorgverzekeraar, Groningen¹
GGD Hart voor Brabant, Tilburg, Den Bosch en Oss¹
GGD Oostelijk Zuid-Limburg, Heerlen¹
GGD Regio Achterhoek en Amicon Zorgverzekeraar, Doetinchem¹
GGD Regio IJssel-Vecht, Zwolle¹
GGD Regio Stedendriehoek, Deventer
GGD Rotterdam en Omstreken, Rotterdam¹
GGD Twente, Almelo¹
GGD Utrecht, Utrecht¹
GGD West Brabant, Breda (en Bergen op Zoom)
GGD Zeeland, Goes¹
GGD Zuidelijk Zuid-Limburg, Maastricht
GGD Zuid-Holland Noord, Leiden¹
GGD Zuidoost Drenthe, Emmen
GGD Zuidoost-Brabant, Valkenswaard¹
Zorgkantoor Friesland, Leeuwarden¹

¹ geïnterviewde regionale platforms illegalezorg

Bijlage C Vragenlijst regionale platforms illegale zorg

Regionaal platform illegale zorg

1. Sinds wanneer bestaat het platform illegale zorg in uw regio?
2. Hoe is het platform illegale zorg in uw regio ontstaan?
3. Wat is het doel van het platform illegale zorg in uw regio?
4. Wat is de rechtspositie van het platform in uw regio?
5. Wat is het werkgebied van uw platform?
6. Welke partijen zijn in uw platform vertegenwoordigd (meestal aanwezig, agendalid)?
 - ☐ huisarts
 - ☐ verloskundige
 - ☐ apotheker
 - ☐ tandarts
 - ☐ paramedicus
 - ☐ medewerker GGD eerstelijnszorg
 - ☐ medewerker GGD infectieziektenbestrijding
 - ☐ medewerker instelling gericht op zorg voor onverzekerden of asielzoekers
 - ☐ medewerker ziekenhuis
 - ☐ medewerker GGZ-instelling
 - ☐ medewerker verpleeghuis
 - ☐ medewerker thuiszorg (kraamzorg)
 - ☐ medewerker regionale zorgverzekeraar
 - ☐
7. Wat is uw functie/positie in uw platform?
8. Hoeveel kost het in stand houden van het platform per jaar?
 - ☐ ... uren voor coördinatie platform per maand (inclusief overleg)
 - ☐ ... uren voor beantwoorden vragen van individuele zorgverleners (helpdeskfunctie) per maand
 - ☐
9. Is er informatie (folder, jaarverslag, statuten) over uw platform illegale zorg beschikbaar?

Stichting Koppeling

10. Hoe ziet uw platform de positie van Stichting Koppeling?
11. Wat vindt uw platform van de werkwijze van Stichting Koppeling?
12. Vindt u dat de regeling Stichting Koppeling voldoet aan haar doelstelling? (het verlenen van financiële bijdragen aan regionale organisaties om daarmee knelpunten in de gezondheidszorg ten behoeve van illegaal verblijvende vreemdelingen te helpen oplossen)

13. Sinds wanneer doet uw platform een beroep op Stichting Koppeling?
14. Welk bedrag heeft uw platform in 2001 aangevraagd?
15. Welk bedrag heeft uw platform over 2000 gedeclareerd?
16. Is het hierbij mogelijk een verdeling over de zorgsegmenten aan te geven?
17. Welke invulling geeft uw platform aan het criterium 'bovenmatige belasting' bij het aanvragen van budget bij Stichting Koppeling?
18. Welke invulling geeft uw platform aan het criterium 'bovenmatige belasting' voor de aanvragen van individuele zorgverleners?
19. Kunt u alle kosten die naar de mening van uw platform moeten worden vergoed door de regeling Stichting Koppeling onderbrengen bij die regeling?

Zorgverleners

20. In hoeverre is de regeling bij de betrokken zorgverleners in uw regio bekend?
 - Waarop baseert u deze conclusie (discussie in platform, enquête onder zorgverleners in uw regio)?
21. Onderneemt uw platform activiteiten om deze bekendheid te vergroten?
22. In hoeverre is er bij de zorgverleners in uw regio draagvlak voor de regeling?
 - Waarop baseert u deze conclusie?
23. In hoeverre zijn er zorgverleners in uw regio die geen beroep kunnen of willen doen op de regeling?
 - Waarop baseert u deze conclusie?
24. In hoeverre is er volgens uw platform sprake van verschillen tussen zorgverleners bij het compenseren van de kosten in uw regio?
 - Waarop baseert u deze conclusie?

Knelpunten

25. Welke knelpunten doen zich in uw regio voor bij de financiering van zorg aan illegalen?
26. Welke creatieve oplossingen zijn in uw regio zoal bedacht?

Toekomst

27. Welke veranderingen in de zorgvraag van illegalen kunnen in uw regio worden verwacht?
28. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de kosten van de zorg in uw regio?
29. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de financiering van de zorg in uw regio i.c. voor de te verwachten declaraties van uw regio bij Stichting Koppeling?
30. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor het functioneren van uw platform?

Bijlage D GGD'en in regio's zonder regionaal platform illegalenzorg

GGD Amstelland de Meerlanden, Amstelveen¹

GGD Arnhem, Arnhem

GGD Delfland, Delft¹

GGD Eemland, Amersfoort¹

GGD Eindhoven, Eindhoven¹

GGD Flevoland, Lelystad¹

GGD Gooi- en Vechtstreek, Bussem¹

GGD Midden Holland, Gouda¹

GGD Midden Limburg, Roermond¹

GGD Midden Nederland, Zeist¹

GGD Midden-Kennemerland, Heemskerk

GGD Nieuwe Waterweg Noord, Vlaardingen¹

GGD Nijmegen, Nijmegen¹

GGD Noord en Midden Drenthe, Assen

GGD Noord Holland, Den Helder

GGD Noord Limburg, Venlo¹

GGD Noord-Kennemerland, Alkmaar

GGD Noordwest Veluwe, Harderwijk¹

GGD Rivierenland, Tiel¹

GGD West Veluwe / Vallei, Ede

GGD Westelijke Mijnstreek, Geleen

GGD Westfriesland, Hoorn

GGD West-Holland, Zoetermeer¹

GGD Zaanstreek - Waterland, Zaandam

GGD Zuidhollandse Eilanden, Spijkenisse

GGD Zuid-Holland Zuid, Dordrecht

GGD Zuid-Kennemerland, Haarlem

GGD Zuid-west Drenthe, Hoogeveen

¹ geïnterviewde GGD regio's zonder regionaal platform illegalenzorg

Bijlage E Vragenlijst GGD'en in regio's zonder regionaal platform illegale zorg

Regionaal platform illegale zorg

- 1. Klopt het dat er in uw regio geen regionaal platform illegale zorg is?
Zo ja:
 - Waarom is er in uw regio geen regionaal platform illegale zorg?Zo nee:
 - Waarom zijn er plannen een dergelijk platform in uw regio op te zetten?
 - Hoe ver zijn deze plannen gevorderd?
 - Wat wordt het doel van het platform illegale zorg in uw regio?
 - Wat wordt de rechtspositie van het platform in uw regio?
 - Wat wordt het werkgebied van uw platform?
 - Welke partijen zullen in uw platform vertegenwoordigd zijn cq zijn gevraagd om deel te nemen (meestal aanwezig, agendalid)?
 - ☐ huisarts
 - ☐ verloskundige
 - ☐ apotheker
 - ☐ tandarts
 - ☐ paramedicus
 - ☐ medewerker GGD eerstelijnszorg
 - ☐ medewerker GGD infectieziektenbestrijding
 - ☐ medewerker instelling gericht op zorg voor onverzekerden of asielzoekers
 - ☐ medewerker ziekenhuis
 - ☐ medewerker GGZ-instelling
 - ☐ medewerker verpleeghuis
 - ☐ medewerker thuiszorg (krammzorg)
 - ☐ medewerker regionale zorgverzekeraar
 - ☐
 - Wat wordt uw functie/positie in uw platform?

Stichting Koppeling

- 2. Wat weet u van de regeling Stichting Koppeling?
- 3. Wat vindt u van de werkwijze van Stichting Koppeling?

Zorgverleners

- 4. In hoeverre is de regeling Stichting Koppeling bij de betrokken zorgverleners in uw regio bekend?

5. Waarop baseert u deze conclusie (discussie in platform, enquête onder zorgverleners in uw regio)?
6. In hoeverre is er bij de zorgverleners in uw regio draagvlak voor de regeling?
 - Waarop baseert u deze conclusie?
7. In hoeverre zijn er zorgverleners in uw regio die een beroep zouden willen doen op de regeling?
 - Waarop baseert u deze conclusie?

Knelpunten

8. Doen zich in uw regio knelpunten voor bij de financiering van zorg aan illegalen?
 - Zo ja, welke?
9. Welke creatieve oplossingen zijn in uw regio zoal bedacht?

Toekomst

10. u veranderingen in de zorgvraag van illegelen in uw regio?
11. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de kosten van de zorg in uw regio?

F Ziekenhuizen

Academisch Ziekenhuis Groningen, Groningen
 Academisch Ziekenhuis Rotterdam, Rotterdam¹
 Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam
 Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht
 Amhia Ziekenhuis, locatie Ignatius, Breda
 Amphia Ziekenhuis, locatie Pasteur, Oosterhout
 Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis/NKI, Amsterdam
 Antonius Ziekenhuis, Sneek
 Atrium Medisch Centrum, Heerlen
 Beatrixoord, Haren
 Bosch Medicentrum, Den Bosch¹
 Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen
 Carolus Liduina Ziekenhuis, Den Bosch¹
 Catharina Ziekenhuis, Eindhoven¹
 Christelijk Ziekenhuis Nij Smellinghe, Drachten
 De Heel Zaans Medisch Centrum, Zaandam
 Delfzicht Ziekenhuis, Delfzijl
 Deventer Ziekenhuis, Deventer¹
 Diaconessenhuis, Eindhoven
 Diaconessenhuis, Leiden
 Diaconessenhuis, Meppel²
 Diaconessenhuis, Utrecht
 Dialyse Centrum Groningen, Groningen²
 Dr. Bernard Verbeeten Instituut, Tilburg¹
 Elkerliek Ziekenhuis, Helmond
 Flevoziekenhuis, Almere
 Franciscus Ziekenhuis, Roosendaal¹
 Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn¹
 Gemini Ziekenhuis, Den Helder
 Groene Hart Ziekenhuis, Gouda
 Groot Klimmendaal, Arnhem²
 Havenziekenhuis, Rotterdam
 Hoensbroeck Revalidatie Centrum, Hoensbroek
 Hofpoort Ziekenhuis, Woerden
 IJsselland Ziekenhuis, Capelle a/d IJssel

¹ ingevulde vragenlijst ontvangen

² vragenlijst niet van toepassing / geen contact met illegalen

³ geen tijd, geen prioriteit

IJsselmeerziekenhuizen, Lelystad¹
Ikazia Ziekenhuis, Rotterdam
Isala Klinieken, Zwolle¹
Jan van Breemen Instituut, Amsterdam
Kennemer Gasthuis, Haarlem
Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer²
Laurentius Ziekenhuis, Roermond¹
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden¹
Lorentz Ziekenhuis, Zeist
Maasziekenhuis, Boxmeer
Martini Ziekenhuis, Groningen
Medisch Centrum Alkmaar, Alkmaar
Medisch Centrum Haaglanden, Den Haag¹
Medisch Centrum Leeuwarden, Leeuwarden
Medisch Centrum Molendaal, Baarn
Medisch Centrum Rijnmond-Zuid, Rotterdam¹
Medisch Spectrum Twente, Enschede¹
Mesos Medisch Centrum, Utrecht
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam
Oogziekenhuis Rotterdam, Rotterdam¹
Oosterschelde Ziekenhuis, Goes
Orbis Medisch en Zorgconcern, Sittard
Refaja Ziekenhuis, Stadskanaal¹
Reinier de Graaf Groep, Delft
Revalidatie Centrum Blixembosch, Eindhoven
Revalidatie Centrum De Hoogstraat, Utrecht²
Revalidatie Centrum De Trappenberg, Huizen
Revalidatie Centrum De Waarden, Dordrecht
Revalidatie Centrum Het Roessingh, Enschede³
Revalidatie Centrum Kastanjehof, Apeldoorn
Revalidatie Centrum Leijpark, Tilburg²
Revalidatie Centrum Rijndam Adriaan Stichting, Rotterdam
Revalidatie Friesland, Beetsterzwaag¹
Revalidatiecentrum Amsterdam, Amsterdam
Revalidatiecentrum Heliomare, Wijk aan Zee¹
Rijnland Ziekenhuis, Leiderdorp
Rijnlands Zeehospitium, Katwijk²
Rivas MediZorg locatie Beatrix Ziekenhuis, Gorinchem

¹ ingevulde vragenlijst ontvangen

² vragenlijst niet van toepassing / geen contact met illegalen

³ geen tijd, geen prioriteit

Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk
Ruwaard van Putten Ziekenhuis, Spijkenisse
Scheperziekenhuis, Emmen
Sint Anna Ziekenhuis, Geldrop
Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein
Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam
Sint Jans Gasthuis, Weert
Sint Joseph Ziekenhuis, Veldhoven³
Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Amsterdam¹
Sint Lucas Ziekenhuis, Winschoten
Sint Maartenskliniek, Nijmegen²
Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem¹
Slotervaart Ziekenhuis, Amsterdam³
Sophia Stichting Revalidatie Den Haag, Den Haag²
Spaarne Ziekenhuis, Heemstede
Stichting BovenIJ Ziekenhuis, Amsterdam¹
Stichting De Vogellanden, Zwolle
Stichting Dialysecentrum 't Gooi, Hilversum
Stichting Revalidatie Geneeskunde Zeeland, Goes¹
Stichting Revalidatie Centrum Breda, Breda
Stichting Samenwerkende Ziekenhuizen Juliana Kinderziekenhuis /
Rode Kruis Ziekenhuis, Den Haag¹
Stichting Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem
Stichting Ziekenhuisgroep Zeeuws-Vlaanderen, Terneuzen
Stichting Ziekenhuizen Noord Limburg, Venlo
Streekziekenhuis Coevorden-Hardenberg, Harderwijk
Streekziekenhuis Het Spitaal, Zutphen
Streekziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk
Streekziekenhuis Midden Twente, Hengelo
Streekziekenhuis Zevenaar, Zevenaar²
TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg
Twenteborg Ziekenhuis, Almelo
UMC St Radboud, Nijmegen¹
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht
Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Middelharnis
Vlietland Ziekenhuis, locatie Vlaardingen, Vlaardingen
Vlietland Ziekenhuis, Schiedam

¹ ingevulde vragenlijst ontvangen

² vragenlijst niet van toepassing / geen contact met illegalen

³ geen tijd, geen prioriteit

Waterlandziekenhuis, Purmerend³
Westfries Gasthuis, Hoorn¹
Wilhelmina Ziekenhuis, Assen
Ziekenhuis Amstelveen, Amstelveen
Ziekenhuis Bernhove, Oss
Ziekenhuis Bethesda, Hoogeveen
Ziekenhuis Bronovo, Den Haag¹
Ziekenhuis De Tjongerschans, Heerenveen
Ziekenhuis Eemland, Amersfoort
Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede
Ziekenhuis Gooi-Noord, Laren
Ziekenhuis Hilversum, Hilversum
Ziekenhuis Leyenburg, Den Haag¹
Ziekenhuis Lievensberg, Bergen op Zoom
Ziekenhuis Rivierenland, Tiel
Ziekenhuis Sint Jansdal, Harderwijk¹
Ziekenhuis Talma Sionsberg, Dokkum¹
Ziekenhuis Velp, Velp
Ziekenhuis Walcheren, Vlissingen¹

¹ ingevulde vragenlijst ontvangen

² vragenlijst niet van toepassing / geen contact met illegalen

³ geen tijd, geen prioriteit

Bijlage G Vragenlijst ziekenhuizen

De vragenlijst zal *vertrouwelijk behandeld* worden.

De gegevens zullen *anoniem gerapporteerd* worden.

Hierbij zal een uitsplitsing naar de vier grote steden en overige ziekenhuizen gemaakt worden.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met:

Loes van Herten

Tel 071-5181674

Fax 071-5181903

e-mail LM.vanHerten@pg.tno.nl

Naam ziekenhuis

Naam contactpersoon

(voor bij eventuele onduidelijkheid)

Algemeen

1. Wat was de omzet van uw ziekenhuis in 2000?
.....
2. Wat verwacht u in 2001 om te zetten?
.....
3. Verleent u zorg aan illegalen?
.....
4. Hoe definieert u, in termen van uw ziekenhuisbegroting, een illegaal1?
☐ Onverzekerde vreemdeling
☐ Onverzekerbare vreemdeling
☐ Niet betalende vreemdeling
☐ Overig, namelijk.

Oninbare kosten ziekenhuizen

5. Hoe groot waren de werkelijke kosten van dubieuze debiteuren in 2000?
 A Totaal
 B Voor illegalen
6. Welk bedrag had u voor de post dubieuze debiteuren in 2000 begroot?
 A Totaal
 B Voor illegalen
7. Indien de werkelijke kosten voor de financiering van de zorg voor illegalen verschillen van het daarvoor begrote bedrag op de post dubieuze debiteuren: Wat was daarvan de reden? (Meerdere antwoorden mogelijk)
☐ Meer zorgvraag van illegalen
☐ Minder zorgvraag van illegalen
☐ Vrijer beleid wat betreft zorgverlening aan illegalen
☐ Restrictiever beleid wat betreft zorgverlening aan illegalen
☐ Meer betaling door illegaal zelf of door derden
☐ Minder betaling door illegaal zelf of door derden
☐ Meer personen alsnog te verzekeren
☐ Minder personen alsnog te verzekeren
☐ Overig, namelijk.
8. Uw gaf bij vraag 5 aan welk gedeelte van de oninbare kosten in 2000 het gevolg was van zorgverlening aan illegalen. Kunt u hier een schatting maken van de kosten voor zorgverlening aan illegalen die u hiernaast wel kreeg vergoed, door:
 A betaling door de illegaal zelf of door derdenguldens
 B alsnog aangaan van een verzekeringguldens
 C anders, namelijkguldens

9. Hoe groot verwacht u dat de werkelijke kosten ten gevolge van dubieuze debiteuren in 2001 zullen zijn?
.....
10. Wat is uw budget voor de post dubieuze debiteuren in 2001?
.....
11. Met welk bedrag zijn de kosten van zorg die uw ziekenhuis verleent aan illegalen veranderd sinds de invoering van de Koppelingswet, medio 1998?
.....
12. Vindt u dat het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren voor het boeken van (een deel van) de kosten van zorgverlening aan illegalen strookt met het doel van deze post? En waarom?
.....
.....
13. Vindt u dat er een aparte regeling moet komen voor het boeken van (een deel van) de kosten van zorgverlening aan illegalen? En waarom?
.....
.....
14. Kunt u alle kosten die naar uw mening moeten worden vergoed vanwege zorgverlening aan illegalen inpassen in de beleidsregel dubieuze debiteuren of zijn er vormen van zorg die daar buiten vallen?
.....
.....

Zorgverzekeraar

15. Met welke zorgverzekeraar voert u de onderhandelingen over uw budget?
.....
16. Hoe onderbouwt u een aanvraag voor aanpassing van het budget voor de post dubieuze debiteuren richting deze zorgverzekeraar?
.....
.....
17. Hoe reageert deze zorgverzekeraar daarop?
 - A Wordt u aangesproken op uw incasso gedrag? En zo ja, wat zijn de minimale voorwaarden?
.....
 - B Is de verzekeraar bereid om het budget voor de post dubieuze debiteuren te verhogen indien nodig?
.....

- C Overig, namelijk
- D Overig, namelijk.

18. Vergoedt de zorgverzekeraar minder kosten wat betreft dubieuze debiteuren dan u redelijk acht?

In het ziekenhuis

19. Wat is uw standpunt over het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen richting de zorgverleners in uw ziekenhuis?

20. Welke activiteiten onderneemt uw ziekenhuis in dit kader?

A Heeft u een richtlijn voor het nagaan van de verzekeringsstatus van een persoon?

Zo ja, wat is daarvan de strekking (of kopie bijvoegen)?

B Heeft u een richtlijn voor incasso van kosten vanwege verstrekte zorg aan illegalen?

Zo ja, wat is daarvan de strekking?

C Stemt u de zorg voor illegalen af met andere ziekenhuizen in uw regio?

Zo ja, hoe?

D Stemt u de zorg voor illegalen af met andere zorgverleners in uw regio?

Zo ja, hoe?

Bijlage H Ambulancediensten

AAD Oost, Hengelo¹

AHV GGD Eindhoven, Eindhoven¹

Ambulance Hulpverlening Haarlem, Haarlem

Ambulancedienst Aleven Zevenaar, Zevenaar

Ambulancedienst Alkmaar/Schagen, Alkmaar (opgeheven)

Ambulancedienst Antonius Ziekenhuis, Sneek

Ambulancedienst Bevelanden, Goes

Ambulancedienst Bommelerwaard, Zaltbommel

Ambulancedienst Br. De Vries, Veenendaal

Ambulancedienst Engelen Midden-Limburg, Roermond

Ambulancedienst Gem. Haarlemmermeer, Hoofddorp

Ambulancedienst GG&GD Amsterdam, Amsterdam

Ambulancedienst GGD Den Haag, Den Haag¹

Ambulancedienst GGD Eemland, Amersfoort

Ambulancedienst GGD Flevoland, Lelystad

Ambulancedienst GGD West Brabant, Bergen op Zoom³

Ambulancedienst GGD Nieuwe Waterweg Noord, Schiedam

Ambulancedienst GGD Oostelijk Zuid-Limburg, Heerlen

Ambulancedienst GGD Nijmegen, Nijmegen

Ambulancedienst GGD Regio Achterhoek, Doetinchem¹

Ambulancedienst GGD Rotterdam en omstreken, Rotterdam

Ambulancedienst GGD West Brabant, Breda

Ambulancedienst GGD Westfriesland, Hoorn¹

Ambulancedienst GGD West-Holland, Zoetermeer (opgeheven)

Ambulancedienst GGD West-Veluwe / Vallei, Ede¹

Ambulancedienst GGD Westelijke Mijnstreek, Geleen

Ambulancedienst GGD Zuidelijk Zuid-Limburg, Maastricht

Ambulancedienst GGD Zuid-Holland Zuid, Dordrecht¹

Ambulancedienst GGD Zuidhollandse Eilanden, Spijkenisse

Ambulancedienst GGD Zuidoost-Brabant, Valkenswaard¹

Ambulancedienst Hardenberg B.V., Hardenberg

Ambulancedienst Kennemerland, Heemskerk¹

Ambulancedienst Midden Holland, Gouda

Ambulancedienst Regionale Brandweer Noord-Limburg, Venlo

Ambulancedienst Regionale Brandweer Zeeland, Vlissingen

¹ ingevulde vragenlijst ontvangen

² vragenlijst niet van toepassing / geen contact met illegalen

³ onbestelbaar

Ambulancedienst Rijn en Venen, Woerden
 Ambulancedienst Schiermonnikoog, Schiermonnikoog
 Ambulancedienst Stichting Oosterschelde Ziekenhuizen, Zierikzee
 Ambulancedienst Stichting Ziekenhuizen Noord-Limburg, Venlo
 Ambulancedienst Stoppelenburg B.V., Bergambacht
 Ambulancedienst Texel VOF, Den Burg¹
 Ambulancedienst Timmermans, Giessen
 Ambulancedienst Van de Pol, Nunspeet
 Ambulancedienst Van Dijk Delftzijl B.V., Appingendam
 Ambulancedienst Van Doornik, Barneveld
 Ambulancedienst Van Gompel B.V., Reusel
 Ambulancedienst Vlieland, Vlieland (opgeheven)
 Ambulancedienst Westerkwartier, Nuis
 Ambulancedienst Westland B.V., Den Haag
 Ambulancedienst Wijma B.V., Leeuwarden
 Ambulancedienst Ziekenhuisgroep Zeeuws Vlaanderen, Terneuzen
 Ambulancedienst Zuid-Holland Noord B.V., Noordwijk
 Ambulancezorg Zaanstreek-Waterland B.V., Purmerend
 Ambulancezorg Zoetermeer, Zoetermeer³
 Bornkamp Ambulancezorg B.V., Rotterdam
 Br. De Vries Hilversum B.V., Hilversum
 Bruijns Ambulancedienst, Oosterhout
 De Grooth Ambulance B.V., Winschoten
 Dienst Brandweer en Volksgezondheid, Arnhem¹
 Dienst Maatschappelijke Zorg Delft, Delft
 Diepemaat B.V., Haaksbergen
 Eerste Hulpdienst Leiden, Leiden¹
 EMC Oosterhout/planning ambulances, Oosterhout
 Gebr. De Jonge Leiden B.V., Leiden¹
 Gewestelijke Ambulancedienst Kop van Noord-Holland, Den Helder
 Humage B.V., Oss
 J.H. Oenema B.V., Heerenveen
 Kijlstra Ambulance B.V., Drachten¹
 Letmaath Ambulance B.V., Sappemeer
 Lowland Medical Service, Hoofddorp
 MAB Groningen, Groningen
 Medische Dienst Schiphol, Schiphol
 Meeuwissen B.V., Elst

¹ ingevulde vragenlijst ontvangen

² vragenlijst niet van toepassing / geen contact met illegalen

³ geen tijd, geen prioriteit

RAD Noord-West Veluwe, Elburg
 RAV Brabant Noord¹
 RAV Midden Brabant¹
 RAV Drenthe Locatie Beilen, Beilen
 RAV Drenthe Locatie Coevorden, Coevorden
 RAV Drenthe, Locatie Diever, Diever
 RAV Drenthe, Locatie Hoogeveen, Hoogeveen
 RAV Drenthe, Locatie Meppel, Meppel
 RAV Friesland, Leeuwarden³
 RAV Gooi en Vechtstreek, Bussem¹
 RAV IJssel-Vecht B.V., Zwolle
 RAV Stedendriehoek, Apeldoorn
 RAV Zuid Gelderland, Druten
 ROC, Tiel
 Re. Brandweer CPA Fryslân, Locatie Leeuwarden, Leeuwarden
 RHRR Regionale Hulpverlening Rotterdam-Rijnmond, Rotterdam (coördineerde instantie)
 ROAH, Den Haag
 Silo Ambulancevervoer B.V., Rotterdam
 Stichting AHV West Betuwe, Tiel
 Stichting Ambulancedienst Delta Noord, Middelharnis
 Stichting Ambulancediensten Walcheren, Vlissingen
 Stichting Regionale Ambulancevoorziening Provincie Utrecht/RAVU, Utrecht¹
 Stichting Ziekenvervoer Zutphen/Lochem, Zutphen
 Stichting Ambulance/Kollum Buitenpost, Buitenpost
 Stichting Ambulancedienst Bergen, Nieuw Bergen
 Stichting Ambulancedienst Boxmeer, Boxmeer
 Stichting RAV Drenthe, Assen
 Taxi/Ambulancevervoer Coevorden B.V., Coevorden
 UVO Ziekenvervoer B.V., Uithuizermeeden
 VOF AHV Lemmer/Balk, Lemmer
 VOF Samenwerkende Ambulancedienst Grave-Veghel, Veghel)
 VZA Ambulancedienst Amsterdam B.V., Amsterdam
 Ziekendienst Het Witte Kruis B.V., Den Haag¹
 ZTM Ambulance B.V., Groningen

¹ ingevulde vragenlijst ontvangen

² vragenlijst niet van toepassing / geen contact met illegalen

³ onbestelbaar

Bijlage I Vragenlijst ambulancediensten

De vragenlijst zal *vertrouwelijk behandeld* worden.
De gegevens zullen *anoniem gerapporteerd* worden.
Hierbij zal een uitsplitsing naar de vier grote steden en overige ambulancediensten gemaakt worden.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met:
Loes van Herten
Tel 071-5181674
Fax 071-5181903
e-mail LM.vanHerten@pg.tno.nl

Naam ambulancedienst
Naam contactpersoon
Telefoonnummer contactpersoon
(voor bij eventuele onduidelijkheid)

Algemeen

- 1. Wat was de omzet van uw ambulancedienst in 2000?
.....
- 2. Wat verwacht u in 2001 om te zetten?
.....
- 3. Verleent u zorg aan illegalen?
.....
- 4. Hoe definieert u, in termen van uw begroting, een illegaal ?
 - ☐ Onverzekerde vreemdeling
 - ☐ Onverzekerbare vreemdeling
 - ☐ Niet betalende vreemdeling
 - ☐ Overig, namelijk.....

Oninbare kosten ambulancediensten

- 5. Hoe groot waren de werkelijke kosten van dubieuze debiteuren in 2000?
 - A Totaal
 - B Voor illegalen
- 6. Welk bedrag had u voor de post dubieuze debiteuren in 2000 begroot?
 - A Totaal
 - B Voor illegalen
- 7. Indien de werkelijke kosten voor de financiering van de zorg voor illegalen verschillen van het daarvoor begrote bedrag op de post dubieuze debiteuren: Wat was daarvan de reden? (Meerdere antwoorden mogelijk)
 - ☐ Meer zorgvraag van illegalen
 - ☐ Minder zorgvraag van illegalen
 - ☐ Vrijer beleid wat betreft zorgverlening aan illegalen
 - ☐ Restrictiever beleid wat betreft zorgverlening aan illegalen
 - ☐ Meer betaling door illegaal zelf of door derden
 - ☐ Minder betaling door illegaal zelf of door derden
 - ☐ Meer personen alsnog te verzekeren
 - ☐ Minder personen alsnog te verzekeren
 - ☐ Overig, namelijk.....
- 8. Uw gaf bij vraag 5 aan welk gedeelte van de oninbare kosten in 2000 het gevolg was van zorgverlening aan illegalen. Kunt u hier een schatting maken van de kosten voor zorgverlening aan illegalen die u hiernaast wel kreeg vergoed, door:
 - A betaling door de illegaal zelf of door derdenguldens
 - B alsnog aangaan van een verzekeringguldens
 - C anders, namelijkguldens
- 9. Hoe groot verwacht u dat de werkelijke kosten ten gevolge van dubieuze debiteuren in 2001 zullen zijn?
.....

- 10. Wat is uw budget voor de post dubieuze debiteuren in 2001?
.....
- 11. Met welk bedrag zijn de kosten van zorg die uw ambulancedienst verleent aan
illegalen veranderd sinds de invoering van de Koppelingswet, medio 1998?
.....
- 12. Vindt u dat het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren voor het boeken
van (een deel van) de kosten van zorgverlening aan illegalen strookt met het doel
van deze post? En waarom?
.....
.....
.....
- 13. Vindt u dat er een aparte regeling moet komen voor het boeken van (een deel van)
de kosten van zorgverlening aan illegalen? En waarom?
.....
.....
.....
- 14. Kunt u alle kosten die naar uw mening moeten worden vergoed vanwege zorg-
verlening aan illegalen inpassen in de beleidsregel dubieuze debiteuren of zijn er
vormen van zorg die daar buiten vallen?
.....
.....
.....

Zorgverzekeraar

- 15. Met welke zorgverzekeraar voert u de onderhandelingen over uw budget?
.....
- 16. Hoe onderbouwt u een aanvraag voor aanpassing van het budget voor de post
dubieuze debiteuren richting deze zorgverzekeraar?
.....
.....
.....
- 17. Hoe reageert deze zorgverzekeraar daarop?
 - A Wordt u aangesproken op uw incasso gedrag? En zo ja, wat zijn de mini-
male voorwaarden?
.....
 - B Is de verzekeraar bereid om het budget voor de post dubieuze debiteuren te
verhogen indien nodig?
.....
 - C Overig, namelijk
.....
 - D Overig, namelijk
.....

18. Vergoedt de zorgverzekeraar minder kosten wat betreft dubieuze debiteuren dan u redelijk acht?

.....

.....

Regio

19. In hoeverre is er bij de ambulancediensten in uw regio draagvlak voor het verlenen van zorg aan illegalen waarvan de kosten alleen kunnen worden geboekt op de post dubieuze debiteuren?

.....

.....

20. In hoeverre zijn er ambulancediensten in uw regio die geen beroep kunnen of willen doen op de post dubieuze debiteuren voor het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen?

.....

.....

21. In hoeverre is er volgens u sprake van verschillen bij het compenseren van de kosten van zorg aan illegalen tussen ambulancediensten in uw regio?

.....

.....

Knelpunten ambulancedienst

22. Welke knelpunten doen zich in uw ambulancedienst voor bij de financiering van zorg aan illegalen?

.....

.....

23. Welke creatieve oplossingen zijn in uw ambulancedienst zoal bedacht?

.....

.....

Knelpunten regio

24. Welke knelpunten doen zich in uw regio voor bij de financiering van zorg aan illegalen?

.....

.....

25. Welke creatieve oplossingen zijn in uw regio zoal bedacht?
.....
.....
.....

Toekomst

26. Welke veranderingen in de zorgvraag van illegalen kunnen in uw regio worden verwacht?
.....
.....

27. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de kosten van de zorg aan illegalen in uw regio?
.....
.....

28. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de financiering van de zorg aan illegalen in uw ambulancedienst, i.c. voor de te verwachten boekingen op de post dubieuze debiteuren?
.....
.....
.....

Bijlage J Zorgverzekeraars

Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden, Amsterdam
Amersfoortse Zorgverzekering, Amersfoort²
AMEV Pensioen & Zorg NV, Utrecht
Amicon Zorgverzekeraar, Enschede
Amicon Zorgverzekeraar, Wageningen
ANOVA Verzekeringen, Amersfoort
ANOVA-ZAO Groep, Amersfoort
ANOV Verzekeringen, Utrecht
Avero Zorgverzekeringen NV, Zaandam²
AXA Zorg NV, Utrecht
AZIVO Algemeen Ziekenfonds De Volharding, Den Haag³
CZ Groep Zorgverzekeringen, Tilburg¹
De Friesland Zorgverzekeraar, Leeuwarden¹
Delta Lloyd Zorgverzekering, Den Haag
ELVIA Zorgverzekeringen, Rotterdam
FBTO Zorgverzekeringen, Leeuwarden
Generali Schadeverzekering Maatschappij, Diemen
Geové RZG Zorggroep, Groningen
Geové RZG Zorggroep, Velp
Goudse Verzekeringen, Gouda
Groene Land Achmea, Groningen
Groene Land Achmea, Meppel
Groene Land Achmea, Zwolle¹
Hooge Huys Zorgverzekeringen, Velp
Koolhaas Verzekeringen NV, Rotterdam²
LEVOB Gezondheidszorgverzekeringen NV, Leusden²
Nationale Nederlanden, Rotterdam
Nieuwe Hollandse Lloyd, Woerden
Nuts Zorgverzekering, Den Haag
NVS Verzekeringen NV, Amsterdam
OHRA Zorgverzekeringen, Arnhem²
Onafhankelijk Ziekenfonds Bedrijven, Hengelo
ONVZ Ziektekostenverzekeraar, Houten
ONVZ Zorgverzekeraar, Houten
OOM Verzekeringen, Den Haag

¹ ingevulde vragenlijst ontvangen

² vragenlijst niet van toepassing / geen contact met illegalen

³ geen tijd, geen prioriteit

OZ Zorgverzekeringen, Breda
OZF, Hengelo
OZVM Het Anker, Groningen
PNO/OZV Maatschappij, Hilversum²
PRO-LIFE Zorgverzekeringen, Utrecht (per 1-7-2000 overgenomen door ANOVA Amersfoort)
PWZ Achmea, Purmerend
Rijnmond Verzekeringsmaatschappij NV, Rotterdam
Salland Verzekeringen, Deventer¹
Stad Rotterdam Verzekeringen, Rotterdam
Univé Zorgverzekeraar, Alkmaar
VVAA Schadeverzekeringen NV, Utrecht
Woudsend Verzekeringen, Woudsend²
ZAO Zorgverzekeringen, Amsterdam
Zilveren Kruis Achmea, Heemstede
Zilveren Kruis Achmea, Noordwijk
Zilveren Kruis Achmea, Rotterdam
Zorgverzekeraar DSW, Schiedam
Zorgverzekeraar TRIAS, Gorinchem¹
Zorgverzekeraar VGZ, Nijmegen
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid, Leiden
Zwolsche Algemeene Schadeverzekering, Nieuwegein

¹ ingevulde vragenlijst ontvangen

² vragenlijst niet van toepassing / geen contact met illegalen

³ geen tijd, geen prioriteit

Bijlage K Vragenlijst zorgverzekeraars

De vragenlijst zal *vertrouwelijk behandeld* worden.

De gegevens zullen *anoniem gerapporteerd* worden.

Hierbij zal een uitsplitsing naar de vier grote steden en overige ziekenhuizen gemaakt worden.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u contact opnemen met:

Loes van Herten

Tel 071-5181674

Fax 071-5181903

e-mail LM.vanHerten@pg.tno.nl

Naam zorgverzekeraar

Naam contactpersoon

(voor bij eventuele onduidelijkheid)

Algemeen

1. Met hoeveel ziekenhuizen voert u onderhandelingen?

.....

2. In welke regio liggen deze ziekenhuizen?

- Ziekenhuis 1
- Ziekenhuis 2.
- Ziekenhuis 3.
- Ziekenhuis 4
- Ziekenhuis 5.
- Ziekenhuis 6.
- Ziekenhuis 7

Oninbare kosten ziekenhuizen

3. Hoe groot waren de geboekte kosten op de post dubieuze debiteuren in 2000?

- Ziekenhuis 1
- Ziekenhuis 2.
- Ziekenhuis 3.
- Ziekenhuis 4
- Ziekenhuis 5.
- Ziekenhuis 6.
- Ziekenhuis 7

4. Was dit meer of minder dan was begroot? Kunt u dit ook kwantificeren?

- Ziekenhuis 1
- Ziekenhuis 2.
- Ziekenhuis 3.
- Ziekenhuis 4
- Ziekenhuis 5.
- Ziekenhuis 6.
- Ziekenhuis 7

5. Zijn de kosten volledig door u vergoed?

- Ziekenhuis 1
- Ziekenhuis 2.
- Ziekenhuis 3.
- Ziekenhuis 4
- Ziekenhuis 5.
- Ziekenhuis 6.
- Ziekenhuis 7

- 6. Zijn de resultaten van 2000 verwerkt in een budgetvergroting van de post dubieuze debiteuren voor de volgende jaren? Kunt u dit kwantificeren?
 - Ziekenhuis 1
 - Ziekenhuis 2
 - Ziekenhuis 3
 - Ziekenhuis 4
 - Ziekenhuis 5
 - Ziekenhuis 6
 - Ziekenhuis 7
- 7. Hoe groot verwacht u dat het totale bedrag dat wordt geboekt op de post dubieuze debiteuren in 2001 zal zijn?
 - Ziekenhuis 1
 - Ziekenhuis 2
 - Ziekenhuis 3
 - Ziekenhuis 4
 - Ziekenhuis 5
 - Ziekenhuis 6
 - Ziekenhuis 7
- 8. Welk gedeelte van de post dubieuze debiteuren was in 2000, naar uw inschatting, het gevolg van zorgverlening aan illegalen?
 - Ziekenhuis 1
 - Ziekenhuis 2
 - Ziekenhuis 3
 - Ziekenhuis 4
 - Ziekenhuis 5
 - Ziekenhuis 6
 - Ziekenhuis 7
- 9. Met welk bedrag is het beroep dat de ziekenhuizen moeten doen op de post dubieuze debiteuren veranderd sinds de invoering van de Koppelingswet?
.....
.....
.....
- 10. Wat is volgens u de verklaring voor deze verandering?
.....
.....
.....
- 11. Vindt u dat het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren voor het boeken van (een deel van) de kosten voor illegalen strookt met het doel van deze post? En waarom?
.....
.....
.....

Ziekenhuis

12. Wat is uw standpunt over het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen op de post dubieuze debiteuren richting het ziekenhuis?

.....

.....

.....

13. Stelt u voorwaarden aan het ziekenhuis over het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen op de post dubieuze debiteuren? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

14. Hoe wordt daar vervolgens door de ziekenhuizen op gereageerd?

.....

.....

.....

15. Bent u bereid het bedrag dubieuze debiteuren te veranderen voor het boeken van kosten vanwege zorgverlening aan illegalen als het ziekenhuis daar argumenten voor heeft? Zo ja, welke argumenten spelen bij deze overweging dan een rol?

.....

.....

.....

Regio

16. Maakt u met andere zorgverzekeraars afspraken over de mate waarin u een bepaalde omvang van de post dubieuze debiteuren accepteert in de regio waarin u onderhandelingen voert? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

17. In hoeverre is er volgens u sprake van verschillende verdelingen van de kosten van zorg aan illegalen tussen regio's?

.....

.....

.....

18. Waarop baseert u deze conclusie?

.....

.....

.....

19. In hoeverre is er volgens u sprake van verschillende verdelingen van de kosten van zorg aan illegalen tussen ziekenhuizen in uw regio?

.....

.....

.....

20. Waarop baseert u deze conclusie?

.....

.....

.....

Knelpunten

21. Welke knelpunten doen zich in uw regio voor bij de financiering van zorg aan illegalen?

.....

.....

.....

22. Welke creatieve oplossingen zijn in uw regio bedacht?

.....

.....

.....

23. Neemt u deel aan een regionaal platform illegale zorg? En waarom?

.....

.....

.....

24. Heeft u opmerkingen over de regeling Stichting Koppeling? Zo ja welke?

.....

.....

.....

Toekomst

25. Welke veranderingen in de zorgvraag van illegalen kunnen in uw regio worden verwacht?

.....

.....

.....

26. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de kosten van de zorg aan illegalen in uw regio?

.....

.....

.....

27. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de financiering van de zorg aan illegalen, i.c. voor de te verwachten boekingen op de post dubieuze debiteuren?

.....

.....

Bijlage L Vragenlijst groepsinterviews

In 1999 hebben we in uw regio een groepsinterview gehouden over de toegankelijkheid van de zorg voor illegalen. Onderwerpen die toen aan bod zijn gekomen zijn de samenstelling van de groep illegalen, het klachtenpatroon illegalen, de door u ervaren problemen en de invloed van de Koppelingswet op deze onderwerpen. In dit groepsinterview willen we de nadruk leggen op de financiering van de zorg voor illegalen, waaronder de regeling Stichting Koppeling en de Beleidsregel dubieuze debiteuren, ook bekend als de post dubieuze debiteuren. Ik zal een verslag van dit gesprek maken en voor correctie en aanvulling aan u toesturen. Op basis van hiervan zal een samenvatting geschreven worden voor onze rapportage. Deze rapportage wordt u te zijner tijd toegestuurd.

Regionaal platform illegalenzorg

De eerste set vragen over het regionaal platform is reeds met uw contactpersoon bij de GGD doorgenomen.

- 1. wanneer bestaat het platform illegalenzorg in uw regio?
- 2. Hoe is het platform illegalenzorg in uw regio ontstaan?
- 3. Wat is het doel van het platform illegalenzorg in uw regio?
- 4. Wat is de rechtspositie van het platform in uw regio?
- 5. Wat is het werkgebied van uw platform?
- 6. Welke partijen zijn in uw platform vertegenwoordigd (meestal aanwezig, agendalid)?
 - ☐ huisarts
 - ☐ verloskundige
 - ☐ apotheker
 - ☐ tandarts
 - ☐ paramedicus
 - ☐ medewerker GGD eerstelijnszorg
 - ☐ medewerker GGD infectieziektenbestrijding
 - ☐ medewerker instelling gericht op zorg voor onverzekerden of asielzoekers
 - ☐ medewerker ziekenhuis
 - ☐ medewerker GGZ-instelling
 - ☐ medewerker verpleeghuis
 - ☐ medewerker thuiszorg (kraamzorg)
 - ☐ medewerker regionale zorgverzekeraar
 - ☐

7. Welke partijen zijn vandaag aanwezig?
 - ☐ huisarts
 - ☐ verloskundige
 - ☐ apotheker
 - ☐ tandarts
 - ☐ paramedicus
 - ☐ medewerker GGD eerstelijnszorg
 - ☐ medewerker GGD infectieziektenbestrijding
 - ☐ medewerker instelling gericht op zorg voor onverzekerden of asielzoekers
 - ☐ medewerker ziekenhuis
 - ☐ medewerker GGZ-instelling
 - ☐ medewerker verpleeghuis
 - ☐ medewerker thuiszorg (krammzorg)
 - ☐ medewerker regionale zorgverzekeraar
 - ☐
8. Wat is uw functie/positie in uw platform?
9. Hoeveel kost het in stand houden van het platform per jaar?
 - ☐ ... uren voor coördinatie platform per maand (inclusief overleg)
 - ☐ ... uren voor beantwoorden vragen van individuele zorgverleners (helpdeskfunctie) per maand
 - ☐
10. Is er informatie (folder, jaarverslag, statuten) over uw platform illegale zorg beschikbaar?
11. Sinds wanneer doet uw platform een beroep op Stichting Koppeling?
12. Welk bedrag heeft uw platform in 2001 aangevraagd?
13. Welk bedrag heeft uw platform over 2000 gedeclareerd?
14. Is het hierbij mogelijk een verdeling over de zorgsegmenten aan te geven?

Stichting Koppeling

15. Hoe voert u als regionaal platform de regeling Stichting Koppeling uit?
16. Hoe ziet uw platform de positie van Stichting Koppeling?
17. Wat vindt uw platform van de werkwijze van Stichting Koppeling?
18. Vindt u dat de regeling Stichting Koppeling voldoet aan haar doelstelling?
(het verlenen van financiële bijdragen aan regionale organisaties om daarmee knelpunten in de gezondheidszorg ten behoeve van illegaal verblijvende vreemdelingen te helpen oplossen)
19. Welke invulling geeft u, als platform, aan het criterium 'bovenmatige belasting' bij het aanvragen van budget bij Stichting Koppeling?
20. Welke invulling geeft u, als platform, aan het criterium 'bovenmatige belasting' voor de aanvragen van individuele zorgverleners?
21. Kunt u alle kosten die naar uw mening moeten worden vergoed door de regeling Stichting Koppeling onderbrengen bij die regeling?

Beleidsregel dubieuze debiteuren

22. Hoe wordt de beleidsregel dubieuze debiteuren naar uw ervaring uitgevoerd?
23. In hoeverre doet u zelf een beroep op de beleidsregel dubieuze debiteuren?
24. Vindt u dat de beleidsregel dubieuze debiteuren voldoet aan haar doelstelling?
25. Kunt u alle kosten die naar uw mening moeten worden vergoed door de beleidsregel dubieuze debiteuren onderbrengen bij die regeling?

Afstemming regelingen

26. Hoe zouden de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren zich volgens u ten opzichte van elkaar moet verhouden?
27. Wordt daar ook aan voldaan?
28. Is het onderscheid tussen de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren werkbaar?
29. Is het onderscheid tussen de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren rechtvaardig?

Zorgverleners

30. In hoeverre zijn de regelingen bij de betrokken zorgverleners in uw regio bekend?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren
31. Onderneemt uw platform activiteiten om deze bekendheid van de regeling te vergroten?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren
32. In hoeverre is er bij de zorgverleners in uw regio draagvlak voor de regelingen
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren
33. In hoeverre zijn er zorgverleners in uw regio die geen beroep kunnen of willen doen op de regelingen?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren
34. In hoeverre is er volgens uw platform sprake van verschillen tussen zorgverleners bij het compenseren van de kosten in uw regio?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren

Knelpunten

35. Welke knelpunten doen zich in uw regio voor bij de financiering van zorg aan illegalen?
36. Welke creatieve oplossingen zijn in uw regio zoal bedacht?

Toekomst

37. Welke veranderingen in de zorgvraag van illegalen kunnen in uw regio worden verwacht?
38. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de kosten van de zorg in uw regio?
39. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de financiering van de zorg in uw regio, i.c. voor de te verwachten declaraties van uw regio bij Stichting Koppeling?
40. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor het functioneren van uw platform?

Bijlage M Koepelorganisaties

College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)¹
College voor Zorgverzekeringen (CVZ)¹
Defence for Children International (DCI)¹
Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland)¹
Inspectie voor de Gezondheidszorg¹
Johannes Wier Stichting, werkgroep illegalen
Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (KNCV)
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG)¹
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP)
Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV)¹
Landelijke Federatie voor Ambulance Zorg (LFAZ)
Landelijk Centrum voor Ouder en Kindzorg (LC OKZ)
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)¹
Landelijke Vereniging Gezondheidscentra (LVG)¹
Landelijke Vereniging Thuiszorg (LVT)¹
GGD Nederland¹
Landelijke Vereniging voor Indicatie Organen (LVIO)¹
Nederlandse Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM)¹
Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Tandheelkunde (NMT)¹
Platform migranten zonder verblijfsvergunning¹
Stichting Aidsfonds
Stichting Forum¹
Stichting Pharos¹
Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ)¹
Vluchtelingen Organisaties Nederland (VON)¹
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)¹

¹ geïnterviewde organisaties

Bijlage N Vragenlijst koepelorganisaties en organisaties die de belangen van illegalen behartigen

Knelpunten

1. Welke knelpunten doen zich voor bij de financiering van zorg aan illegalen?
2. Welke creatieve oplossingen worden zoal bedacht?

Regeling Stichting Koppeling

3. Bent u bekend met de regeling Stichting Koppeling?

Indien ja:

- Welke signalen ontvangt u over de positie en werkwijze van Stichting Koppeling?
- Vindt u dat de regeling Stichting Koppeling voldoet aan haar doelstelling? (het verlenen van financiële bijdragen aan regionale organisaties om daar mee knelpunten in de gezondheidszorg ten behoeve van illegaal verblijvende vreemdelingen te helpen oplossen)
- Heeft u het idee dat zorgverleners kosten die moeten worden vergoed door de regeling Stichting Koppeling kunnen worden ondergebracht bij die regeling?

Beleidsregel dubieuze debiteuren

4. Bent u bekend met de beleidsregel dubieuze debiteuren?

Indien ja:

- Welke signalen ontvangt u over het gebruik van de beleidsregel dubieuze debiteuren?
- Vindt u dat de beleidsregel dubieuze debiteuren voldoet aan haar doelstelling?
- Heeft u het idee dat zorgverleners kosten die moeten worden vergoed door de beleidsregel dubieuze debiteuren kunnen worden ondergebracht bij die regeling?

Afstemming regelingen

5. Hoe zouden de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren zich volgens u ten opzichte van elkaar moet verhouden?
6. Wordt daar ook aan voldaan?
7. Is het onderscheid tussen de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren werkbaar?
8. Is het onderscheid tussen de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren rechtvaardig?

Zorgverleners

9. Heeft u een idee in hoeverre de regelingen bij de betrokken zorgverleners bekend zijn?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren
10. Onderneemt uw organisatie activiteiten om deze bekendheid van de regeling te vergroten?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren
11. Heeft u een idee in hoeverre er bij de zorgverleners draagvlak is voor de regelingen?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren
12. Heeft u een idee in hoeverre er zorgverleners zijn die geen beroep kunnen of willen doen op de regelingen?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren
13. Heeft u een idee in hoeverre er sprake is van verschillen tussen zorgverleners en/of instellingen bij het compenseren van de kosten van zorgverleners?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren

Toekomst

14. Welke veranderingen in de zorgvraag van illegalen kunnen worden verwacht?
15. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de kosten van de zorg?
16. Welke consequenties zou dit kunnen hebben voor de financiering van de zorg?
 - Regeling Stichting Koppeling
 - Beleidsregel dubieuze debiteuren

De wet *Wijziging van de Vreemdelingenwet en enige andere wetten*, beter bekend als de Koppelingswet, heeft tot doel de toegang van illegalen tot collectief gefinancierde voorzieningen in Nederland te beperken. Bij de invoering van de Koppelingswet kregen zorgverleners twee mogelijkheden tot financiële compensatie voor zorgverlening aan illegalen. Ziekenhuizen, revalidatiecentra, ambulancediensten en de audiologische, astma-, epilepsie- en radiotherapeutische centra kunnen de kosten hiervan boeken als oninbaar (op de post dubieuze debiteuren) binnen de bestaande financieringssystematiek op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg; aanbieders van overige gezondheidszorg kunnen een beroep doen op de regeling Stichting Koppeling.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft TNO Preventie en Gezondheid opdracht gegeven beide financieringsregelingen te evalueren. Doel van het onderzoek is inzicht te krijgen in de wijze waarop de financiële compensatie van de gevolgen van de Koppelingswet voor de gezondheidszorg is geregeld en het effect van deze compensatie.

Op grond van de resultaten van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat de regeling Stichting Koppeling en de beleidsregel dubieuze debiteuren wat betreft de financiering van de zorg voor illegalen in grote mate voldoen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in de praktijk de nodige creatieve oplossingen nodig zijn; met name in de ziekenhuizen wordt ook getracht de zorg te minimaliseren. Knelpunten betreffen de bureaucratie van de regeling Stichting Koppeling, de concentratie van de zorgvraag bij een beperkte groep zorgverleners, de financiering van de duurdere zorg (met name medicatie aan chronisch zieke illegalen) en de eigen bijdrage voor sommige AWBZ-gefinancierde instellingen (één promille van hun budget).

