



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Recht op toegankelijke zorg: ook voor vreemdelingen

Hendriks, A.C.; Toebe, B.C.A.

Citation

Hendriks, A. C., & Toebe, B. C. A. (2016). Recht op toegankelijke zorg: ook voor vreemdelingen. *Nederlands Juristenblad*, 91(19), 1347-1352. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/41251>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/41251>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Recht op toegankelijke zorg: ook voor vreemdelingen

Aart Hendriks & Brigit Toebes¹

Afgelopen jaar hebben bijna 60 000 mensen in Nederland asiel aangevraagd in Nederland. Van deze groep heeft inmiddels 70% een verblijfsstatus ('statushouder'). Volgens een recent onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) staat de medische zorg aan asielzoekers onder druk.² Dat terwijl de gezondheid van asielzoekers en andere vreemdelingen gemiddeld toch al aanzienlijk minder goed is dan die van Nederlanders.³ De zorg aan statushouders en aan personen van wie de asielaanvraag is afgewezen kent eigen problemen. Vallen hier lessen te trekken uit grond- en mensenrechten?

1. Het recht op gezondheid

Het recht op gezondheid is een fundamenteel mensenrecht, dat stevig ligt verankerd in onze Grondwet en in diverse verdragen waarbij Nederland partij is.⁴ Dit recht verplicht overheden om een zo hoog mogelijk niveau van gezondheid te respecteren, te beschermen en te bevorderen. Deze verplichting heeft onder meer betrekking op het systeem van gezondheidszorg dat landen geacht worden in stand te houden.⁵ Kort en krachtig, de zorg moet voor allen die zich op het grondgebied van een staat bevinden beschikbaar, toegankelijk, acceptabel en van goede kwaliteit zijn.⁶ Toegankelijkheid impliceert volgens deze criteria dat is voldaan aan de eisen van non-discriminatie, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg, alsmede aan de eis van toegankelijkheid van informatie.⁷

Het recht op gezondheid schept daarom verplichtingen voor onze overheid inzake de toegankelijkheid van de zorg, óók ten opzichte van asielzoekers. Het is daarom logisch dat de IGZ de zorg aan asielzoekers recentelijk onder de loep nam.⁸ Maar dergelijke verplichtingen bestaan er voor onze overheid ook jegens statushouders, uitgeprocedeerden en andere groepen vreemdelingen die buiten de reikwijdte van het IGZ-rapport vallen. Voor zover die verplichtingen niet volgen uit het recht op gezondheid, liggen zij besloten in de zogeheten klassieke grond- en mensenrechten, zoals het recht op leven, het verbod van foltering en het recht op privéleven.⁹ Dat betekent niet dat die toegankelijkheid voor alle groepen in alle opzichten gelijk, in de zin van hetzelfde, moet zijn.¹⁰ Zo mag een overheid onderscheid maken

Auteurs

1. Prof. mr. A.C. Hendriks is hoogleraar gezondheidsrecht te Leiden en medewerker van dit blad. Prof. mr. B.C.A. Toebes is adjunct hoogleraar en Rosalind Franklin Fellow verbonden aan de Faculteit Rechtsgeleerdheid van de Rijksuniversiteit Groningen.

Noten

2. IGZ, *Medische zorg aan asielzoekers onder druk maar ketenpartners beperken gezamenlijk grootste risico's*, Utrecht: IGZ, maart 2016.

3. S. Goosen, *A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Netherlands* (diss. UvA Amsterdam), Amsterdam, 2014 en U. Ikram & K. Stronks, *Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers*, bijlage bij 'Briefadvies Geestelijke gezondheid van vluchtelingen' van de Gezondheidsraad, 24 februari 2016.

4. Art. 22 lid 1 Grondwet en o.a. art. 12 Internationaal Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele rechten (IVESCR, 1966); B. Toebes e.a., 'The Right to Health

and the Other Health-Related Rights', in: B. Toebes e.a. (red.), *Health and Human Rights in Europe*, Antwerpen: Intersentia, 2012 en A. Clapham & M. Robinson (red.), *Realizing the Right to Health*, Zürich: Rüffer & Rub 2009.

5. M. San Giorgi, *The Human Right to Equal Access to Health Care* (diss. Rotterdam), Antwerpen: Intersentia 2012.

6. VN-Comité inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (CESCR), General Comment No. 14 on the Right to the Highest Attainable Standard of Health, UN Doc. E/C.12/2000/4, August 11, 2000, par. 12.

7. Goosen, 2014 (noot 3).

8. IGZ 2016 (noot 2).

9. A.C. Hendriks, 'The Council of Europe and Health and Human Rights', in: Toebes e.a., 2012, p. 2350 en A.E.M. Leijten, *Core rights and the protection of socio-economic interests by the European Court of Human Rights* (diss. Leiden), Leiden: E.M. Meijers Instituut 2015, p. 351-389. Zie ook EHRM 17 maart 2016, 23796/10 (*Vasileva vs. Bulgarije*), par. 63.

10. Zie ook HvJ EU 18 december 2014, ECLI:EU:C:2014:2452 (*M'Bodj*).

tussen verzekerden die premie betalen en zij die geen premies hebben betaald ('onverzekerden') alsmede personen die zich vanwege hun niet-rechtmatige verblijfsstatus niet kunnen verzekeren tegen ziektekosten ('onverzekerbaren'). In de optiek van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) bevinden onverzekerden en onverzekerbare personen zich namelijk niet in een 'relevantly similar situation' en levert het maken van onderscheid jegens deze groepen daarom niet per definitie discriminatie op.¹¹ Tegelijkertijd heeft het EHRM al in *Thlimmenos* (2000) uitgemaakt dat het discriminatieverbod ook wordt geschonden indien staten nalaten personen die zich in een significant verschillende positie bevinden verschillend te behandelen.¹² Deze uitleg van het discriminatieverbod van het Hof resulteerde onder meer in uitspraken waarin het EHRM een schending van het EVRM aannam vanwege het ontbreken van een tolk, een begrijpelijke tekst of andere voorziening opdat de patiënt daadwerkelijk geïnformeerde toestemming (*informed consent*) voor een behandeling kon geven.¹³

Naast het waarborgen van zorg die voldoet aan de eisen van beschikbaarheid, toegankelijkheid, acceptabel en goede kwaliteit, verplicht het recht op gezondheid tot het nemen van passende maatregelen gericht op het creëren van een gezonde leefomgeving.¹⁴ Dit betreft het garanderen van condities als goede huisvesting en hygiëne. Zoals wij hieronder zullen aangeven staan de condities waaronder asielzoekers worden opgevangen soms op gespannen voet met deze verplichting. Doordat de IGZ slechts taken en bevoegdheden heeft met betrekking tot de gezondheidszorg, besteedt zij in haar rapport geen aandacht aan deze voorwaarden voor gezondheid. Dat is jammer, omdat onze gezondheid bovenal wordt bepaald door factoren als leefstijl en leefomstandigheden; de mate waarin onze gezondheid wordt bepaald door de kwaliteit van de gezondheidszorg steekt hierbij schril af.¹⁵

In het onderstaande gaan wij na in hoeverre onze overheid haar grond- en mensenrechtelijke verplichtingen nakomt met betrekking tot het recht op gezondheid van drie groepen, te weten asielzoekers, statushouders en uitgeprocedeerden. Alhoewel de nadruk daarbij ligt op de zorg, staan wij ook stil bij enkele aspecten aangaande een gezonde leefomgeving. Hoewel Nederland diverse juridische en beleidsmatige maatregelen heeft getroffen om te waarborgen dat ook deze groepen toegang kunnen krijgen tot zorg alsmede goed verblijf, concluderen wij dat dit beleid in verschillende opzichten tekort schiet en nog diverse losse eindjes kent. Het Nederlandse uitzetbeleid laten wij hier buiten beschouwing.¹⁶

2. Asielzoekers

Bij binnenkomst in Nederland ondergaan asielzoekers een screening op tbc.¹⁷ Asielzoekers zijn verplicht aan deze screening mee te werken op straffe van afwijzing van een verblijfsvergunning.¹⁸ Daarnaast komen asielzoekers in aanmerking voor een bredere gezondheidscheck, ook wel medische intake genoemd. Aldus kan worden gezien wat de medische geschiedenis van een asielzoeker is en welke hulpvragen er zijn. Uit het onderzoek van de IGZ komt naar voren dat asielzoekers in de praktijk niet altijd zo'n medische intake krijgen aangeboden.¹⁹ In die gevallen bestaat het gevaar dat asielzoekers niet of niet tijdig de

Voor asielzoekers geldt dat zij geen premie hoeven te betalen, dat voor hen geen jaarlijks eigen risico geldt van thans € 385 en dat voor hen evenmin eigen bijdragen in rekening worden gebracht

noodzakelijke zorg krijgen.

Zolang de asielzoeker 'in procedure' is, dat wil zeggen in afwachting op een besluit op de asielaanvraag, wordt de asielzoeker gehuisvest door het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA).²⁰ Asielzoekers in de opvang, te weten in een asielzoekerscentrum (AZC) dan wel een voorziening voor (crisis)noodopvang, zijn collectief verzekerd via de Regeling zorg asielzoekers (RZA). Op grond van deze regeling hebben asielzoekers recht op bijna alle zorg uit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz).²¹ Bovendien maken asielzoekers op grond van het RZA-pakket aanspraak op vergoeding van een tolk, zodat zij in hun eigen taal kunnen communiceren met een zorgverlener. Voor asielzoekers geldt dat zij geen premie hoeven te betalen, dat voor hen geen jaarlijks eigen risico geldt van thans € 385 en dat voor hen evenmin eigen bijdragen in rekening worden gebracht. Daarnaast kent de RZA aanvullende zorg voor asielzoekers, zoals mondzorg voor volwassenen, vergoeding van een bril en algemeen maatschappelijk werk-zorg die niet valt onder het basispakket van de Zvw of de Wlz. Menzis COA Administratie (MCA) voert de RZA in opdracht van het COA uit. Op grond van de RZA maakt een asielzoeker aanspraak op zorg in natura, dat wil zeggen dat asielzoekers uitsluitend gebruik kunnen maken van door MCA gecontracteerde zorgaanbieders en de nota's van zorgaanbieders rechtstreeks door MCA worden vergoed. Voor asielzoekers heeft dit het voordeel dat zij niet allerlei rekeningen hoeven te betalen. Anders dan bij een restitutieverzekering kunnen asielzoekers daarentegen maar in zeer beperkte mate hun eigen zorgaanbieders kiezen.

Het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) en de voor het GC A werkzame huisartsen vervullen een belangrijke rol bij het verlenen van gezondheidszorg. De huisartsen houden overdag spreekuur en vervullen een poortwachterfunctie richting de tweede lijn (medisch specialistische zorg). De huisartsen worden bijgestaan door praktijkverpleegkundigen, consultants GGZ en praktijkassistenten. In de praktijk bepalen de laatste, via een geprotocolleerd triagesysteem, of een asielzoeker met een gezondheidsvraag al dan niet door de (huis)arts wordt gezien. Hoewel exacte cijfers ontbreken, blijkt uit berichten en onderzoeksrapporten dat de daadwerkelijke toegang tot een arts minder drempelvrij dan op het eerste gezicht lijkt.²² Hoewel ook asielzoekers zich kunnen beklaagen over de toegang tot de zorg,²³ is dat in de praktijk las-



Wachtkamer voor medische zorg in de noodopvang voor asielzoekers in de Zwolse IJsselhallen. © Herman Engbers - Hollandse Hoogte

tig. Hier wreekt zich onder andere de afhankelijkheid van asielzoekers, het gebrek aan kennis over het stelsel van gezondheidszorg en – in de meeste gevallen – een gebrek-kige kennis van het Nederlands. Dat laatste kan in bepaalde zorgsituaties worden ondervangen door de inzet van een tolk, maar asielzoekers worden gedurende de asielprocedure niet in staat gesteld zich de Nederlandse taal eigen te maken behoudens het leren van enkele woorden en zinnetjes door vrijwilligers.

Het bovenstaande laat zien dat asielzoekers aan-

spraak maken op een ruim aanbod van zorg. Door de inzet van een tolk, waarop aanspraak kan worden gemaakt, kunnen taalkundige en interculturele barrières worden geslecht. Niettemin zijn er ook knelpunten. Aan de daadwerkelijke toegang tot een arts gaat doorgaans een systeem van triage vooraf, en er bestaat geen recht op vrije artskeuze. Bovendien geldt ook voor huisartsconsulten aan de asielzorg dat die geacht worden tien minuten te duren, hetgeen weinig tijd is gelet op de vaak complexe gezondheidsproblemen van asielzoekers.²⁴ De IGZ

¹¹. Zie o.a. EHRM 16 maart 2010, AB 2011/149 (*Carson e.a. vs. het VK (GC)*), m.nt. T. Barkhuysen en M.L. van Emmerik, EHRC 2010, 60 (m.nt. A.H.H. Bollen-Vandenboorn); EHRM 7 juli 2011, EHRC 2011/136 (*Stummer vs. Oostenrijk (GC)*), m.nt. B. Barentsen; EHRM 23 oktober 2013, AB 2013/43 (m.nt. A.E.M. Leijten), EHRC 2013/46 (*Ramaer & Van Willigen vs. Nederland (ont.besl.)*), m.nt. A.E.M. Leijten, GJ 2013/50, USZ 2013/55 (m.nt. A.P. van der Mei).

¹². EHRM 6 april 2000, AB 2000/386 (*Thlimmenos vs. Griekenland (GC)*), m.nt. L.F.M. Verhey, EHRC 2000/45, m.nt. J.H. Gerards, NJCM-Bulletin 2000, m.nt. A.C. Hendriks & T. Loenen, p. 1095.

¹³. Zie o.a. EHRM 4 maart 2008, EHRC 2008, 60 (*Tastan vs. Turkije*), m.nt. J. van der Velde; EHRM 23 november 2010,

62079/09 (*M.V. vs. Slowakije (ontv.besl.)*); EHRM 8 november 2011, NJ 2012/247, EHRC 2012/18 (*V.C. vs. Slowakije*), (m.nt. A.C. Hendriks), NTM/NJCM-Bull. 2012, m.nt. A.C. Hendriks en J. Mackic, p. 59. Zie ook: EHRM 8 november 2012, NTM-NJCM-Bull. 2013/63 (*Z.H. vs. Hongarije*), (m.nt. J.E. Goldschmidt) p. 773. Zaken waarin het Hof taalproblemen in de zorg problematiseert, maar uiteindelijk aanneemt dat het EVRM niet is geschonden zijn o.a. EHRM 7 oktober 2008, NJ 2010/58 (*Bogumil vs. Portugal*), m.nt. F.C.B. van Wijmen, EHRC 2009, 1, NJCM-Bulletin 2009, m.nt. A.C. Hendriks p. 428; EHRM 10 januari 2008, NJ 2008/600 (*Kearns vs. Frankrijk*), m.nt. J. de Boer, EHRC 2008/40.

¹⁴. General Comment 14, par. 4.

¹⁵. Zie ook Wereldgezondheidsorganisatie, World Health Organization/Commission on

the Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* Geneva: WHO, 2008.

¹⁶. Zie hierover o.a. B. Wallage e.a., 'Inhu-maan vreemdelingenbeleid: de zieke vreemdeling', NJB 2014/624, afl. 12, p. 781.

¹⁷. Uit onderzoek blijkt overigens dat tbc onder Syrische vluchtelingen relatief weinig voorkomt. Onder asielzoekers uit Eritrea en Ethiopië komt tbc daarentegen relatief veel voor. G. de Vries e.a., 'Tuberculose bij asielzoekers in Nederland', *Ned Tijdschr Geneeskde* 2016;160:D51.

¹⁸. Art. 16 lid 1 onder e Vreemdelingenwet (VW 2000). Zie ook art. 54 lid 1 onder d VW 2000.

¹⁹. IGZ 2016 (noot 2), p. 25.

²⁰. Het COA is een zelfstandig bestuursor-gaan verantwoordelijk voor de opvang,

begeleiding en uitstroom van asielzoekers. Wet Centraal Orgaan opvang Asielzoekers, Stb. 1994, 422.

²¹. Uitgezonderd zijn o.a. ivf-zorg en trans-genderzorg.

²². Zie o.a. Nationale ombudsman, *Medi-sche zorg aan vreemdelingen*, Den Haag, 3 oktober 2013, rapport nr. 2013/125 en R. Hassink, 'Eerste hulp bij opvang', *Artsen-Auto* 2016 (maart), p. 26-29.

²³. O.a. op grond van de Wet op de beroep-en in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG, o.a. tuchtrecht), Wet klachtrecht cliën-ten zorgsector en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

²⁴. S. Goosen, *A safe and healthy future? Epidemiological studies on the health of asylum seekers and refugees in the Nether-lands* (diss. UvA Amsterdam), Amsterdam, 2014.

wijst in haar onderzoek terecht op het belang asielzoekers voor te lichten over ons stelsel van gezondheidszorg, maar zij doet geen uitspraken over het belang van een tolk voor de periode na toekenning van de asielaanvraag.

Zoals hierboven reeds is aangegeven valt ook de leefomgeving van individuen onder de bescherming van het recht op gezondheid. Het VN-Kinderrechtencomité en UNICEF hebben in 2015 hun bezorgdheid uitgesproken over de condities waaronder kinderen worden opgevangen in asielzoekerscentra in Nederland. Het Kinderrechtencomité sprak over 'Poor conditions in asylum reception centers where children are not allowed to move freely (...)'.²⁵ Ook uit andere bronnen is bekend dat de leefomstandigheden in de AZC's worden gekenmerkt door weinig privacy, onzekerheid over de eigen toekomst en geen werk – factoren die de geestelijke gezondheid weinig goed doen. (Ook) vanuit mensenrechtelijk opzicht is dit problematisch.

3. Statushouders

Zodra een asielzoeker beschikt over een verblijfsvergunning, verandert er veel – ook met betrekking tot het recht op toegankelijke zorg. Vanaf de datum waarop de verblijfsvergunning is uitgegeven, vervalt het recht op zorg op grond van de RZA. Net als (bijna) alle ingezetenen van Nederland²⁶ is de statushouder dan verplicht zich te verzekeren tegen ziektekosten op grond van de Zvw. Daartoe dient de statushouder uiterlijk binnen vier maanden een zorgverzekering af te sluiten met een van de zorgverzekeraars, die verplicht is tot acceptatie. Ook gaat de statushouder dan premie betalen, en wel met terugwerkende kracht tot het moment waarop de verblijfsvergunning is verstrekt. Daarnaast geldt vanaf dan het eigen risico.²⁷

De statushouder kan kiezen voor een natura-, een restitutie of een combinatiepolis. In de praktijk zijn er 150 polisvarianten waartussen een verzekerde kan kiezen, geen geringe opgave voor iemand die zich net in Nederland vestigt en nauwelijks bekend is met ons stelsel. Het basispakket onder de Zvw voorziet evenwel niet in vergoeding van tolkkosten. Dit op grond van een besluit van de Minister van VWS uit 2011, met gevolg dat de tolk- en vertaaldiensten met ingang van 2012 voor de meeste groepen die het Nederlands niet of niet goed beheersen niet meer voor vergoeding in aanmerking komen.²⁸ Dat maakt het voor artsen en andere hulpverleners in veel situaties lastig om goede zorg te bieden, laat staan om *informed consent* te krijgen voor onderzoek of behandeling van de patiënt. Hulpverleners handelen daarmee in strijd met wettelijke en professionele plichten, en dienen te weten dat het EHRM ook veel belang hecht aan het verkrijgen van *informed consent*.²⁹

In veel situaties zal de statushouder dit knelpunt trachten te ondervangen door een familielid of andere bekende mee te nemen naar het spreekuur, die het Nederlands beter beheerst. Dit is evenwel in strijd met de Veldnormen voor de inzet van tolken in de gezondheidszorg, die in 2005 op advies van de IGZ zijn opgesteld. Volgens deze normen dient de hulpverlener een professionele tolk in te schakelen, die dan vervolgens van overheidswege wordt vergoed.³⁰ Sinds 2012 geldt *de facto* evenwel dat het inschakelen en bekostigen van een tolk de verantwoordelijkheid van de patiënt is geworden. En die is tot het

inschakelen van een professionele tolk vaak niet in staat.

Dit knelt des te meer omdat, zoals gezegd, asielzoekers gedurende de procedure niet in staat worden gesteld Nederlands te leren. Na toekenning van een verblijfsvergunning is dat anders. In het kader van de inburgering is het leren van de Nederlandse taal zelfs verplicht. Het is bij de meeste statushouders evenwel een illusie te verwachten dat zij binnen enkele maanden het Nederlands zodanig beheersen dat zij zich eigenstandig tegenover een hulpverlener goed kunnen uitdrukken in het Nederlands.

De toegang tot zorg voor statushouders wordt daarnaast door twee andere ontwikkelingen bedreigd. Sinds 1 januari 2016 stromen statushouders versneld door vanuit de AZC's naar verschillende gemeenten in het land.³¹ Het gaat hier in totaal om zo'n tienduizend mensen, die als groepen in (wijken van) gemeenten worden gehuisvest. Dit in een poging de druk bij de AZC's en de (crisis)noodopvang weg te nemen. Deze nieuwe inwoners worden geacht een huisarts te zoeken, voor wie het COA geld ter beschikking stelt. Voor een huisarts is het evenwel moeilijk de benodigde zorg te bieden. Los van de omstandigheid dat de tolkentelefoon niet voor vergoeding in aanmerking komt, krijgt een huisarts plots 40-80 patiënten of families erbij met diverse culturele achtergronden en die veelal onbekend zijn met het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg. Het is daarom geen overbodigheid dat de IGZ het belang van voorlichting aan asielzoekers over het Nederlandse zorgstelsel in de asielprocedure benadrukt.

Zolang de statushouder nog geen zorgverzekering heeft afgesloten, wordt de geleverde zorg niet door een zorgverzekeraar vergoed. De statushouder moet dan zelf betalen, hetgeen veelal een onmogelijkheid is. Daardoor is het voor een huisarts heel lastig deze personen te verwijzen naar een medisch specialist of om hun medicijnen voor te schrijven. Dit brengt risico's met zich voor de aanspraak op zorg en de gezondheid van de betrokkenen.

We concluderen daarom dat de overgang van de

**De overgang van de
asielprocedure naar de situatie
dat een verblijfsvergunning
is toegekend, is niet goed,
althans te abrupt, geregeld**

asielprocedure naar de situatie dat een verblijfsvergunning is toegekend niet goed, althans te abrupt, is geregeld. Dat betreft in de eerste plaats het vervallen van de aanspraak op een tolk. Maar ook ontstaan er knelpunten in de periode tussen de RZA en tot wanneer de statushouder daadwerkelijk via de Zvw is verzekerd. En de versnelde uitstroom uit AZC's naar gemeenten zorgt voor uitvoeringsproblemen wat betreft de huisartsgeneeskundige zorg. Het recht op gezondheid(szorg) staat aldus onder druk.

4. Uitgeprocedeerden

Uitgeprocedeerden, dat wil zeggen vreemdelingen van wie de asielaanvraag is afgewezen maar die zich (nog) in Nederland begeven, maken geen aanspraak op zorg krachtens de RZA noch krachtens de Zvw. De in 1998 ingevoerde Koppelingswet beoogt dit ook bewust te voorkomen.³² De Koppelingswet maakt het recht op sociale zekerheid en de plicht tot premiebetaling afhankelijk van de verblijfsstatus van de betrokkene. En dit principe is doorgevoerd in de Zvw: het recht op en de plicht tot een zorgverzekering geldt voor personen die ingevolge de Wlz en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege zijn verzekerd.³³ Aangezien uitgeprocedeerde personen alsmede anderen die niet beschikken over een verblijfsvergunning niet van rechtswege tegen kosten van langdurige zorg zijn verzekerd, kunnen zij zich evenmin via de Zvw tegen ziektekosten verzekeren.

Het recht op gezondheid en daarmee onlosmakelijk verbonden andere grond- en mensenrechten verbieden het overheden evenwel om uitgeprocedeerden en andere personen zonder wettige verblijfsstatus uit te sluiten van iedere vorm van zorg.³⁴ Dit volgt *de facto* al uit een vroege uitspraak van het EHRM, waarin het EHRM bepaalde dat het weigeren van noodhulp enkel vanwege de nationaliteit van een persoon discriminatie oplevert.³⁵ Bepaalde voorzieningen, waaronder die voor medisch noodzakelijke zorg, moeten voor iedereen daarom toegankelijk zijn – en zo nodig uit de algemene middelen worden bekostigd.³⁶ Alle EU-lidstaten hebben daarom maatregelen genomen om ook uitgeprocedeerden minimaal bepaalde vormen van zorg te garanderen.³⁷

Vergeleken met omliggende landen is de Nederlandse regeling redelijk ruimhartig.³⁸ Zo hebben uitgeprocedeerden op grond van de Koppelingswet recht op 'medisch noodzakelijke zorg'.³⁹ Wat hieronder wordt verstaan, is omschreven in de Zvw.⁴⁰ Of sprake is van medische noodzakelijke zorg is in de praktijk aan de zorgverlener.⁴¹

Indien de uitgeprocedeerde persoon niet in staat is de rekening voor medisch noodzakelijke hulp te voldoen, kan de zorgverlener een beroep doen op het Zorginstituut Nederland, dat belast is met de uitvoering van deze regeling.⁴² Daarbij bestaat evenwel geen vergoedingsmogelijkheid voor het inschakelen van een tolk. Zorg die als niet medisch noodzakelijk wordt aangemerkt, blijft voor rekening van de uitgeprocedeerde zelf.

Wij concluderen dat uitgeprocedeerden in Nederland niet van alle zorg verstoken hoeven te blijven, maar dat zij erg afhankelijk zijn van de bereidheid van zorgverleners om hen te zien en de gevraagde zorg als 'medisch noodzakelijk' aan te merken. Communicatie en *informed consent* zijn niet gewaarborgd, terwijl het feit dat uitgeprocedeerden eerst de rekening van de ontvangen zorg gepresteerd krijgen een extra drempel opwerpt. Dit maakt de toegang tot zorg voor deze doelgroep bijzonder kwetsbaar en kan leiden tot ondermijning van het recht op gezondheid en gerelateerde grond- en mensenrechten.

Dit klemt te meer nu onderzoek tevens laat zien dat ongedocumenteerden (waaronder veel uitgeprocedeerden) veelal een slechtere gezondheid hebben dan de gemiddelde bevolking. Een onderzoek onder ongedocumenteerde vrouwen laat zien dat 65% van deze vrouwen hun gezondheid als matig tot slecht waardeert.⁴³ Deze vrouwen komen veel barrières tegen in de toegang tot zorg, vooral rond zwangerschap, bevalling en contraceptie.⁴⁴ Als het gaat om psychische zorg geven ondervraagde huisartsen aan veel problemen tegen te komen met ongedocumenteerden in de spreekkamer, zoals een gebrek aan vertrouwen in de huisarts, culturele verschillen, een taalbarrière, en 'low consultation rates'.⁴⁵

5. Analyse en slot

Uit het voorgaande volgt dat Nederland volgens grond- en mensenrechtelijke verplichtingen gehouden is het recht op toegang tot zorg te waarborgen en moet zorgen voor

25. Committee on the Rights of the Child, Concluding observations on the fourth periodic report of the Netherlands, VN Doc. CRC/C/NDL/CO/4, 12 juni 2015, Par. 52(d). Zie ook Karin Kloosterboer, *Kind in het centrum – kinderrechten in asielzoekerscentra* (UNICEF, Kinderpostzegels, COA), 2015.

26. Volgens de Zvw geldt de verzekeringsplicht niet voor militairen en gewetensbezwaarden (art. 2 Zvw).

27. Dit is anders voor statushouders die nog niet kunnen uitstromen naar een gemeente en daarom langer in een AZC of andere COA-locatie moeten verblijven. Voor hen blijft de RZA van kracht. Blijkens een recente uitspraak van de Centrale Raad van Beroep hoeven zij dan ook niet tegelijkertijd zorgverzekeringspremie te betalen. CRvB 24 februari 2016, ECLI:NL:CRVB:2016:615.

28. *Kamerstukken II* 2010/11, 32500-XVI, 143. Naar aanleiding van een Kamermotie heeft de Minister van VWS een onderzoek,

uitgevoerd door het NIVEL, gefinancierd naar de effecten van deze maatregel. De uitkomsten komen later dit jaar uit.

29. Zie reeds EHRM 9 maart 2004, *NJ* 2005/14 (*Glass vs. het VK*), *EHRC* 2004, 38 (m.nt. A.C. Hendriks).

30. Vanwege de veranderende context hebben de KNMG, KNOV, LHV, NHG, NIP, NPCF, NVvP op initiatief van Pharos in 2014 de *Kwaliteitsnorm tolkgebruik bij anderstaligen in de zorg* opgesteld.

31. www.lhv.nl/actueel/nieuws/lhv-vraagt-meer-aandacht-voor-zorg-aan-asielzoekers.

32. *Stb.* 1998, 228.

33. Art. 2 lid 1 Zvw.

34. Zoals ook voortvloeit uit onder meer ECSR 7 november 2004, *JV* 2005/399 (*International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) vs. Frankrijk*), m.nt. C.A. Groenendijk.

35. EHRM 16 september 1996, *NJ* 1998/738 (*Gaygusuz vs. Oostenrijk*), *NJCM-Bulletin* 1997, (m.nt. C.A. Groenen-

dijk) p. 461, *AB* 1997/179, m.nt. F.J.L. Pennings.

36. ECSR 1 juli 2014, *EHRC* 2015/44 (*Conference of European Churches (CEC) vs. Nederland*), m.nt. M. den Heijer & Y.M. Donders.

37. S. Spencer & V. Hughes, 'Fundamental rights for irregular migrants: legal entitlements to healthcare and school education across the EU28', *European Human Rights Law Review* 2015, p. 604-616.

38. D. Biswas e.a., 'Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study between Denmark, Sweden and The Netherlands', *Health and Human Rights*, December 2012, 14(2), p. 49-60. Zie ook V. Flegar e.a., 'Access to Preventive Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Study of Germany, The Netherlands and Spain from a Human Rights Perspective', *Laws* 2016, 5(1).

39. Art. 10 lid 2 VVW 2000.

40. Art. 122a lid 2 Zvw.

41. Zie ook *Arts en vreemdeling* (rapport Klazinga), Utrecht, 2007, p. 76-77.

42. Art. 122a2 Zvw en www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/ onverzekerbare+vreemdelingen.

43. M.A. Schoevers e.a., 'Self-rated health and health problems of undocumented immigrant women in the Netherlands: A descriptive study', *Journal of Public Health Policy* 2009, p. 409-422.

44. M.A. Schoevers e.a., 'Illegal female immigrants in The Netherlands have unmet needs in sexual and reproductive health', *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology* 2010, p. 1-9.

45. E. Teunissen e.a., 'Mental health problems of undocumented migrants in the Netherlands: A qualitative exploration of recognition, recording, and treatment by general practitioners', *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2015, p. 1-9.

gezonde leefomstandigheden. Die verplichtingen gelden ook jegens asielzoekers, statushouders en uitgeprocedeerden. Die zorgaanspraken hoeven niet in alle opzichten gelijk te zijn aan die van anderen die wettig in Nederland verblijven. Tegelijkertijd rust op Nederland de plicht rekening te houden met relevante verschillen, inclusief de vaak gebrekkige kennis van de Nederlandse taal van asielzoekers, statushouders en uitgeprocedeerden.⁴⁶

Het recht op toegang tot zorg voor asielzoekers en statushouders is op het eerste gezicht goed geregeld. Dat wordt ook bevestigd door de IGZ in haar recente onderzoeksrapport.⁴⁷ Uit het bovenstaande en het IGZ-rapport blijkt dat de toegang tot zorg voor asielzoekers op onderdelen ook beter kan en moet. Die knelpunten vragen, ook vanuit grond- en mensenrechtelijk oogpunt, om kritische monitoring en zo nodig om bijsturing.

De toegang tot zorg voor uitgeprocedeerden steekt bij dit alles schrill af

De leefomstandigheden in AZC's, een onderwerp dat buiten de reikwijdte van het IGZ-onderzoek bleef, laat in de praktijk wel eens te wensen over. Toegegeven, Nederland heeft te maken met een grote en niet-geplande toestroom van asielzoekers. Daarom moeten noodmaatregelen worden genomen. Tegelijkertijd is genoegzaam bekend dat weinig privacy, geen werk, verveling en onzekerheid de gezondheid van de betrokkenen geen goed doen. Eveneens is bekend dat naar schatting 13 tot 25% van de vluchtelingen te kampen heeft met Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) of depressie, aanzienlijk meer dan de 2,6 en 6% bij de 'gewone' bevolking.⁴⁸

Een groot knelpunt doet zich voor bij de overgang van de RZA naar de Zvw, oftewel van asielzoekers naar statushouders. Deze overgang is te abrupt. Ook de afschaffing van de aanspraak op een tolk geschiedt abrupt. Dit terwijl uit de praktijk blijkt dat het ontbreken van een tolk voor vreemdelingen wellicht de grootste barrière vormt om goede zorg te kunnen krijgen.⁴⁹ Dit vraagt, ter waarborging van het recht op gezondheid (zorg), om een overgangsregeling, bijvoorbeeld dat statushouders nog enkele maanden onder de RZA vallen.⁵⁰ Ook is het een mensenrechtelijke plicht dat de overheid de tolkkosten nog enige tijd vergoedt, in ieder geval voor situaties waarin de betrokkene een beroep wenst te doen op de zorg.

De toegang tot zorg voor uitgeprocedeerden steekt bij dit alles schrill af, al is ie nog immer beter dan in veel andere landen. Het is bekend dat personen die zich niet (meer) rechtmatig op het grondgebied van een staat bevinden niet dezelfde aanspraken aan grond- en mensenrechten kunnen ontlenen. Echter, ook deze groep maakt aanspraak op het recht op gezondheid, het recht op leven, het martelverbod, het verbod van discriminatie enz.⁵¹ Hen in een positie brengen dat toegang tot, ook medisch noodzakelijke, zorg afhankelijk is van de bereidheid tot medewerking van hulpverleners, is wel een bijzonder magere interpretatie van grond- en mensenrechtelijke verplichtingen. •

⁴⁶. Zie ook X. Arzoz, 'Accommodating linguistic difference: five normative models of language rights', *European Constitutional Law Review* 2010, p. 102-122.

⁴⁷. IGZ 2016 (noot 2).

⁴⁸. U. Ikram & K. Stronks, *Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers*, bijlage bij 'Briefadvies Geestelijke gezondheid van vluchtelingen' van de Gezondheidsraad, 24 februari 2016.

⁴⁹. S. van Beek, 'Asielkinderen tussen wal

en schip?', *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:C2902.

⁵⁰. Naar verluidt zou de minister willen overwegen zo'n regeling te treffen ten aanzien van statushouders in de versnelde procedure, maar niet ten aanzien van alle statushouders.

⁵¹. EHRM 15 maart 2016, 31039/11, 48511/11, 76810/12, 14618/13 en 13817/14 (*Novruk e.a. vs. Rusland*).