

DIALYSECENTRA EN ZORG AAN ONVERZEKERDEN EN ASIELZOEKERS

Aangeboden aan de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het
Vreemdelingen beleid

I. Veldhuijzen
W. Devillé

Utrecht, 2002

Nivel - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 - 27 29 700 - Fax - 030 27 29 729

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Onderzoeksopzet	7
3	Resultaten	9
3.1	Interviews	9
3.2	Enquête onderzoek	11
3.3	Asielzoekers	14
4	Discussie	19
5	Conclusie	21
	Literatuur	23
	Bijlagen:	
	Bijlage 1: Lijst van geïnterviewde personen	25
	Bijlage 2: Gebruikte afkortingen	27



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

1 Inleiding

De Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (Commissie Smeets) doet "onderzoek naar de invloed van medische aspecten op de toestroom van vreemdelingen naar Nederland. Zij wil weten of er sprake is van oneigenlijke migratie om medische redenen, en zo ja, in welke omvang deze plaats vindt..." (Staatscourant 11 mei 2001). Naar aanleiding van aanhoudende geruchten dat een deel van het capaciteitsgebrek in dialysecentra veroorzaakt zou worden door het gebruik van dialyse door onverzekerde patiënten afkomstig uit het buitenland, heeft de Commissie besloten om hiernaar nader onderzoek te laten uitvoeren.

In vele sectoren van de gezondheidszorg bestaan er wachtlijsten onder andere wegens een gebrek aan capaciteit veroorzaakt door een tekort aan arbeidskrachten. Dit is eveneens het geval in dialysecentra, waar slechts in 3 van de 9 regio's in augustus 2000 nog ruimte bestond voor het opvangen van nieuwe patiënten (Nierstichting, 2000). Het gaat al zover dat bepaalde centra een stop zouden hebben ingevoerd voor patiënten (Kamervragen, 2001). Ruim tweederde van de dialysepatiënten krijgt hemodialyse in een dialysecentrum, bijna éénderde doet thuis peritoneaal dialyse. De Nierstichting geeft aan dat er eind 2000 een tekort bestond aan 150 dialysestations op 930 bestaande in 52 dialysecentra. 350 personen op 4762 dialysepatiënten vinden geen (hemo)dialyse in eigen regio en 946 zouden onder behandeld worden (per 01.01.2001) (Nierstichting, 2001).

Ziekenfonds en particulier verzekerden kunnen in Nederland beroep doen op deze vorm van zorg. Asielzoekers zijn verzekerd via de Ziektekostenregeling Asielzoekers (ZRA). Sinds de Koppelingswet, ingegaan per april 1998, kunnen illegalen geen beroep meer doen op enige vorm van zorgverlening, tenzij "medisch noodzakelijke zorg". Dit is "medische zorg die niet kan worden uitgesteld of onthouden zonder het leven of de gezondheidstoestand van de betrokkene dan wel de Nederlandse volksgezondheidstoestand ernstig in gevaar te brengen". (Memorie van Toelichting TK 24233; nr3). Financiering van deze "medisch noodzakelijke zorg" aan illegalen gebeurt vanuit het Koppelingsfonds voor de eerste lijn en vanuit de beleidsregel voor "dubieuze debiteuren" vastgelegd door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor diensten verleend o.a. door ziekenhuizen. De beleidsregel "dubieuze debiteuren" is ingesteld voor het vergoeden van kosten gemaakt door ziekenhuizen die niet te verhalen zijn op onverzekerde patiënten. Ziekenhuizen onderhandelen jaarlijks met ziektekostenverzekeraars over de hoogte van het bedrag dat gereserveerd wordt voor oninbare kosten. Eén van de knelpunten is de financiering van de duurdere zorg (van Herten et al. 2001). In 2000 werd door zorgverzekeraars 36 miljoen gulden (€ 17,8 miljoen) gereserveerd voor de post "dubieuze debiteuren": een toename van 49% sinds 1998 (van Herten et al. 2001). Bij sommige instellingen primeert het zorgaspect, bij anderen het financiële. Ziekenhuizen vinden het moeilijk om gemaakte kosten voor zorg aan illegalen patiënten te declareren via de post "dubieuze debiteuren" (Reijneveld et al. , 2000). Indien mogelijk worden de kosten toch verhaald op de illegaal zelf of op derden, maar het is moeilijk om inzicht te krijgen in dit proces. In driekwart van de ziekenhuizen kunnen alle kosten ingepast worden in de beleidsregel "dubieuze debiteuren", maar nierdialyse wordt door sommige zorgverzekeraars niet altijd beschouwd als medisch noodzakelijke zorg en dus niet

altijd volgens deze beleidsregel vergoed. Elk ziekenhuis heeft zo zijn eigen richtlijnen. Er is weinig afstemming in de regio (van Herten et al. 2001).

De Commissie heeft het capaciteitstekort in de dialysezorg en de problemen die spelen bij het vergoeden van kosten voor deze zorg gemaakt door onverzekerde patiënten gesignaleerd en vraagt zich in dat kader af in welke mate onverzekerde gebruikers een beroep doen op de zorg geleverd door dialysecentra. Eerder onderzoek naar dialysegebruik door asielzoekers en onverzekerden uitgevoerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (I.G.Z.) is alleen intern gerapporteerd.

De centrale vraagstelling voor het onderzoek is: in welke mate wordt er door de dialysecentra zorg verleend aan onverzekerde patiënten en om welke categorieën onverzekerde patiënten gaat het dan. Voor de inventariserende fase van het onderzoek is de vraagstelling: hoe wordt de problematiek van zorg aan onverzekerden ervaren, welke informatie is er over de omvang van het probleem voorhanden en waar is deze te vinden.

2 Onderzoeksozet

Er is begonnen met de inventarisatie en rapportage van informatie over het gebruik van dialysezorg door onverzekerde cliënten. Ten eerste zijn er interviews gehouden met personen uit het veld van de dialyse en verder zijn bestaande gegevens van een enquête-onderzoek onder de dialysecentra opnieuw en uitgebreider geanalyseerd. Het onderzoek kan uiteindelijk worden onderverdeeld in 3 delen waarvan de opzet hieronder afzonderlijk besproken wordt.

Interviews

Er zijn met verschillende groepen interviews gehouden over de problematiek van dialysezorg voor onverzekerden. Allereerst zijn sleutelfiguren benaderd uit de volgende belanghebbende organisaties: de Nierstichting, Dialysegroep Nederland (DGN) en de Landelijke vereniging van dialyse- en transplantatieverpleegkundigen (LVDT). In een telefonisch interview is met de sleutelfiguren gesproken over wat er bekend is over de problematiek van dialysezorg voor onverzekerden en over eventuele signalen die door hen uit het veld worden ontvangen. Op grond van informatie uit de gesprekken met de sleutelfiguren is vervolgens een aantal zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers) werkzaam in dialysecentra in de grote steden benaderd. Een aantal van hen zijn bezocht voor een interview en met een aantal is telefonisch gesproken. In de interviews met zorgverleners is in gegaan op de volgende vragen:

- wat zijn de ervaringen met de zorg aan onverzekerden;
- om hoeveel patiënten gaat het, is er een trend te zien over de afgelopen jaren;
- kunnen illegale onverzekerden worden onderscheiden van asielzoekers, welke groepen onverzekerden kunnen worden onderscheiden (allochtoon/autochtoon);
- is er een beleid t.a.v. onverzekerden, welke knelpunten zijn er;
- is er in het centrum gebrek aan dialyse-capaciteit, hoe wordt daar naar gekeken in relatie tot onverzekerden?

Tenslotte is ook een aantal personen van de financiële administraties geïnterviewd waarbij is nagevraagd welke informatie er bij hen beschikbaar is en welke groepen patiënten in hun administraties kunnen worden onderscheiden.

De informatie uit de interviews die in deze rapportage is verwerkt is geautoriseerd door de geïnterviewde personen. De personen die bezocht zijn voor een interview hebben een verslag van het interview gekregen en de personen met wie telefonisch is gesproken kregen de relevante passages uit de rapportage. In bijlage 2 staat de lijst met geïnterviewde personen.

Enquête-onderzoek

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (I.G.Z., i.h.b. Minderheden) beschikt over kwantitatieve informatie over dialysezorg aan onverzekerden en asielzoekers. Deze informatie komt uit een enquête-onderzoek dat begin 2000 is uitgevoerd onder alle dialyse afdelingen in Nederland. Over de resultaten van dit onderzoek is alleen intern summier gerapporteerd. Omdat het onderzoek potentieel veel informatie over het voorkomen van dialysezorg aan onverzekerde patiënten bevat, is I.G.Z. gevraagd de oorspronkelijke gegevens van het enquête-onderzoek beschikbaar te stellen voor nadere analyse. In de enquête werd naast een aantal algemene vragen over het centrum gevraagd naar het aantal asielzoekers en onverzekerden dat vanaf 1-

1-1998 onder behandeling is geweest. Vervolgens werd over al deze patiënten specifieke informatie verzameld waaronder: geslacht, leeftijd, land van herkomst, vanaf wanneer onder behandeling, welke behandeling. De onverzekerde patiënten zijn in het huidige onderzoek vergeleken met de asielzoekerpatiënten. De enquêtegegevens zijn nu nader geanalyseerd m.b.v. Microsoft Excel.

Asielzoekers

Naar aanleiding van de tussentijdse presentatie van de resultaten van de interviews en het enquête-onderzoek heeft de opdrachtgever aangegeven meer en vooral recente informatie te willen over dialyserende asielzoekers. Bij het Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers (COA) zijn gegevens opgevraagd van het aantal dialyserende asielzoekers naar nationaliteit. Via Statline van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) zijn gegevens over het aantal asielverzoeken naar nationaliteit over de jaren 1996-2001 gedownload. Het aantal nieuwe dialyserende asielzoekers per jaar is gerelateerd aan het aantal nieuwe asielverzoeken per jaar waarbij onderscheid is gemaakt tussen de verschillende regio's van herkomst. De gegevens zijn geanalyseerd m.b.v. SPSS.

3 Resultaten

De resultaten van de verschillende onderdelen van het onderzoek worden per onderdeel gepresenteerd.

3.1 Interviews

Sleutelfiguren

(Nierstichting, DGN, LVDT)

In de telefonische contacten met personen uit de verschillende belanghebbende organisaties komt algemeen naar voren dat deze organisaties niet beschikken over cijfers. Allemaal zeggen ze dat de problematiek er vooral één is van de grote steden. In dit kader wordt opgemerkt dat de meeste informatie dan ook beschikbaar is bij de dialysecentra in de grote steden. Eén persoon zegt dat de zorgvraag door illegalen buiten de grote steden waarschijnlijk niet als een probleem wordt gezien, terwijl dat in de grote steden mogelijk wel zo is. Bij één organisatie heerst het gevoel dat het aantal mensen dat illegaal en dus niet verzekerd naar Nederland komt en een beroep doet op de dialysezorg de laatste jaren is toegenomen. Het lijkt vaak te gaan om mensen die hier op 'uitnodiging' van familie naar toe komen. Hoewel het relatief niet om grote aantallen zou gaan, leggen deze mensen toch een beslag op de dialysecapaciteit en vormen ze een grote kostenpost voor het ziekenhuis. Een persoon van een andere organisatie heeft niet het idee dat het probleem erg leeft in de beroepsgroep en zegt dat het op vergaderingen in elk geval niet ter sprake wordt gebracht. Er is meer discussie over het vermeende tekort aan verpleegkundigen. Omdat het toch om kleine aantallen gaat lijken illegalen geen belangrijke rol te spelen in de capaciteitsproblematiek.

Zorgverleners

Er zijn interviews gehouden met verschillende zorgverleners van drie dialysecentra in de Randstad. Twee centra zijn bezocht en met één is telefonisch contact geweest.

Ervaringen met onverzekerden

De drie centra hebben allemaal te maken met onverzekerde dialyse patiënten. De hoofdverpleegkundige van één centrum vertelde dat er op het moment van het interview één illegale patiënt onder behandeling was. Het ziekenhuis probeert zo snel mogelijk een oplossing te vinden voor onverzekerde patiënten omdat ze veel geld kosten. De arts van een ander centrum schat dat er gemiddeld twee tot drie onverzekerden dialyseren. Het derde centrum heeft op het moment vier onverzekerden en één asielzoeker waarvan de verzekeringsstatus niet duidelijk is. Bij alle centra krijgen onverzekerde patiënten dezelfde zorg als de andere patiënten al wordt wel opgemerkt dat het voor onverzekerde patiënten meestal niet mogelijk is om thuis peritoneaal te dialyseren. Bij één centrum wordt opgemerkt dat onverzekerde patiënten alleen op de transplantatiewachtlIJst komen als het echt noodzakelijk is. In principe wordt gewacht tot de patiënt verzekerd is.

Verschillende onverzekerden

Uit de gesprekken met personen die op de dialysecentra zelf werken als arts, verpleegkundige of maatschappelijk werker komt naar voren dat de samenstelling van de groep onverzekerde patiënten complex is. De groep onverzekerden bestaat niet alleen uit illegalen, er zijn ook patiënten die legaal in Nederland verblijven maar niet verzekerd zijn. Tot deze laatste groep behoren asielzoekers die een tweede of volgende asielaanvraag hebben ingediend, zgn Dublin-claimanten, vreemdelingen in procedure voor een verblijfsvergunning maar ook patiënten die eerste verzekerd waren maar door nalatigheid onverzekerd raken (betreft vooral oudere Nederlandse patiënten).

Uit de gesprekken blijkt dat de meeste onverzekerden illegalen zijn die al langere tijd illegaal in Nederland verblijven en pas in een laat stadium met nierproblemen bij het dialysecentrum komen. In twee centra wordt verteld dat er wel eens patiënten uit Suriname via een stichting voor medische hulp naar Nederland komen waarvan dan plotseling blijkt dat ze ook nierpatiënt zijn en dialyse nodig hebben. Over het algemeen lijkt het niet vaak voor te komen dat patiënten speciaal naar Nederland komen voor dialyse. Bij één centrum meldde zich recent een patiënt uit Oost Europa met een brief van een medisch specialist aldaar waarin verklaard werd dat de patiënt in eigen land onder behandeld werd. Een ander centrum kreeg ooit een patiënt uit het Midden Oosten die daar al een hemodialyse behandeling kreeg en waarschijnlijk hierheen kwam vanwege de mogelijkheid tot transplantatie. Voor dergelijke patiënten is het niet mogelijk een verblijfsvergunning op medische gronden aan te vragen en deze patiënten gaan meestal terug naar het land van herkomst.

Capaciteitsproblemen

In 2000 waren er volgens de Nierstichting 350 (hemo)dialysepatiënten die geen behandeling in eigen regio konden krijgen, 640 personen kregen wekelijks twee in plaats van drie behandelingen en 946 personen werden onder behandeld (Nierstichting, 2002). Op het moment van de interviews is er bij geen van de centra een capaciteitsprobleem. Één centrum had voorheen wel capaciteitsproblemen maar die lijken nu opgelost. Twee centra hebben niet het idee dat de onverzekerde (illegale) patiënten een grote rol spelen bij eventuele capaciteitsproblemen omdat het relatief om kleine aantallen gaat. Deze centra hebben ook niet de indruk dat het aantal patiënten is toegenomen over de laatste jaren. Het centrum dat de meeste onverzekerde patiënten behandelt vindt wel dat deze patiënten bijdragen aan het capaciteitsprobleem omdat ze wel degelijk plaatsen innemen. Dit centrum heeft ook het idee dat er een toename is omdat ze in eerdere jaren twee à drie patiënten hadden en nu vijf. Bij dit laatste centrum worden momenteel afspraken gemaakt met andere centra in de regio om de illegale patiënten wat meer te verdelen.

Beleid

Als een onverzekerde illegaal opgenomen wordt voor dialyse gaat het maatschappelijk werk van het dialysecentrum aan de slag om de patiënt te helpen via een advocaat een verblijfsstatus op medische gronden aan te vragen. Dit kan een half jaar tot een jaar duren. Vervolgens gaat er dan ook nog een tijd die kan oplopen tot één jaar overheen voor de persoon daadwerkelijk verzekerd is. In totaal duurt het vaak zeker twee jaar voordat deze personen met behulp van grote inspanningen van het maatschappelijk werk een verblijfsvergunning en uitkering met de daaraan gekoppelde ziekenfondsverzekering krijgen. In het geval van patiënten die door nalatigheid onverzekerd raken maar eerst wel verzekerd waren is de periode om de patiënt weer verzekerd te krijgen veel korter.

Financiële administratie

Uit telefonisch contact met de debiteuren administratie van één centrum blijkt dat alle oninbare kosten op één hoop op de post dubieuze debiteuren terechtkomen maar dat de hemodialysepatiënten daar gemakkelijk uitgefilterd kunnen worden. Ook asielzoekers kunnen onderscheiden worden van overige verzekerden omdat ze een aparte verzekeringscode hebben. Het hoofd merkt verder op dat de informatie over de verzekeringsstatus van een patiënt vaak bij hen en het maatschappelijk werk blijft omdat het niet de bedoeling is dat het op de afdeling algemeen bekend wordt dat een patiënt niet verzekerd is. Bij een ander ziekenhuis wordt opgemerkt dat de arts bij opname van een onverzekerde patiënt de plicht heeft dit te melden aan de medische directie en het Bureau Opname die er vervolgens mee aan de slag gaan. Informatie over de verzekeringsstatus is behalve bij hen dus ook aanwezig bij de arts van de dialyse afdeling. Er wordt ook opgemerkt dat het bij Nederlandse patiënten die (per ongeluk) onverzekerd raken vaak lukt om het verzekeringsrecht weer te herstellen. De behandelingskosten van deze patiënten komen dan dus niet voor rekening van het ziekenhuis. In een ander gesprek werd opgemerkt dat onverzekerde patiënten tot vier jaar terug geen probleem vormden.

Tijdens de voorbereidingen voor een mogelijke verder onderzoek na de inventarisatie, is telefonisch gesproken met personen van administratieve afdelingen van verschillende ziekenhuizen. In een aantal gevallen werd gezegd dat het niet goed mogelijk was om informatie over het aantal onverzekerde dialysepatiënten te geven omdat dialyse patiënten moeilijk te onderscheiden zijn van de overige patiënten in de post dubieuze debiteuren. Het hoofd van de administratie van een groot academisch ziekenhuis heeft uitgezocht of er in 2001 sprake is geweest van dialysezorg aan onverzekerde patiënten. Hoewel de verzekeringsstatus van 1,5% van alle dialysepatiënten onduidelijk was, bleek na veel uitzoekwerk dat deze patiënten toch verzekerd waren.

3.2 Enquête-onderzoek

Door I.G.Z. is begin 2000 een korte enquête gestuurd naar alle dialysecentra in Nederland: 35 dialyse afdelingen in algemene ziekenhuizen, acht in academische ziekenhuizen en zeven centra van Dianet (Dianet is een private stichting die een aantal dialysecentra beheert). Eén academisch ziekenhuis en één Dianet centrum hadden samen één enquête ingevuld omdat ze vanuit dezelfde locatie werken. Alleen van drie academische ziekenhuizen en één Dianet-centrum werd de enquête niet geretourneerd. In totaal zijn dus 45 enquêtes terug ontvangen. Naast een aantal algemene vragen over het centrum werd in de enquête gevraagd naar het aantal asielzoekers en onverzekerden dat vanaf 1-1-1998 onder behandeling is geweest. Vervolgens werd over al deze patiënten specifieke informatie verzameld waaronder: geslacht, leeftijd, land van herkomst, vanaf wanneer onder behandeling, welke behandeling.

Er is informatie over 32 onverzekerde patiënten en 116 asielzoekers patiënten. Van drie onverzekerden bij één centrum werd gezegd dat het allen erkende vluchtelingen betreft. Het is onduidelijk of deze patiënten daadwerkelijk onverzekerd zijn. Verder meldde een ander centrum dat de vier onverzekerde patiënten die in behandeling zijn allemaal asielzoekers waren die door trage procedures bij de IND (Immigratie en Naturalisatie Dienst) nog niet verzekerd waren.

In tabel 1 worden de kenmerken van zowel onverzekerden als asielzoekers weergegeven. De man-vrouw verhouding bij onverzekerden en asielzoekers is vergelijkbaar. Onverzekerde

patiënten zijn ouder dan asielzoekers. De landen van herkomst van verschillende groepen patiënten verschillen sterk. Van de onverzekerde patiënten is 28% afkomstig uit Nederland en van de niet Nederlandse onverzekerden komt 52% uit Suriname, de Nederlandse Antillen, Turkije en Marokko. Van de asielzoekers is 10% afkomstig uit laatstgenoemde landen

Tabel 1 Kenmerken van onverzekerden en asielzoekers die van dialysefaciliteiten gebruik maakten van 1-1-1998 tot 31-12-1999 (bron: I.G.Z.; bewerking: Nivel)

	Onverzekerden (n=32)*		Asielzoekers (n=116)*	
	aantal	percentage	aantal	percentage
geslacht				
man	20	65%	67	63%
vrouw	11	35%	40	37%
gemiddelde leeftijd				
man	52		42	
vrouw	50		44	
land van herkomst				
Nederland	9	28%	0	0%
Suriname, Ned. Antillen	9	28%	7	6%
Turkije, Marokko	3	9%	4	4%
Oost Europa	1	3%	6	5%
Voormalig Joegoslavië	0	0%	21	19%
Armenië	1	3%	23	21%
Irak, Iran, Afghanistan	2	6%	16	14%
Somalië	2	6%	16	14%
Afrika (behalve Somalië)	3	9%	11	10%
Overige landen**	2	6%	8	7%

* totalen verschillen door ontbrekende gegevens

** overige landen onverzekerden: Indonesië, Pakistan

overige landen asielzoekers: China, Dominicaanse Rep. , Indonesië, Jordanië, Sri Lanka (2), Syrië (2)

In tabel 2 wordt een aantal kenmerken genoemd die meer betrekking hebben op de dialysecentra. Dertig van 45 dialysecentra (67%) hadden in 1998 en 1999 geen onverzekerde patiënten onder behandeling. Acht centra (18%) vermelden 1 patiënt. Driekwart van de centra heeft asielzoekers onder behandeling. Het aantal nieuwe onverzekerde patiënten lijkt in 1998 verdubbeld ten opzichte van eerdere jaren maar is daarna gelijk gebleven terwijl het aantal

nieuwe asielzoekers vanaf 1996 elk jaar is verdubbeld. Een derde van de onverzekerde patiënten blijkt thuis te dialyseren terwijl dit bij slechts 10% van de asielzoekers het geval is.

Tabel 2 Kenmerken van onverzekerden en asielzoekers m.b.t. de dialysecentra (1-1-1998 tot 31-12-1999) (bron: I.G.Z.; bewerking: Nivel)

	Dialysecentra met zorg aan onverzekerden		Dialysecentra met zorg aan asielzoekers	
	aantal	percentage	aantal	percentage
aantal patiënten per centrum				
0	30	67%	11	24%
1	8	18%	9	20%
2-4	5	11%	15	33%
5-6	2	4%	10	22%
	Onverzekerden (n=32)*		Asielzoekers (n=116)*	
	aantal	percentage	aantal	percentage
onder behandeling sinds				
1992/1993	3		4	
1994/1995	5		7	
1996	4		6	
1997	3		11	
1998	8		25	
1999	7		53	
2000 (onvolledig)	2		7	
Soort behandeling				
hemodialyse (in centrum)	18	56%	101	89%
peritoneaal dialyse (thuis)	11	34%	11	10%
beide	3	9%	1	1%

* totalen verschillen door ontbrekende gegevens

3.3 Asielzoekers

Via het COA zijn gegevens ontvangen over het aantal dialyserende asielzoekers in de Centrale Opvang. Het Bureau Gezondheidszorg Asielzoekers (BGA) van het COA werd in 1999 geconfronteerd met ernstige problemen bij het vinden van dialyse plaatsen i.v.m. de toenmalige schaarste aan dialyse plaatsen. Eind 1999 heeft het BGA een inventarisatie uitgevoerd n.a.v. de toename van het aantal dialyse patiënten in de Centrale Opvang. Medio 2000 is deze inventarisatie vervolgd hoewel er na januari 2000 bij het BGA geen nieuwe signalen over schaarste aan dialyse plaatsen werden ontvangen. Het BGA heeft de cijfers aangevuld tot 1-1-2002. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van de in- en uitstroom van dialysepatiënten in de Centrale Opvang.

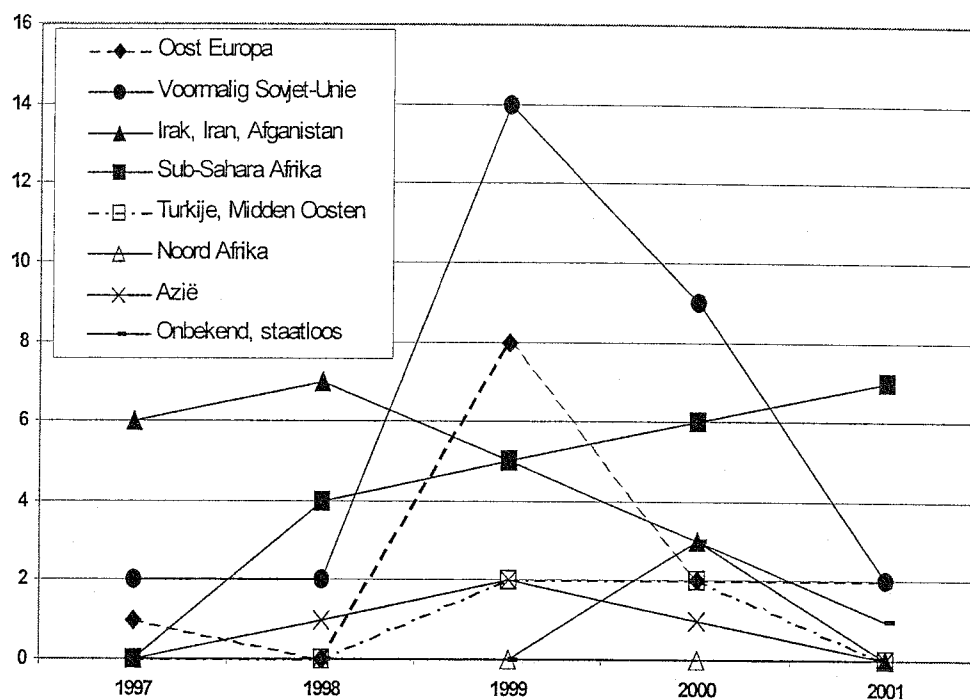
Tabel 3 Aantal structurele en incidentele dialysepatiënten naar jaar van aankomst (COA, 2002)

Aantal dialysepatiënten	Structureel	Incidenteel	Totaal
In behandeling op 1 januari 1998	9	-	9
Nieuw in 1998	14	3	17
Vertrokken in 1998	6	3	9
In behandeling op 1 januari 1999	17	-	17
Nieuw in 1999	36	6	42
Vertrokken in 1999	10	6	16
In behandeling op 1 januari 2000	43	-	43
Nieuw in 2000	26	11	37
Vertrokken in 2000	9	11	20
In behandeling op 1 januari 2001	60	-	60
Nieuw in 2001	12	6	18
Vertrokken in 2001	15	6	21
In behandeling op 1 januari 2002	57	-	57

In de gegevens, waar het COA via de verzekeraar toegang tot heeft, is een toename te zien van het aantal patiënten in de Centrale Opvang dat structureel dialyse behoeft van 9 aan het begin van 1998 tot 60 op 1-1-2001. Vooral in 1999 was een sterke stijging in het aantal asielzoekers dat structureel dialyse nodig heeft. Het aantal patiënten dat aan het begin van het jaar onder structurele behandeling, is in 2002 voor het eerst niet meer toegenomen. De instroom van het aantal nieuwe patiënten dat structureel dialyse nodig heeft begon na 1999 te dalen. In 2001 was de instroom van nieuwe patiënten voor het eerst lager dan de uitstroom. De meeste dialyse patiënten die zijn vertrokken uit de Centrale Opvang hebben een verblijfstitel gekregen en worden vervolgens regulier in Nederland gehuisvest, alwaar de dialyse wordt gecontinueerd.

In figuur 1 is het aantal nieuwe dialysepatiënten dat per jaar in de Centrale Opvang komt weergegeven naar regio van herkomst. Patiënten die slechts tijdelijk gedialyseerd werden zijn buiten beschouwing gelaten.

Figuur 1 aantal nieuwe dialysepatiënten in de Centrale Opvang naar regio van herkomst

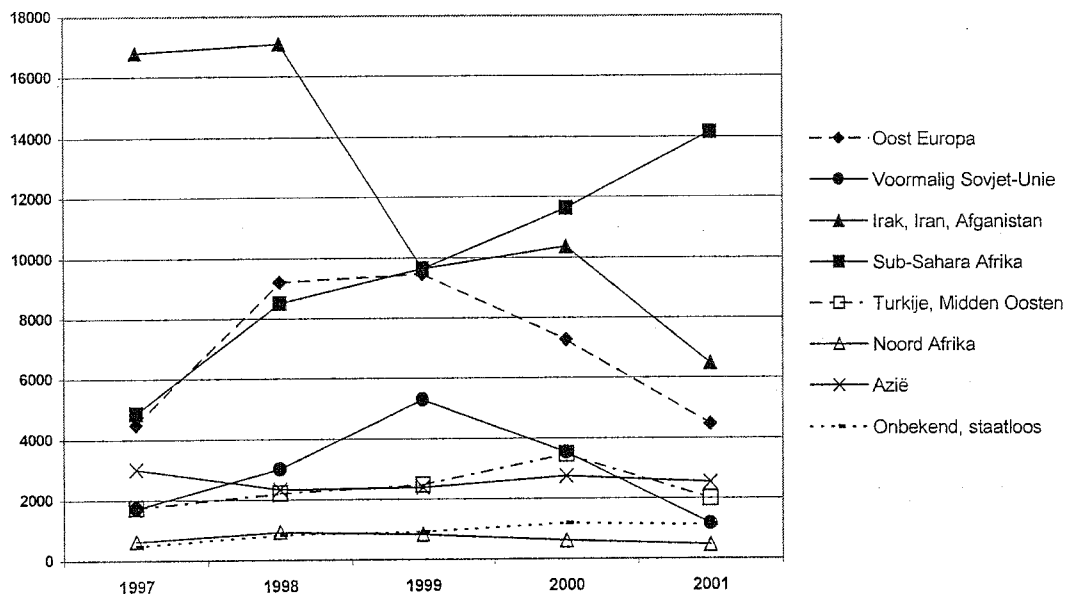


Opvallend is de sterke toename in 1999 van dialyse patiënten uit de voormalige Sovjet Unie en Oost Europa. De patiënten uit de voormalige Sovjet Unie bleken op 1 uitzondering na allemaal afkomstig uit Armenië. Onder de 8 patiënten uit Oost Europa bevonden zich 6 Kosovaren die op uitnodiging van de Nederlandse regering naar Nederland kwamen. In 2000 kwam het overgrote deel van de patiënten uit de voormalige Sovjet Unie ook uit Armenië (7 van de 9). De instroom van dialyserende asielzoekers uit Sub-Sahara Afrika vertoont een constante stijging terwijl die uit Irak, Iran en Afghanistan vanaf 1998 constant daalt.

Om inzicht te krijgen in de incidentie van dialyserende asielzoekers zijn de gegevens van het COA gerelateerd aan de cijfers van het aantal asielverzoeken per jaar. Ook wat betreft het aantal asielverzoeken is een onderscheid gemaakt tussen verschillende regio's van herkomst. In figuur 2 wordt een overzicht gegeven van het aantal asielverzoeken in de jaren 1997-2001 naar regio van herkomst. Van 1998 tot 1999 is het totaal aantal asielaanvragen licht gedaald, in 2000 bleef het stabiel en in 2001 volgde een sterke daling. Na 1998 is het aantal asielzoekers uit Afghanistan en Irak sterk gedaald. De stijging van het aantal asielzoekers uit Oost Europa in 1998 wordt voornamelijk veroorzaakt door asielzoekers uit (Voormalig) Joegoslavië. Sinds 1999 is het aantal asielaanvragen uit deze groep sterk gedaald. De stijging van het aantal asielzoekers uit de voormalige Sovjet Unie in 1998 en 1999 en de daling in de

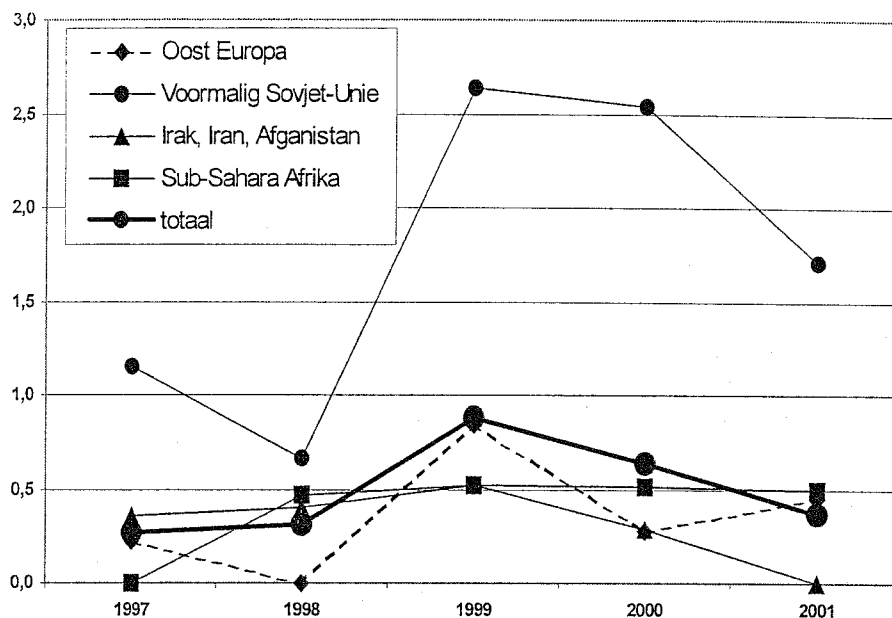
jaren daarna wordt voornamelijk veroorzaakt door asielzoekers uit Armenië en Azerbajdzjan. Opvallend is de continue stijging van het aantal asielzoekers uit Sub-Sahara Afrika.

Figuur 2 aantal asielverzoeken naar regio van herkomst



Het aantal dialyserende asielzoekers per 1000 asielaanvragen geeft een beeld van de relatieve toename van het aantal dialyserende asielzoekers. In figuur 3 is de incidentie van dialyserende asielzoekers weergegeven. In deze figuur zijn naast de totale incidentie de 4 regio's van herkomst waar de meeste (dialyserende) asielzoekers vandaan komen opgenomen.

Figuur 3 Incidentie dialyserende asielzoekers (per 1000 asielverzoeken)



De totale incidentie lag in 1997 en 1998 rond de 0,3 per 1000 asielverzoeken. In 1999 steeg de incidentie tot 0,88 maar daalde in de jaren daarna tot 0,47 in 2001.

De stijging van de incidentie in 1999 is veroorzaakt door de zeer sterke stijging in incidentie van dialyse patiënten in de groep asielzoekers uit de voormalige Sovjet Unie en Oost Europa. De incidentie van dialysepatiënten onder asielzoekers uit Sub-Sahara Afrika is in de periode 1998-2001 constant gebleven rond de 0,5 per 1000 terwijl de incidentie onder asielzoekers uit Irak, Iran en Afghanistan is gedaald in 2000 en 2001.

4 Discussie

Omdat de beschikbare tijd voor de eerste fase van dit onderzoek zeer beperkt was, kon slechts een beperkt aantal interviews gehouden worden. In de interviews is alleen gesproken over onverzekerde patiënten en niet over asielzoekers omdat de vraag naar informatie over asielzoekers in een later stadium is toegevoegd toen de interviews al afgerond waren. Het capaciteitstekort in de dialysezorg is mede aanleiding geweest voor het onderzoek en het is opvallend dat uit de gesprekken met sleutelfiguren en hulpverleners blijkt dat er op dit moment geen capaciteitsproblemen meer zijn. De meeste centra zijn dan ook van mening dat onverzekerde patiënten op dit ogenblik geen rol spelen in de capaciteitsproblematiek. Uit de I.G.Z.-enquête blijkt dat het percentage onverzekerde patiënten dat hemodialyse op het centrum krijgt vergelijkbaar is met dat van alle dialysepatiënten in Nederland (Nierstichting). Asielzoekers vormen alleen een grotere belasting voor de capaciteit van de dialysecentra omdat ze vaker dan gemiddeld op het centrum dialyseren. Bij één centrum werd ook opgemerkt dat het mogelijk interessanter is onderzoek te doen naar asielzoekers omdat bij hen de indruk bestaat dat het aantal asielzoekers in tegenstelling tot het aantal onverzekerden de laatste jaren wel toeneemt.

Uit de interviews met zorgverleners komt naar voren dat de groep onverzekerden complex is samengesteld en dat het onderscheid tussen onverzekerde illegalen en asielzoekers soms moeilijk te maken is. Asielzoekers zijn normaal verzekerd via de ZRA maar er is ook een groep die niet verzekerd is (afgewezen asielzoekers die een volgende asielaanvraag hebben ingediend en zgn Dublin-claimanten). Het is dus belangrijk duidelijke definities te hanteren. Van de gegevens in de I.G.Z.-enquête is niet duidelijk welke definities voor onverzekerden en asielzoekers zijn gebruikt door de verschillende centra. Daarnaast is ook niet bekend wie de enquête heeft ingevuld. Dit kan invloed hebben op het aantal gerapporteerde patiënten aangezien uit dit onderzoek is gebleken dat bij navraag op de dialyse-afdeling zelf vaak geen duidelijkheid gegeven kon worden over het precieze aantal onverzekerden dat onder behandeling is.

Bij het bezoeken van de dialysecentra werd door twee van de drie centra een lager aantal onverzekerde patiënt genoemd dan verwacht op basis van de I.G.Z.-enquête. De opmerking van de financiële afdeling van een ziekenhuis dat informatie over de verzekeringsstatus in principe bij de maatschappelijk werker blijft en niet algemeen bekend is op de afdeling geeft aanleiding om te denken dat het aantal onverzekerde patiënten mogelijk onderschat wordt door zorgverleners op de werkvloer van de centra.

In de I.G.Z.-enquête werd nagevraagd hoeveel onverzekerden en asielzoekers er vanaf 1-1-1998 onder behandeling waren geweest. Van al deze patiënten werd vervolgens gevraagd wanneer ze onder behandeling kwamen. Er werd echter niet gevraagd of de patiënt op het moment van de enquête nog steeds onder behandeling was en zo nee, tot wanneer de patiënt onder behandeling was. Waar het onverzekerde patiënten betreft is ook onbekend of de patiënt op het moment van de enquête nog steeds onverzekerd was en zo nee vanaf wanneer de patiënt verzekerd raakte. Uit de gesprekken met het maatschappelijk werk blijkt dat onverzekerde patiënten vaak na zo'n twee tot drie jaar wel verzekerd zijn. Als dit klopt is het te verwachten dat de onverzekerde patiënten die vanaf 1998 onder behandeling zijn op zijn vroegst in of

na 1995 onder behandeling zijn gekomen. De aantallen onverzekerde patiënten die in de jaren vóór 1998 onder behandeling kwamen vormen waarschijnlijk een onderschatting van het totaal aantal onverzekerde patiënten in de betreffende jaren. De aantallen uit de I.G.Z.-enquête zijn daarom moeilijk te interpreteren. Er wordt wel inzicht gegeven in het aantal nieuwe onverzekerde patiënten dat in de jaren 1998 en 1999 onder behandeling kwam maar er is geen duidelijkheid over de prevalentie van onverzekerde patiënten per jaar. Het aantal onverzekerde patiënten dat in 1998 en 1999 onder behandeling kwam lijkt gelijk te zijn gebleven al betreft het hier wel kleine aantallen.

Wat de gegevens over asielzoekers betreft blijken er discrepanties te zijn tussen het aantal dialyserende asielzoekers uit de I.G.Z.-enquête en het aantal in de COA gegevens. De resultaten uit de I.G.Z.-enquête laten zien dat het aantal asielzoekers dat in 1999 onder behandeling kwam twee keer zo groot was als in 1998. Dit aantal was over deze jaren in de centrale opvang zelfs twee en een half keer zo groot. In de I.G.Z.-enquête worden meer asielzoekers gemeld dan in de gegevens van het COA. De verschillen zijn te verwachten omdat de cijfers van het COA alleen op de populatie in de Centrale Opvang betrekking hebben en die van I.G.Z. op alle in Nederland verblijvende asielzoekers (dus ook afgewezen asielzoekers die een volgende asielaanvraag hebben ingediend en zgn Dublin-claimanten) en waarschijnlijk ook in belangrijke mate op ex-asielzoekers en vreemdelingen afkomstig uit landen die in een ander verband in Nederland zijn toegelaten (bijvoorbeeld in het kader van gezinshereniging). Ook zijn in de COA-gegevens incidentele gevallen van dialyse buiten beschouwing gelaten terwijl het niet duidelijk is in hoeverre deze gevallen in de I.G.Z.-enquête zijn meegenomen.

Omdat de asielzoekers die bij het COA bekend zijn als dialysepatiënt op een enkele uitzondering na ook als dialysepatiënt in Nederland zijn aangekomen kon de incidentie van dialyserende asielzoekers worden bepaald door de COA gegevens over nieuwe dialysepatiënten te relateren aan het aantal nieuwe asielverzoeken per jaar. Op deze manier is een duidelijk beeld verkregen van de trend in dialyserende asielzoekers over laatste 5 jaar. De trend lijkt in hoge mate bepaald te worden door uitschieters in het aantal dialyse-behoeftege asielzoekers uit bepaalde landen. In 1999 betrof het officieel uitgenodigde Kosovaren en in 1999 en 2000 Armeniërs die naar later bleek door een lokale hulporganisatie naar Nederland 'gestuurd' waren (*mondelijke mededeling van J van Burg, BGA/COA*). In 2001 zijn er geen dialyserende asielzoekers meer uit Armenië gekomen.

5 Conclusie

De conclusies van het onderzoek met betrekking tot onverzekerden zijn dat het probleem van gebruik van dialysecentra door onverzekerden c.q. illegalen wel bestaat, maar niet groot is. Er wordt door de dialysecentra zorg verleend aan onverzekerden, maar het betreft een beperkt aantal centra die zich voornamelijk in de grote steden bevinden. De enige kwantitatieve gegevens over dialysezorg aan onverzekerden zijn beschikbaar bij I.G.Z. maar op basis van de informatie uit dit enquête-onderzoek kan geen duidelijk inzicht kan worden verkregen in de prevalentie van dialysezorg aan onverzekerde patiënten. Alleen de gegevens over de jaren 1998 en 1999 geven een betrouwbare indicatie van het aantal nieuwe patiënten. Omdat het kleine aantallen over slechts 2 jaar betreft is het niet mogelijk uitspraken te doen over veranderingen in de tijd. Hoewel er op de dialyse-afdeling zelf veel informatie is over de gang van zaken rond onverzekerde patiënten lijkt precieze informatie over het aantal onverzekerde patiënten beter bekend te zijn op de financieel-administratieve afdeling van het ziekenhuis.

Het aantal dialysebehoeftege asielzoekers is sinds 1998 gestegen maar lijkt nu gestabiliseerd. De plotselinge toename in 1999 zorgde destijds voor capaciteitsproblemen maar dergelijke problemen lijken er nu niet meer te zijn. Het relatief grote aantal dialyserende asielzoekers in 1999 en 2000 was toe te schrijven aan een selectie van dialyse behoeftige asielzoekers uit twee landen die om speciale redenen naar Nederland kwamen. De instroom van het aantal dialyse behoeftige asielzoekers is sterk gedaald in 2000 en 2001 en gezien de algemene daling van het aantal asielverzoeken het laatste jaar kan verwacht worden dat het aantal dialyserende asielzoekers verder zal afnemen.

Literatuur

- S.A. Reijneveld en L.M. van Herten. *Toegankelijkheid van zorg voor illegalen*. TNO Preventie en Gezondheid, TNO-rapport PG/VGZ/00.003, februari 2000.
- L.M. van Herten, S.A. Reijneveld en J.A.J. Borghouts. *Financiering van zorg voor illegalen*. TNO Preventie en Gezondheid, TNO-rapport Pg/VGZ/2001.087, mei 2001
- E. Borst-Eijlers VWS, *Medisch Noodzakelijke zorg*. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. GVM/MO 2056518, 21 maart 2000
- E. Borst-Eijlers VWS, *Tekorten aan dialyseverpleegkundigen*. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. DBO-CB-U-2109602, 26 oktober 2000
- E. Borst-Eijlers VWS, *Financiering voor zorg voor illegalen*. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. GVM-2192664, 28 juni 2001
- Y. Lange. *Medisch asielzoekers beperkt tot tientallen*. NRC Handelsblad, 8 januari 2000
- Antwoorden op kamervragen van het lid Kant over een opnamestop voor dialyse patiënten. (2000108050), 2001
- Antwoorden op kamervragen van het lid Kamp over het mogelijk verstrekken van voorzieningen aan uit geprocedeerde asielzoekers. (2000110280), 2001
- Nierstichting. Info-bulletin Dialysecapaciteit. [Http://www.nierstichting.nl/dialyse.html](http://www.nierstichting.nl/dialyse.html)
- VWS. Besluit Landelijke Commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid. Staatscourant 11 mei, 91, p8

Bijlage 1 lijst van geïnterviewde personen

- van Blokland, financiële administratie Stichting Dianet Utrecht, 23 januari 2002
- R. Huisman, voorzitter DGN en werkzaam bij Dialyse Centrum Groningen, 6 februari 2002 (☒)
- R. Tollenaar, voorzitter LVDT en hoofd afdeling dialyse Laurentius Ziekenhuis Roermond, 6 februari 2002 (☒)
- Mw. M. Rakeman, dialyse MCH locatie Westeinde, 7 februari 2002 (☒)
- R. Oostlander, hoofd verpleegkundige dialysecentrum AZR Dijkzigt, Rotterdam, 11 februari 2002
- Mw. Van de Berg, hoofd Sociale Commissie Nierstichting, 12 februari 2002 (☒)
- H. Sprenger, hoofd debiteuren administratie MCH locatie Westeinde, Den Haag, 13 februari 2002 (☒)
- Mw. Dr.M.G. Koopman, internist-nefroloog afd. hemodialyse AMC-Dianet, Amsterdam, 14 februari 2002
- Mw. J.Y. Bosman-Draai, maatschappelijk werkster AMC, Amsterdam, 14 februari 2002
- Mw. H. de Lange, hoofd Bureau Opname AMC, 15 februari 2002 (☒)

Bijlage 2 gebruikte afkortingen

BGA	Buro Gezondheidszorg Asielzoekers
CBS	Centraal Buro voor de Statistiek
COA	Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
DGN	Dialyse Groep Nederland
HD	Hemodialyse
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IND	Immigratie en Naturalisatie Dienst
LVDT	Landelijke Vereniging van Dialyse- en Transplantatieverpleegkundigen
PD	Peritoneaal dialyse
ZRA	Ziektekostenregeling Asielzoekers

Ziekenhuizen:

AMC	Academisch Medisch Centrum (Amsterdam)
AZR	Academisch Ziekenhuis Rotterdam (Rotterdam)
MCH	Medisch Centrum Haaglanden (Den Haag)