

TER DISCUSSIE

Straatdokters slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen

Marcel T. Slockers, Igor R.A.L. van Laere en Ronald B.J. Smit

De Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) signaleert een toename van het aantal onverzekerde patiënten dat geen verzekeringsrecht heeft. Daarom luiden wij in dit artikel de noodklok over een zogenoemde ‘onverzekerdenepidemie’ onder Nederlandse dak- en thuislozen. Hierbij beperken we ons tot die Nederlanders die geen adres hebben en die daardoor onverzekerd zijn geraakt. Praktisch betekent dit dat zorgverleners geen aanspraak maken op vergoeding voor de geleverde zorg, tenzij lokaal specifieke financiële regelingen zijn getroffen met een GGD.

Namens de NSG vragen we begrip voor de omstandigheden die eraan hebben bijgedragen dat deze mensen onverzekerd zijn en voor hoe ingewikkeld het voor hen is om zich opnieuw te verzekeren. Tot slot doen wij aanbevelingen om de toegang tot de medische basiszorg voor dak- en thuislozen te verbeteren om onnodig individueel leed en onnodige kosten voor de samenleving te voorkomen.

ONVERZEKERDENEPIDEMIE

Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek is het aantal personen dat minimaal 6 maanden een premieachterstand heeft bij een zorgverzekeraar vanaf 2010 met 22% gestegen naar bijna 300.000 in 2014. Hierbij moet worden opgemerkt dat wanbetalers die niet bekend zijn in de Basisregistratie Personen, niet kunnen worden meegerekend en dat er geen registratie naar woonstatus wordt verricht, waardoor het aantal dak- en thuislozen onder de wanbetalers onbekend is.

De maatregelen die de overheid heeft genomen om dit probleem van wanbetaling tegen te gaan, hebben niet het

juiste effect gesorteerd.^{1,2} Sterker nog, deze maatregelen pakken averechts uit voor dak- en thuislozen die niet staan ingeschreven in een gemeente of die geen postadres hebben. In 2014 besloten de zorgverzekeraars en het ministerie van VWS mensen zonder inschrijving bij de burgerlijke stand uit de zorgverzekering te zetten: zonder adres dus geen ziektekostenverzekering.

Dak- en thuislozen hebben de allerlaagste levensverwachting.^{3,4} Bovendien kampt deze kwetsbare groep met de gevolgen van verslavingsproblematiek, psychiatrische aandoeningen en verstandelijke beperkingen, waardoor administratieve verplichtingen en het nakomen van afspraken belemmerd worden.⁵⁻⁸ Juist deze mensen hebben laagdrempelige medische basiszorg nodig.

In elke gemeente is de medische basiszorg voor dak- en thuislozen anders georganiseerd. Ook ontbreken landelijke coördinatie en richtlijnen daartoe. Door het gebrek aan eenduidige registratie ontberen we vergelijkbare praktijkgegevens.⁶ In januari 2016 hield de NSG een enquête onder circa 100 artsen en verpleegkundigen binnen het NSG-netwerk naar het aantal onverzekerde dakloze patiënten dat de praktijken van de straatdokters bezoekt, en dit onderzoek leverde wel gegevens op.

Bij de straatdokter in Rotterdam was in 2013 een kwart van het aantal nieuwe dakloze patiënten onverzekerd; in 2015 was dat al de helft. In de Nijmeegse daklozenpraktijk Buitenzorg was 18% van alle patiënten onverzekerd in 2014 en 31% in 2015. In kleinere steden zijn exacte aantallen onbekend of beperkt beschikbaar, maar ook daar stijgt het percentage onverzekerden. Recent onderzoek onder daklozen bij het Leger des Heils in Dordrecht en Venlo laat zien dat de helft van de ondervraagden geen geldige verzekering heeft.⁷

BEPERKTE TOEGANG TOT ZORG

‘Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten.’ Zo begint de beroepseed die alle artsen afleggen. De praktijk is soms echter anders. De ervaring van de NSG leert dat medisch specialisten en huisartsen onverzekerde dakloze patiënten buiten acute situaties om minder snel accepteren voor medische zorg. In de dagelijkse praktijk worstelen straatdokters met de gevolgen

Gezondheidscentrum DWL-de Esch, Rotterdam.

Drs. M.T. Slockers, huisarts/straatdokter.

Doctors for Homeless Foundation, Amstelveen.

Dr. I.R.A.L. van Laere, arts maatschappij en gezondheid.

Gemeente Utrecht, Uitvoeringsorganisatie Volksgezondheid, Utrecht.

Drs. R.B.J. Smit, arts maatschappij en gezondheid, profiel beleid en advies.

Contactpersoon: drs. M.T. Slockers (slockers@knmg.nl).

TABEL Factoren die bijdragen aan het feit dat dak- en thuislozen geen zorgverzekering hebben*

factor

kenmerken van dak- en thuislozen

wantrouwen naar instanties en hulpverlening
 verslaving, psychiatrische aandoeningen en achterdocht
 verstandelijke beperking, achterstand in lezen en schrijven
 geen klok kunnen lezen, afspraken niet nakomen
 inadequaat financieel handelen en schulden maken
 premieachterstand, aanmaningen en boetes voor zorgverzekering
 niet begrijpen of kunnen omgaan met regels, formulieren en DigiD
 weigeren handtekening te zetten of niet meewerken aan procedures

wet- en regelgeving

verplicht bezit van geldige legitimatie
 verplicht bezit van woon- of postadres
 verplichte inschrijving in Basisregistratie Personen
 verplicht aanmelden bij zorgverzekeraar
 bezit van inkomsten voor premieafdracht aan zorgverzekeraar

regels voor toegang tot opvang en hulp

binding met centrumgemeente of regio†
 bewijs van dakloosheid gedurende bepaalde periode
 aanmelding bij coördinatiepunt voor daklozen‡
 opvangpas als bewijs voor toegang tot nachtopvang
 gebruik moeten maken van nachtopvang gedurende bepaalde periode
 verplicht meewerken aan herstel

dienst- en hulpverlening

onbekendheid met regels en procedures bij hulpverleners en ambtenaren
 attitude en bejegening door hulpverleners en ambtenaren
 daadkracht van casemanagers of maatschappelijk werkers
 overzicht van alle schulden in BKR en wie deze gaat aanpakken
 boetes van CJIB en geen mogelijkheid tot kwijtschelding
 trage procedures bij gemeenten, sociale dienst en verzekeraars
 bewijs van ontslag uit detentie nodig voor heraanmelding bij verzekeraar
 verwerkingsachterstand van verzekeringsstatus in VECOZO

BKR = Bureau Kredietregistratie; CJIB = Centraal Justitieel Incassobureau.

* Resultaten van een e-mailenquête van de Nederlandse Straatdokers Groep in januari 2016 op basis van antwoorden van 29 professionals uit 13 gemeenten of regio's (Amsterdam, Bergen op Zoom, Breda, Den Bosch, Flevoland, Groningen, Haarlem, Nijmegen, Oss, Rotterdam, Tilburg, Utrecht en Zwolle).

† Nederland heeft 42 centrumgemeenten met overheidssteun voor de maatschappelijke opvang van mensen die dakloos zijn geraakt in een van de 42 steden of omliggende gemeenten (regiobinding).

‡ Een coördinatiepunt heet Centrale Toegang of Centraal Onthaal, afhankelijk van de gemeente.

van het behandelen van een onverzekerde dakloze, zoals blijkt uit de volgende casus.

Casus Een Nederlandse, dakloze man van 42 jaar wordt tijdens een straatdokerspreekuur ziek en verward bin-

nengedragen door een eveneens dakloze kameraad. Volgens deze vriend is patiënt 11 maanden dakloos nadat hij zijn huis was uitgezet vanwege een huurschuld. Al zwerfend is zijn paspoort gestolen. Hij staat nergens meer officieel ingeschreven, heeft geen postadres en is niet meer verzekerd. Patiënt is bekend met insulineafhankelijke diabetes mellitus, maar heeft gedurende enkele weken geen insuline gespoten. Na beoordeling door de arts wordt hij verwezen naar een ziekenhuis en opgenomen op de IC. Bij ontslag uit het ziekenhuis krijgt hij een recept mee voor insuline. Tevergeefs tracht hij zijn medicatie op te halen bij een apotheker, maar deze weigert de dure insuline mee te geven omdat patiënt niet verzekerd is.

WAAROM ONVERZEKERD?

In onze enquête vroegen we ook naar factoren die kunnen bijdragen aan de onverzekerde status van dak- en thuislozen. 29 respondenten noemden diverse factoren, die gerelateerd zijn aan zowel kenmerken van dak- en thuislozen als regels en handelwijzen van instellingen en dienstverleners (tabel).

Dak- en thuislozen hebben beperkingen of aandoeningen die intensieve begeleiding vereisen. Zo heeft ongeveer 30% van de daklozen in de Randstad een verstandelijke beperking.⁷ In Dordrecht en Venlo heeft zelfs circa 90% van de daklozen een verstandelijke beperking of psychiatrische ziekte.⁸ Zij kunnen zorgverleners op het verkeerde been zetten, bijvoorbeeld doordat iemand die recent dakloos is geraakt, streetwise gedrag vertoont. Zeker als door een 'mooi verhaal' een onderliggende verstandelijke beperking niet wordt opgemerkt, bestaat de kans dat zorgverleners de zelfredzaamheid van deze burgers overschatten. Verslaving en onaangepast gedrag zijn belemmerende factoren waardoor het niet lukt om adequaat het papierwerk voor diverse instanties te regelen. Het omgaan met computers en het aanvragen van een DigiD is voor veel daklozen een groot probleem.

HULP NODIG BIJ VERZEKEREN

Gemeenten verschillen nogal in de manier waarop zij omgaan met mensen die gedurende een periode geen adres hebben. Als een gemeente constateert dat iemand niet is ingeschreven, is zij gerechtigd onderzoek te doen; dit kan enkele weken duren. Bij het ontbreken van een geldige identiteitskaart treedt wederom vertraging op. Als iemand geen woon- maar wel een postadres heeft, duurt het nog een tijd voordat dit administratief is verwerkt door een zorgverzekeraar. Kortom, als iemand zich voor de eerste keer of opnieuw wil verzekeren, is dit een langdurig en intensief traject, waarbij hij of zij moet voldoen aan specifieke eisen. Maar veel van onze mensen lukt dit niet op eigen kracht, zodat de maatschappelijke

opvang en casemanagers een belangrijke rol moeten spelen om hen hierbij te helpen. Daklozen zijn in dezen sterk afhankelijk van een hulpnetwerk.

Vervolg casus Hoe gaat het verder met de patiënt die geen insuline kreeg van de apotheker? Hij gaat met zijn insulinerecept terug naar de straatdokter. Die regelt dat hij hulp krijgt van een casemanager, zodat hij zich opnieuw kan verzekeren. Patiënt moet wel bewijzen dat hij dakloos is en al die tijd in de gemeente verbleef. Ook moet hij een opvangpas regelen bij een coördinatiepunt; afhankelijk van de gemeente heet dit Centrale Toegang of Centraal Onthaal. De snelheid waarmee iemand weer verzekerd is, is afhankelijk van de gemeente en vooral ook van de ervaring en de autoriteit van de begeleidende medewerker. Een tijdspanne van enkele weken is niet ongewoon. In enkele gemeenten gebruiken medewerkers van een 'Vangnet en Advies'-team in dienst van een GGD gerichte afspraken om het gehele traject van inschrijving en verzekering te bespoedigen. Tot het moment dat hij opnieuw verzekerd is, wordt de insuline voor patiënt verzilverd via een financiële regeling tussen een aangewezen apotheek en een GGD. De straatdokter en een verpleegkundige die verbonden is aan een opvangvoorziening, bieden hem diabeteszorg.

AANBEVELINGEN

Zoals deze casus laat zien kan het ontberen van een zorgverzekering grote consequenties hebben voor een patiënt en zijn zorgverleners. Een stijging van het aantal onverzekerde daklozen heeft ernstige gevolgen voor het individu, vraagt extra inspanningen van zorgverleners en leidt tot kosten.⁹ Om de toegang tot de medische basiszorg voor deze groep te verbeteren doen wij de volgende aanbevelingen:

- Aan de landelijke en lokale bestuurders en alle hulpverleners vragen we begrip voor de mens achter de onverzekerde persoon en het benodigde talent en geduld te laten zien wanneer een dakloze zich voor de eerste keer of opnieuw wil verzekeren.
- De beroepseed dient aan de poort van het ziekenhuis en die van de huisartsenpraktijk gerespecteerd te worden. Concreet betekent dit dat de zorgplicht voor deze doelgroep voorop staat.
- Nederlandse straatdokters verlangen van het ministe-

rie van VWS en het ministerie van Veiligheid en Justitie een praktisch, eenvoudiger en sneller beleid zodat mensen zonder adres en andere onverzekerde personen zich kunnen verzekeren voor ziektekosten, in samenspraak met zorgverzekeraars en gemeenten.

- Kwetsbare mensen zonder adres moeten versneld verzekerd kunnen worden met hulp van aangewezen medewerkers, al dan niet van de GGD. Deze medewerkers moeten het vertrouwen van de gemeente hebben een uitspraak te doen over de rechtmatigheid van de verzekering, ook zonder dat alle formaliteiten verwerkt zijn, zoals het hebben van een identiteitskaart en een adres en het betalen van premieachterstanden.
- Mensen die na detentie geen adres hebben, hebben problemen om zich opnieuw te verzekeren. Tijdens detentie is justitie namelijk verantwoordelijk voor de medische zorg en wordt de zorgverzekering bevroren. Na vrijlating wordt de verzekering echter niet geactualiseerd. Voor mensen zonder adres is het moeilijk zich opnieuw te verzekeren. Het is daarom van groot belang dat mensen bij ontslag uit detentie worden geholpen bij het krijgen van een adres.
- Bij verwarde en zorgmijdende mensen moeten we een zogenoemde 'in zorgstelling' inclusief verzekering introduceren, zodat psychiatrische en somatische zorg geleverd worden.¹⁰ De NSG dringt aan op de mogelijkheid rechthebbende Nederlanders op doktersadvies direct te verzekeren voor medisch noodzakelijke zorg.
- Voor onverzekerde medische basiszorg aan mensen zonder adres moet een financiële noodvoorziening beschikbaar zijn, vergelijkbaar met de regeling voor mensen zonder geldige verblijfsvergunning bij Zorginstituut Nederland.

Als deze aanbevelingen worden opgevolgd, kunnen wij als straatdokters ons richten op wat echt noodzakelijk is: zorgen voor mensen met de laagste levensverwachting in onze samenleving.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 9 maart 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D214

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D214**

LITERATUUR

- 1 VWS-Verzekerdenmonitor. 2015. Den Haag: Ministerie van VWS; 2015.
- 2 CBS: Meer wanbetalers zorgpremie sinds 2010. Persbericht CBS; 16 oktober 2015.
- 3 Nusselder WJ, Slockers MT, Luuk Krol L, et al. Sterfte en levensverwachting bij daklozen. Prospectief cohortonderzoek in Rotterdam in de periode 2001-2010. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2014;158:A7654.
- 4 Termorshuizen F, Bergen van APL, Smit RBJ, Smeets HM, Ameijden van EJC. Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: A register-based cohort study. *Int J Soc Psychiatry*. 2014;60:426-35.
- 5 Smit RBJ, Bergen van APL, Ameijden van EJC. Changes in insurance status of a cohort public mental health clients in Utrecht after the introduction of a new health insurance system: The impact of intensified case management. In: *Health Insurance. Issues, Challenges and Perspectives*. Abrahamsen E, Fagerland A, red. Hauppauge: Nova Science Publishers; 2012:37-55.
- 6 Van Laere I, van den Muijsenbergh M, Smit R, Slockers M. Basiszorg voor daklozen is urgent probleem. *Straatdokers bepleiten landelijk beleid*. *Med Contact (Bussum)*. 2015;70:340-3.
- 7 Van Everdingen C. Verwarde mensen op straat. De uitkomsten van een beeldvormend onderzoek onder dak- en thuislozen in de laagdrempelige opvang in twee grote steden. Sittard: Van Everdingen ZorgConsult; 2015.
- 8 Van Straaten B, Schrijvers CT, Van der Laan J, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. *PLoS ONE*. 2014;9:e86112.
- 9 Slockers MT, Nusselder WJ, Looman CW, Slockers CJ, Krol L, van Beeck EF. The effect of local policy actions on mortality among homeless people: a before-after study. *Eur J Public Health*. 2014;25:290-2.
- 10 Slockers M. Tijd voor Ruttecare. *Blog Medisch Contact* 2 november 2015.