

Vergaderjaar 2008–2009

29 689

Herziening Zorgstelsel

19 637

Vreemdelingenbeleid

29 484

Interculturalisatie van de gezondheidszorg

Nr. 229

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 14 november 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de staatssecretaris van Justitie over de brief van 26 februari 2008 inzake nieuwe aanpak medische zorg asielzoekers na de opzegging van de raamovereenkomst tussen COA en GGD Nederland (Kamerstuk 29 689/19 637/29 484, nr. 179).

De op 24 april 2008 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 14 november 2008 toegezonden antwoorden, voorzien van een inleiding hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en Vacature (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

Inleiding

Bijgaand treft u, mede namens de minister van VWS, de beantwoording van de vragen die zijn gesteld in het kader van het schriftelijk overleg naar aanleiding van de brief van 26 februari 2008 inzake de nieuwe aanpak medische zorg asielzoekers na de opzegging van de raamovereenkomst tussen COA en GGD Nederland. Door de gunning van het zorgcontract aan zorgverzekeraar Menzis, kwam het gehele proces in een stroomversnelling. De concept beantwoording was daardoor al weer verouderd op het moment dat de antwoorden waren ontvangen. Een redelijk stabiele situatie in de ontwikkelingen deed zich pas onlangs voor. Eén ander heeft hierdoor meer tijd in beslag genomen dan op voorhand is ingeschat, waarvoor mijn excuses.

De Staatssecretaris van Justitie,
N. Albayrak

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van de brief van de staatssecretaris van Justitie d.d. 26 februari 2008 inzake nieuwe aanpak medische zorg asielzoekers na de opzegging van de raamovereenkomst tussen Centraal Overleg Asielzoekers (COA) en GGD Nederland. Deze leden hebben ten aanzien hiervan onderstaand enkele nadere vragen ter beantwoording.

1

Waarom is de Kamer niet eerder, zoals afgesproken tijdens het algemeen overleg van 12 oktober 2006 (29 484, nr. 16), geïnformeerd over de actuele stand van zaken ten aanzien van de Medische Opvang voor Asielzoekers (MOA)?

2

Kan een nadere toelichting worden gegeven op de pilots ter toetsing van het gewenste organisatiemodel? Welke criteria voor het nieuwe organisatiemodel worden in het kader van de pilots gehanteerd? Zijn de pilots al van start gegaan en zo neen, wanneer gaan deze van start?

3

Welke rol spelen de pilots in het kader van de aanbestedingen curatieve zorg?

4

Op welke manier wordt de noodzakelijke aandacht voor de specifieke gezondheidsproblematiek van asielzoekers in het nieuwe organisatiemodel gegarandeerd en in de pilots meegenomen?

5

Wordt er ook Europees aanbesteed en welke marktpartijen hebben zich in het kader van de aanbestedingsprocedure gemeld?

6

Worden in het programma van eisen dezelfde normen opgenomen inzake de bereikbaarheid als momenteel voor de MOA geldt, namelijk iedere werkdag tussen half 9 en 5 uur?

7

Waar worden in de nieuwe situatie de praktijkverpleegkundigen gestationeerd?

8

Hoe is in het nieuwe model de toegankelijkheid van de huisartsenzorg gewaarborgd, mede gezien het feit dat niet alle asielzoekerscentra zijn gelegen in de nabijheid van een huisartsenpraktijk? Worden in zulke gevallen de reiskosten vergoed?

9

Welke waarborgen worden getroffen om in de nieuwe situatie de zorgcoördinatie kwalitatief goed te laten functioneren? Op welke wijze wordt de nu door MOA opgebouwde deskundigheid behouden en verder ontwikkeld?

10

Op welke wijze wordt bij verhuizingen van asielzoekers als gevolg van het sluiten van opvangcentra een zo goed mogelijke overdracht van zorg(dossiers) gewaarborgd?

11

Hoe passen de voorstellen voor het nieuwe model in de bredere aanpak ten aanzien van justitie en zorg, zoals voorgesteld vanuit het ministerie van Justitie (forensische zorg en zorg in detentie)?

12

Indien het tijdpad voor het realiseren van de nieuwe situatie te krap blijkt, wordt dan de huidige situatie vooralsnog gecontinueerd?

13

Kan de Kamer nog voor het zomerreces (2008) kennis nemen van de voorstellen voor de nieuwe aanpak?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennis genomen van de brief van de staatssecretaris van Justitie waarin op het verzoek van de vaste commissie voor VWS inhoudelijk wordt ingegaan op de nieuwe door het COA voorgestelde aanpak van medische zorg voor asielzoekers. Omdat er nog geen voorgestelde nieuwe aanpak is, zullen deze leden ingaan op de (summiere) informatie die tot heden bekend is. Zij hebben ten aanzien hiervan onderstaand enkele nadere vragen ter beantwoording.

14

Het contract tussen het COA en GGD Nederland is anderhalf jaar geleden opgezegd en pas dit jaar is begonnen met het aanbestedingstraject. De resterende tijd waarin de daadwerkelijke overgang moet worden gerealiseerd is erg krap. Op welke manier gaat de staatssecretaris deze overdracht realiseren, zonder teloorgang van kwaliteit en toegankelijkheid van de medische zorg voor asielzoekers? Indien het niet lukt het nieuwe stelsel op tijd te implementeren, welke maatregelen is de staatssecretaris dan bereid te nemen opdat het behoud van kwaliteit en toegankelijkheid van medische zorg voor asielzoekers wordt gegarandeerd?

15

Het COA geeft aan per 1 januari 2009 een nieuw organisatie-model in te willen voeren. Kan de staatssecretaris de Kamer informeren over de uitkomsten van de consultatie door de COA van de gewenste dienstverlening? Op welke wijze wordt rekening gehouden met de eisen die aan deze gewenste dienstverlening worden gesteld? Op welke wijze wordt ingespeeld op de door het COA gesignaleerde risico's?

16

Kan worden toegelicht of in het programma van eisen dezelfde normen worden gehanteerd ten aanzien van de bereikbaarheid van medische zorg zoals momenteel voor de MOA-stichtingen geldt, namelijk iedere werkdag tussen half 9 en 5 uur?

17

Welke pilots ten behoeve van het meest preferente zorgmodel zijn reeds gestart en welke bevindingen tot nu toe gedaan? Zijn er bevindingen van pilots betrokken bij het theoretische gewenste organisatie-model van het COA? Wanneer wordt het door te voeren plan van aanpak bekend gemaakt? Wanneer kan de Kamer de brief verwachten over de inhoudelijke invulling van de voorgestelde nieuwe aanpak? Waaraan toetst de staatssecretaris deze aankomend voorgestelde aanpak? Op welke wijze is het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) daarbij betrokken?

18

Op 1 januari 2009 zal de huidige MOA-organisatie zijn opgeheven. Op welke wijze wordt de praktische overdracht van de MOA naar de volgende dienstverlener georganiseerd en op welke wijze wordt de nu door de MOA opgebouwde deskundigheid behouden en verder ontwikkeld? Op welke manier wordt adequate medische zorg op het bestaande kwaliteitsniveau voor asielzoekers gefaciliteerd ten tijde van het huidige aanbestedings- en overdrachtsjaar van de MOA? Hoe wordt de toegankelijkheid van medische zorg gewaarborgd en wie ziet hier op toe? Kan de staatssecretaris de Kamer op de hoogte houden over de gang van zaken hieromtrent?

19

Door de aard van de gezondheidsproblemen van asielzoekers en de grote doorstroom van hen, is nauwe samenwerking en overdracht van medische dossiers in de zorgketen essentieel. Op welke manier wordt gebruikt gemaakt van bestaande kennis, ervaring en richtlijnen om deze samenwerking en overdracht succesvol te organiseren? Op welke manier wordt tot en met 1 januari 2009, en vanaf 1 januari 2009 deze samenwerking en overdracht van dossiers georganiseerd? Is er sprake van landelijke, digitale medische dossiers?

20

Door wie worden de medische beslissingen straks op de COA-locaties genomen? Hoe wordt voorkomen dat niet-medisch opgeleiden op COA-locaties straks beslissingen nemen over medische aangelegenheden? Indien er in de nieuwe aanpak vanaf 1 januari 2009 geen medisch personeel meer op de asielzoekerscentra (AZC's) aanwezig zijn, op welke wijze is dan in het nieuwe model de toegankelijkheid van de huisartsenzorg gewaarborgd? Zullen de praktijkverpleegkundigen zoals nu ook dagelijks aanwezig zijn in de centra? Wie wordt verantwoordelijk voor de kosten die gemoeid zijn met de reis naar omliggende artsen indien deze niet dicht bij het AZC hun consult hebben?

21

Kan de staatssecretaris de Kamer informeren over de financiële consequenties van het nieuwe zorgmodel? Is de begroting van Justitie met betrekking tot het budget voor de zorg aan asielzoekers toereikend genoeg zodat de medische zorg voor asielzoekers voldoende kan worden georganiseerd?

22

In de brief van de staatssecretaris wordt ingegaan op een aanbeveling van de IGZ om een zorgplan op te stellen ten behoeve van asielzoekers. Kan de Kamer worden geïnformeerd over wat het zorgplan inhoudt dat door de MOA is opgesteld?

23

De staatssecretaris bericht in de brief over de toegankelijkheid van tolkvoorzieningen. Zijn er richtlijnen wie in aanmerking komt voor een tolk? Wat houden de door Pharos opgestelde veldnormen in waar de staatssecretaris naar verwijst?

24

De staatssecretaris geeft aan hoe onvrede van asielzoekers door medewerkers van het MOA kan worden opgevangen. Hoe is deze klachtenregeling georganiseerd? Hoe wordt deze regeling geëvalueerd en op welke wijze worden deze bevindingen meegenomen naar het nieuwe zorgmodel? Kan worden toegelicht hoe de toekomstige klachtenregeling wordt georganiseerd?

25

Asielzoekers hebben vaak een andere aard van gezondheidsklachten. Veel asielzoekers/vluchtelingen hebben met martelingen, verkrachtingen, moord en oorlog te maken gehad. Zij zijn vaker ziek en getraumatiseerd dan de gemiddelde autochtone patiënt. Op welke manier wordt in het nieuwe model rekening gehouden met de implicatie hiervan voor zowel de soort zorgverlening door huisartsen als voor de hogere werklast? Op welke wijze wordt het aspect waarheidsbevinding bij dit medisch onderzoek toegepast?

26

Op welke manier neemt de staatssecretaris de zorg weg die bij de leden van PvdA-fractie bestaat over de onduidelijkheid op het vlak van voldoende aanwezige artsen op en rondom het terrein van de AZC's? Zijn er voldoende huisartsen en zorgverleners aangesteld die de medische dossiers overnemen van de door de MOA overgedragen asielzoekers? Welke afspraken zijn er met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) gemaakt? Welke vooren nadelen heeft de LHV geuit over de wijze waarop de curatieve zorg naar alle waarschijnlijkheid zal worden georganiseerd voor asielzoekers?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met interesse kennis genomen van de brief van de staatssecretaris van Justitie d.d. 26 februari 2008 inzake nieuwe aanpak medische zorg asielzoekers na de opzegging van de raamovereenkomst tussen het COA en GGD Nederland. Het is voor deze leden een doorn in het oog dat asielzoekers veelal gratis gebruik kunnen maken van zorg, terwijl er aan de andere kant voor de Nederlandse burger beperkingen gelden omdat de zorgvraag zo toeneemt. Deze leden willen dientengevolge nog het volgende vragen.

27

Wat zijn de kosten van de invulling van de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)? Waar zijn deze kosten op de begroting terug te vinden?

II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

1

Waarom is de Kamer niet eerder, zoals afgesproken tijdens het algemeen overleg van 12 oktober 2006 (29 484, nr. 16), geïnformeerd over de actuele stand van zaken ten aanzien van de Medische Opvang voor Asielzoekers (MOA)?

Uw Kamer is eerder geïnformeerd bij brief van 13 augustus 2007¹. In die brief was de (op dat moment) actuele stand van zaken neergelegd. In de brief van 26 februari 2008², waaraan wordt gerefereerd, is in vervolg daarop aangegeven dat er ten opzichte van 13 augustus 2007 nog geen wezenlijk nieuwe ontwikkelingen te melden waren.

2

Kan een nadere toelichting worden gegeven op de pilots ter toetsing van het gewenste organisatiemodel? Welke criteria voor het nieuwe organisatiemodel worden in het kader van de pilots gehanteerd? Zijn de pilots al van start gegaan en zo nee, wanneer gaan deze van start?

¹ Kenmerk: 5469501/07, in antwoord op uw brief met kenmerk: 07-VWS-B-004.

² Kenmerk: 5498362/07 in antwoord op uw brief met kenmerk: 07-VWS-B-0018.

Op 19 juni 2008 heeft het COA de opdracht voor de curatieve gezondheidszorg definitief gegund aan zorgverzekeraar Menzis. Na de gunning zijn het COA en Menzis direct gestart met het opstellen van een gezamenlijk plan voor de implementatie van de nieuwe werkwijze per 1 januari 2009. In de zomer bleek dat de uitvoering van pilots onuitvoerbaar was. De reden was dat Menzis op het moment dat de pilots zouden moeten worden uitgevoerd, nog geen verbintenissen kon aangaan met de huisartsen van de asielzoekers. Om huisartsen te committeren aan deze pilots, bleek het namelijk noodzakelijk om al een contractuele relatie te hebben. Doordat Menzis pas per 1 januari 2009 de zorg overneemt, kunnen pas per die datum verbintenissen ingaan met de huisartsen van de asielzoekers. De medewerking van huisartsen was cruciaal voor deze pilot, daar de veranderingen vooral de huisartsenzorg betreffen. De, door Menzis in de offerte neergelegde, aanpak bood een implementatiestrategie waarin de uitvoering van pilots overbodig bleken te zijn. In de offerte bouwt Menzis voort op een werkwijze die al was ontwikkeld voor de reguliere gezondheidszorg. Deze aanpak betreft een organisatie waarbij een regierol is toegekend aan een (landelijke opererend) gezondheidscentrum. De ervaringen uit de bestaande praktijk zijn betrokken bij de opzet van de nieuwe aanpak.

Om de start van het nieuwe zorgmodel in de eerste maanden 2009 goed te laten verlopen, is bovendien een beheersmaatregel getroffen: de instelling van een taskforce. Deze taskforce zal vanaf 1 januari 2009 actief zijn. De taskforce zal bestaan uit vertegenwoordigers van het COA, Menzis en de GGD-en. Deze taskforce is ingesteld om indien nodig voortvarend maatregelen te kunnen treffen om het nieuwe zorgmodel goed te laten werken.

3

Welke rol spelen de pilots in het kader van de aanbestedingen curatieve zorg?

De pilots waren bedoeld om na de gunning de in de offerte vervatte opzet van de medische opvang te testen. Er was dus geen rol voorzien voor pilots in het kader van de aanbesteding.

4

Op welke manier wordt de noodzakelijke aandacht voor de specifieke gezondheidsproblematiek van asielzoekers in het nieuwe organisatie-model gegarandeerd en in de pilots meegenomen?

Het was niet de intentie om de aandacht voor de specifieke gezondheidsproblematiek van asielzoekers via de pilots te borgen. Deze borging is neergelegd in het «Programma van Eisen voor de curatieve zorg» en in de «specificatie dienstverlening voor publieke gezondheidszorg». In de offerteaanvraag van het COA is het belang van het behoud van de expertise van de huidige praktijkverpleegkundigen benadrukt. Daarnaast zijn eisen gesteld aan deskundigheid en deskundigheidsbevordering van zowel de huisarts als de onder de huisarts ressorterende praktijkondersteuning. Naast de eisen met betrekking tot deskundigheidsbevordering zijn in het «Programma van Eisen voor de curatieve zorg» een twintigtal aanvullende eisen opgenomen met betrekking tot de huisartsenzorg, inclusief de onder hen werkende functionaris, toegesneden op de specifieke gezondheidsproblematiek van de asielzoeker. Op basis van deze criteria heeft gunning aan zorgverzekeraar Menzis plaatsgevonden.

5. Wordt er ook Europees aanbesteed en welke marktpartijen hebben zich in het kader van de aanbestedingsprocedure gemeld?

Inzake de opdracht curatieve zorg is een offerteaanvraagprocedure gevoerd conform de geldende richtlijnen voor aanbestedingen. In lijn met deze richtlijnen kan niet bekend worden gemaakt hoeveel en welke marktpartijen zich bij het COA hebben aangemeld. Op 19 juni 2008 is de opdracht voor de curatieve gezondheidszorg definitief gegund aan zorgverzekeraar Menzis.

6

Worden in het programma van eisen dezelfde normen opgenomen inzake de bereikbaarheid als momenteel voor de MOA geldt, namelijk iedere werkdag tussen half 9 en 5 uur?

In het «Programma van Eisen voor de curatieve zorg» is opgenomen dat de huisartsenzorg 24 uur per dag bereikbaar en beschikbaar dient te zijn, zoals dat voor alle Nederlanders geldt. De asielzoeker kan zich bij behoefte aan zorg tijdens kantoor tijd rechtstreeks wenden tot de huisartspraktijk, zoals ook in de reguliere zorg gebruikelijk is. In haar offerte heeft Menzis voor de asielzoekers een extra mogelijkheid toegevoegd: tijdens kantoor uren kan de asielzoeker zich met zorgvragen wenden tot het Centraal Gezondheidscentrum Asielzoekers van Menzis. Om de toegankelijkheid van de huisarts voor asielzoekers verder te garanderen, heeft het COA in het «Programma van Eisen voor de curatieve zorg» opgenomen dat de zorgverzekeraar moet bewerkstelligen dat de huisarts inloopsprekuren voor de asielzoekers moet instellen. Dit betekent dat de asielzoeker zonder voorafgaande afspraak naar de huisarts kan gaan en gezien moet worden. Deze verplichting moet frequenter worden aangeboden, naarmate het centrum groter is. Voor de meeste COA-locaties resulteert dat in een dagelijkse verplichting.

7

Waar worden in de nieuwe situatie de praktijkverpleegkundigen gestationeerd?

In het «Programma van Eisen voor de curatieve zorg» wordt niet meer gesproken over praktijkverpleegkundigen, maar over praktijkondersteuning van de huisarts. In de reguliere praktijk bestaan meer gelijkwaardige functies dan alleen de praktijkverpleegkundige, zoals die nu bestaat binnen de MOA-organisatie. In principe zal de praktijkondersteuning fysiek bij de huisarts in de lokale praktijk aanwezig zijn. Dit is echter ter beoordeling aan diezelfde huisarts. Functioneel valt de praktijkondersteuning onder de directe verantwoordelijkheid van de huisarts. Hij of zij bepaalt hoe de praktijkondersteuning wordt ingezet. Indien noodzakelijk zal de zorg fysiek op of nabij het asielzoekerscentrum aanwezig zijn. Dit zal zeker het geval zijn bij de zorg voor kwetsbare groepen, zoals uitgenodigde vluchtelingen of net ingestroomde asielzoekers. In andere gevallen kunnen de specifieke omstandigheden van de betrokken huisarts ertoe leiden dat de zorg tijdelijk (gedeeltelijk) fysiek op het opvangcentrum wordt gehuisvest.

8

Hoe is in het nieuwe model de toegankelijkheid van de huisartsenzorg gewaarborgd, mede gezien het feit dat niet alle asielzoekerscentra zijn gelegen in de nabijheid van een huisartsenpraktijk? Worden in zulke gevallen de reiskosten vergoed?

Op locaties waar de huisartsenpraktijk niet in de nabijheid van het asielzoekerscentrum is gelegen en mogelijkheden tot openbaar vervoer

bepikt zijn, zal in overleg met alle partners maatwerk worden geleverd. Verder zal worden bekeken of voor situaties waar het openbaar vervoer wel voldoende adequaat is, de huidige reiskostenvergoedingsregeling van het COA voldoende is toegesneden op de eisen van toegankelijkheid van zorg in de nieuwe situatie.

9

Welke waarborgen worden getroffen om in de nieuwe situatie de zorgcoördinatie kwalitatief goed te laten functioneren? Op welke wijze wordt de nu door MOA opgebouwde deskundigheid behouden en verder ontwikkeld?

In het «Programma van Eisen voor de curatieve zorg» is opgenomen dat de huisarts verantwoordelijk is voor de individuele zorgcoördinatie van asielzoekers. Dit is op zich niet anders dan zorgcoördinatie voor patiënten in de reguliere praktijk van een huisarts. Echter, gezien de aard en complexiteit van de problematiek die kan voorkomen bij asielzoekers zal hier meer tijd in moeten worden geïnvesteerd dan in de reguliere praktijk het geval is. Om die reden is in hetzelfde «Programma van Eisen» opgenomen dat de huisarts een beroep kan doen op extra praktijkondersteuning ten behoeve van de uitvoering van deze taak. De coördinatie in de (lokale) zorgketen is beschreven in de «Specificatie Dienstverlening» waarover het COA met Vereniging GGD Nederland in gesprek is. In de nieuwe situatie zal deze, conform reguliere praktijk, bij de GGD-en worden neergelegd. In beide gevallen verlangt het COA dat het huidige kwaliteitsinstrumentarium wordt benut en aangepast naar de nieuwe situatie om zo de opgebouwde deskundigheid te behouden.

10

Op welke wijze wordt bij verhuizingen van asielzoekers als gevolg van het sluiten van opvangcentra een zo goed mogelijke overdracht van zorg(dossiers) gewaarborgd?

Vanaf 2009 zullen de medische gegevens worden geregistreerd in een elektronisch medisch dossier: een huisartseninformatiesysteem (HIS). Dit dossier zal worden gekoppeld aan de bewonersadministratie van het COA. Het HIS wordt dagelijks bijgewerkt met de laatste mutaties. Bij aankomst in een COA-locatie wordt de huisarts onmiddellijk van de plaatsing op de hoogte gebracht. Deze berichtgeving omvat tevens de naam en adresgegevens van de huisarts waar de asielzoeker voorheen in behandeling was. Het medisch dossier is via het HIS direct toegankelijk voor de huisarts. Er is een werkwijze uitgewerkt waarin de huisarts in het oude centrum enkele dagen voor de overplaatsing hiervan op de hoogte wordt gebracht, zodat deze zonedig contact op kan nemen met de huisarts in het opvolgende centrum om voorafgaande aan de overplaatsing een telefonische overdracht te kunnen regelen.

Door het vereiste van elektronische dossiervorming kan de overdracht van gegevens bij overplaatsing vanaf 2009 nog meer gedegen verlopen dan onder huidige omstandigheden met het papieren medisch dossier het geval is.

11

Hoe passen de voorstellen voor het nieuwe model in de bredere aanpak ten aanzien van justitie en zorg, zoals voorgesteld vanuit het Ministerie van Justitie (forensische zorg en zorg in detentie)?

De organisatie van de zorg in penitentiële instellingen is toegesneden op een situatie waarin de betrokkenen van hun vrijheid zijn beroofd. Dit

gebrek aan bewegingsvrijheid maakt een op die situatie toegesneden organisatie van zorg noodzakelijk.

Asielzoekers kunnen zich vrij bewegen. Daarom is het mogelijk de organisatie van de medische opvang van asielzoekers meer te organiseren als gebruikelijk is voor ingezetenen. Gezien dit kenmerkende verschil tussen deze beide doelgroepen, is ervoor gekozen de medische opvang voor asielzoekers niet in te passen in de bredere aanpak ten aanzien van justitie en zorg.

12

Indien het tijdpad voor het realiseren van de nieuwe situatie te krap blijkt, wordt dan de huidige situatie voorsnog gecontinueerd?

Neen. Alle inzet is gericht op een situatie waarin de nieuwe werkwijze per 1 januari 2009 volledig van kracht is. Met de zorgpartners is daartoe een implementatieplan opgesteld. Mocht een volledige overgang naar de beoogde nieuwe werkwijze desondanks niet op 1 januari 2009 kunnen worden gerealiseerd, dan zijn (in overleg met de nieuwe zorgpartners ontwikkelde) terugvalopties beschikbaar, waarmee voldoende en adequate medische zorg voor asielzoekers kan worden gegarandeerd.

13

Kan de Kamer nog voor het zomerreces (2008) kennis nemen van de voorstellen voor de nieuwe aanpak?

Ten tijde van de afronding van de initiële beantwoording op uw vragen vond de gunning van het contract voor de organisatie van curatieve zorg voor asielzoekers plaats. Hierdoor was een deel van de eerder opgestelde antwoorden achterhaald. Ik heb ervoor gekozen de beantwoording van de vragen aan te houden, opdat ik u zo volledig mogelijk kan informeren over de stand van zaken.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

14

Het contract tussen het COA en GGD Nederland is anderhalf jaar geleden opgezegd en pas dit jaar is begonnen met het aanbestedingstraject. De resterende tijd waarin de daadwerkelijke overgang moet worden gerealiseerd is erg krap. Op welke manier gaat de staatssecretaris deze overdracht realiseren, zonder teloorgang van kwaliteit en toegankelijkheid van de medische zorg voor asielzoekers? Indien het niet lukt het nieuwe stelsel op tijd te implementeren, welke maatregelen is de staatssecretaris dan bereid te nemen opdat het behoud van kwaliteit en toegankelijkheid van medische zorg voor asielzoekers wordt gegarandeerd? Zoals reeds gemeld aan uw Kamer¹ voorziet het lopende contract in een verplichting voor GGD-en, die partij zijn in het contract, om de zorg te garanderen tot 1 januari 2009. Op 1 januari 2009 zullen Menzis, haar contractpartners en de GGD-en deze taak oppakken en continueren.

Ik zal het COA houden aan deze opdracht: het COA moet ervoor zorgen dat er per 1 januari 2009 een toegankelijke zorg van goede kwaliteit is voorzien voor asielzoekers. Voor de daarvoor genomen maatregelen verwijs ik naar de beantwoording van vraag 12.

15

Het COA geeft aan per 1 januari 2009 een nieuw organisatie-model in te willen voeren. Kan de staatssecretaris de Kamer informeren over de uitkomsten van de consultatie door de COA van de gewenste dienstverle

¹ Kenmerk: 5469501/07, in antwoord op uw brief met kenmerk: 07-VWS-B-004.

ning? Op welke wijze wordt rekening gehouden met de eisen die aan deze gewenste dienstverlening worden gesteld? Op welke wijze wordt ingespeeld op de door het COA gesignaleerde risico's?

Het COA heeft de uitgangspunten voor de visie op gezondheidszorg laten toetsen op haalbaarheid via een brede consultatie bij enkele expertinstanties, onder wie de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Uit deze brede consultatie is gebleken dat er draagvlak bestaat voor de COA-visie op gezondheidszorg. Het vervolgtraject gaat dan ook voornamelijk over de wijze waarop de zorg in de praktijk dient te worden georganiseerd. De belangrijkste uitgangspunten hierbij zijn transparante sturing, kwaliteit van de zorg, flexibiliteit in de organisatievorm en beheersing van kosten. Het COA heeft de uitkomsten van de consultatie meegenomen bij die verdere uitwerking. De genoemde uitgangspunten hebben nadrukkelijke aandacht gekregen in de «Programma's van Eisen voor de curatieve zorg» en de «specificatie dienstverlening voor publieke gezondheidszorg».

Het COA heeft voor de curatieve zorg een «Programma van Eisen» opgesteld. Inschrijvende marktpartijen hebben inzichtelijk moeten maken op welke wijze zij aan deze eisen gaan voldoen. Inzake kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg zijn specifieke eisen opgenomen. Het «Programma van Eisen» is op verzoek van COA tevens vooraf getoetst op volledigheid bij verschillende koepelorganisaties in de zorg. Voor de publieke gezondheidszorg is een specificatie dienstverlening opgesteld in samenwerking met GGD Nederland.

Het voornaamste risico dat het COA binnen het raamwerk van de huidige organisatie van de medische opvang benoemde, was het gebrek aan eenduidige aansturing van de praktijkverpleegkundige. Deze functionaris werd inhoudelijk aangestuurd door de huisarts, maar was in dienst van de stichtingen MOA. Dit zorgde voor een diffuse aansturing en verantwoording. In de nieuwe situatie is gekozen voor een transparante en eenduidige aansturing van de praktijkondersteuner, door beide hierboven beschreven rollen bij de huisarts neer te leggen. Zodoende zijn de huisarts en de praktijkondersteuner aaneengesmeed tot een «ambachtelijke eenheid».

16

Kan worden toegelicht of in het programma van eisen dezelfde normen worden gehanteerd ten aanzien van de bereikbaarheid van medische zorg zoals momenteel voor de MOA-stichtingen geldt, namelijk iedere werkdag tussen half 9 en 5 uur?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de beantwoording van vraag 6.

17

Welke pilots ten behoeve van het meest preferente zorgmodel zijn reeds gestart en welke bevindingen tot nu toe gedaan? Zijn er bevindingen van pilots betrokken bij het theoretische gewenste organisatiemodel van het COA? Wanneer wordt het door te voeren plan van aanpak bekend gemaakt? Wanneer kan de Kamer de brief verwachten over de inhoudelijke invulling van de voorgestelde nieuwe aanpak? Waaraan toetst de staatssecretaris deze aankomend voorgestelde aanpak? Op welke wijze is het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) daarbij betrokken?

In aanvulling op de beantwoording van vraag 2 kan ik u melden dat ik niet het voornemen heb een brief te schrijven aan uw Kamer over het plan van aanpak voor de nieuwe organisatie van de medische opvang. Het COA

heeft de opdracht om zorg te dragen voor de opvang asielzoekers en de organisatie van de medische opvang is onderdeel van deze opdracht. Voor de curatieve zorg geldt dat het COA het «Programma van Eisen» heeft getoetst bij verschillende expertinstanties rondom de zorg. Zowel de minister van VWS als de Inspectie voor de Gezondheidszorg zijn bij deze toetsing betrokken.

18

Op 1 januari 2009 zal de huidige MOA-organisatie zijn opgeheven. Op welke wijze wordt de praktische overdracht van de MOA naar de volgende dienstverlener georganiseerd en op welke wijze wordt de nu door de MOA opgebouwde deskundigheid behouden en verder ontwikkeld? Op welke manier wordt adequate medische zorg op het bestaande kwaliteitsniveau voor asielzoekers gefaciliteerd ten tijde van het huidige aanbestedings- en overdrachtsjaar van de MOA? Hoe wordt de toegankelijkheid van medische zorg gewaarborgd en wie ziet hier op toe? Kan de staatssecretaris de Kamer op de hoogte houden over de gang van zaken hieromtrent?

Na de definitieve gunning op 19 juni 2008 is met de implementatiefase gestart. Hierin is de praktische overdracht van werk(-zaamheden) een belangrijk aandachtspunt. Zowel voor de curatieve zorg, als voor de publieke gezondheidszorg verlangt het COA dat het huidige kwaliteits-instrumentarium wordt benut en aangepast naar de nieuwe situatie om zo de opgebouwde deskundigheid te behouden. Het niveau van de medische zorg is tot 1 januari 2009 gewaarborgd conform de huidige contractafspraken met MOA en de zorgverzekeraar. Partijen hebben zich bij ondertekening van deze contracten geconformeerd tot het leveren van de diensten tot het moment waarop het contract eindigt. Vanaf 1 januari 2009 is het zorgverzekeraar Menzis die, conform het «Programma van Eisen», curatieve zorg gaat leveren op het door de IGZ gewenste kwaliteitsniveau. De publieke gezondheidszorg zal vanaf dat moment door de GGD-en geleverd worden. Er is geen sprake van een overgangsjaar. De tweede helft van 2008 is benut om de nieuwe situatie te organiseren, zodat vanaf 1 januari 2009 gestart kan worden.

Asielzoekers moeten zich met medische vragen rechtstreeks tot de huisarts wenden. De huisarts is en blijft de poortwachter tot de reguliere zorg. In de nieuwe situatie krijgt de asielzoeker directere toegang tot de huisartsenzorg, aangezien de toegeleiding functioneel én hiërarchisch onder de huisarts ressorteert. Toezicht op de toegankelijkheid van medische zorg is voorbehouden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

19

Door de aard van de gezondheidsproblemen van asielzoekers en de grote doorstroom van hen, is nauwe samenwerking en overdracht van medische dossiers in de zorgketen essentieel. Op welke manier wordt gebruikt gemaakt van bestaande kennis, ervaring en richtlijnen om deze samenwerking en overdracht succesvol te organiseren? Op welke manier wordt tot en met 1 januari 2009, en vanaf 1 januari 2009 deze samenwerking en overdracht van dossiers georganiseerd? Is er sprake van landelijke, digitale medische dossiers?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de beantwoording van de vragen 4 en 10.

20

Door wie worden de medische beslissingen straks op de COA-locaties genomen? Hoe wordt voorkomen dat niet-medisch opgeleiden op COA-locaties straks beslissingen nemen over medische aangelegenheden? Indien er in de nieuwe aanpak vanaf 1 januari 2009 geen medisch

personeel meer op de asielzoekerscentra (AZC's) aanwezig zijn, op welke wijze is dan in het nieuwe model de toegankelijkheid van de huisartsenzorg gewaarborgd? Zullen de praktijkverpleegkundigen zoals nu ook dagelijks aanwezig zijn in de centra? Wie wordt verantwoordelijk voor de kosten die gemoeid zijn met de reis naar omliggende artsen indien deze niet dicht bij het AZC hun consult hebben?

Om de asielzoeker bekend te maken met het reguliere zorgsysteem in Nederland voert COA een niet-medische gidsfunctie in. COA-medewerkers op locatie zijn het eerste aanspreekpunt voor asielzoekers en kunnen algemene voorlichting over het zorgsysteem verstrekken teneinde de asielzoeker in staat te stellen zelfstandig medische zorg te regelen. Deze functie voorziet in antwoord op vragen als waar de huisarts gevestigd is, of hoe een afspraak kan worden gemaakt. Daarnaast continueert COA haar taken met betrekking tot signalering en doorverwijzing naar de zorg. Er worden geen medische beslissingen genomen op de COA-locatie door COA-medewerkers. Deze verantwoordelijkheid ligt, zowel in de huidige situatie als in de nieuwe, bij de gecontracteerde huisartsen en overige gecontracteerde zorgverleners. Het COA zal samen met zorgverzekeraar Menzis de precieze afstemming tussen medisch en niet-medisch vormgeven. Vanaf 1 januari 2009 wordt de asielzoeker conform de reguliere wijze met alle medische vragen door de COA-medewerker gewezen bij wie de asielzoeker wanneer terecht kan.

In aanvulling op het antwoord op vraag 7 kan ik u melden dat daar waar de huisartsenpraktijk niet in de nabijheid van het centrum is gelegen en mogelijkheden tot openbaar vervoer beperkt zijn, in overleg met alle partners maatwerk zal worden geleverd. Verder zal worden bekeken of voor situaties waar het openbaar vervoer wel voldoende adequaat is, de huidige reiskostenvergoedingsregeling van het COA voldoende toegesneden is op de vereisten aan toegankelijkheid van zorg in de nieuwe situatie.

21

Kan de Staatssecretaris de Kamer informeren over de financiële consequenties van het nieuwe zorgmodel? Is de begroting van Justitie met betrekking tot het budget voor de zorg aan asielzoekers toereikend genoeg zodat de medische zorg voor asielzoekers voldoende kan worden georganiseerd?

De doelstelling is dat de nieuwe organisatie van de medische opvang binnen de kaders van de begroting kan worden uitgevoerd.

22

In de brief van de Staatssecretaris wordt ingegaan op een aanbeveling van de IGZ om een zorgplan op te stellen ten behoeve van asielzoekers. Kan de Kamer worden geïnformeerd over wat het zorgplan inhoudt dat door de MOA is opgesteld?

Het verpleegkundig zorgplan is een format dat de praktijkverpleegkundigen ondersteunt bij hun zorgcoördinatietaak. Zorgcoördinatie zoals uitgevoerd door de praktijkverpleegkundige van het MOA, is het organiseren van een samenhangend hulppakket rond een bepaalde, complexe hulpvraag van een asielzoeker. Een complexe hulpvraag wil bijvoorbeeld zeggen dat meerdere hulpverleners erbij betrokken zijn, of dat de situatie van de patiënt complex is door het ontbreken van mantelzorg of dat er sprake is van meervoudige problematiek.

23

De Staatssecretaris bericht in de brief over de toegankelijkheid van tolkvoorzieningen. Zijn er richtlijnen wie in aanmerking komt voor een tolk? Wat houden de door Pharos opgestelde veldnormen in waar de staatssecretaris naar verwijst?

In het «Programma van Eisen voor de curatieve zorg» is opgenomen dat de huisarts in geval van ontoereikende communicatie gebruik moet maken van de diensten van Tolk- en Vertaalcentrum Nederland. De door Stichting Pharos ontwikkelde veldnormen zijn in de reguliere zorg en ook in de zorg aan asielzoekers hierbij normatief.

24

De staatssecretaris geeft aan hoe onvrede van asielzoekers door medewerkers van het MOA kan worden opgevangen. Hoe is deze klachtenregeling georganiseerd? Hoe wordt deze regeling geëvalueerd en op welke wijze worden deze bevindingen meegenomen naar het nieuwe zorgmodel? Kan worden toegelicht hoe de toekomstige klachtenregeling wordt georganiseerd?

De zes stichtingen MOA hebben één gezamenlijke Klachtencommissie MOA in het leven geroepen; het klachtenreglement is te vinden op de website van GGD Nederland.

Voor klachten van asielzoekers over de MOA-dienstverlening is een klachtenregeling opgesteld. Deze is gebaseerd op de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. De folder die hierover ten behoeve van asielzoekers is opgesteld is te vinden op de website van GGD Nederland. Er is niet voorzien in een evaluatie van deze regeling.

In de nieuwe situatie wordt aangesloten bij de klachtenregeling voor reguliere zorg. Iedere huisarts is hierbij aangesloten. Deze regeling ligt ter inzage in de praktijk van de huisarts, inclusief het postadres van de klachtencommissie. Klachten over de zorg geleverd door de huisarts of diens ondersteunende verpleegkundige en doktersassistente dienen te worden ingediend bij die klachtencommissie. De klacht dient te worden ingediend door de asielzoeker zelf, die zich hierbij wel kan laten ondersteunen door bijvoorbeeld VluchtelingenWerk Nederland, een COA-medewerker, of door een andere derde. Hij/zij moet echter wel zelf de klacht ondertekenen.

25

Asielzoekers hebben vaak een andere aard van gezondheidsklachten. Veel asielzoekers/vluchtelingen hebben met martelingen, verkrachtingen, moord en oorlog te maken gehad. Zij zijn vaker ziek en getraumatiseerd dan de gemiddelde autochtone patiënt. Op welke manier wordt in het nieuwe model rekening gehouden met de implicatie hiervan voor zowel de soort zorgverlening door huisartsen als voor de hogere werklust? Op welke wijze wordt het aspect waarheidsbevinding bij dit medisch onderzoek toegepast?

In het nieuwe model wordt een centralere rol van de huisarts voorzien, desgewenst met praktijkondersteuning. Daarnaast is een versterking van de betrokkenheid van maatschappelijk werk voorzien in de vorm van begeleiding bij psychosociale, relatie- en levensproblematiek, met handhaving van het aanbod aan GGZ-zorg.

Het aspect waarheidsvinding in het kader van de IND-procedure vormt geen onderdeel van het medisch traject. Deze waarheidsvinding is met name van belang voor de (juridische) procedure van de IND, terwijl in het kader van de behandeling van de klachten veeleer beleving een centrale

rol speelt. Overigens wordt in de Nederlandse gezondheidszorg een strikte scheiding tussen de functie van behandelend arts en adviserend arts voorgestaan. De geschetste scheiding tussen beide rollen is ook uitgangspunt in de reguliere zorg.

26

Op welke manier neemt de Staatssecretaris de zorg weg die bij de leden van PvdA-fractie bestaat over de onduidelijkheid op het vlak van voldoende aanwezige artsen op en rondom het terrein van de AZC's? Zijn er voldoende huisartsen en zorgverleners aangesteld die de medische dossiers overnemen van de door de MOA overgedragen asielzoekers? Welke afspraken zijn er met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) gemaakt? Welke vooren nadelen heeft de LHV geuit over de wijze waarop de curatieve zorg naar alle waarschijnlijkheid zal worden georganiseerd voor asielzoekers?

Het is aan zorgverzekeraar Menzis om de huisartsenzorg per 1 januari 2009 in te kopen en te organiseren. Menzis hanteert hierbij het uitgangspunt dat zij zoveel mogelijk de samenwerking met de huidige huisartsen wil continueren. Het uitgangspunt is om in de nieuwe situatie evenveel huisartsen beschikbaar te hebben voor asielzoekers als in de huidige situatie het geval is.

De LHV is nauw betrokken geweest bij het opstellen van het «Programma van Eisen voor de opdracht curatieve zorg». Een belangrijk onderwerp is de wijze waarop de huisarts zijn verantwoordelijkheid voor het medische dossier van een asielzoeker kan waarmaken. Hierover praten Menzis en de LHV thans verder.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

27

Wat zijn de kosten van de invulling van de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)? Waar zijn deze kosten op de begroting terug te vinden?

De kosten van de invulling van de aanbevelingen van de IGZ zijn uit de begroting van LSB MOA en uit de begroting van het COA bekostigd. De kosten van LSB MOA maken onderdeel uit van de begroting van het COA. De totale kosten van het COA zijn opgenomen in de begroting van het Ministerie van Justitie onder begrotingsartikel 15.2.1.