

Vergaderjaar 2008–2009

19 637

Vreemdelingenbeleid

Nr. 1299

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 31 augustus 2009

Op 16 december 2008 (kamerstuk 29 344, nr. 70) heb ik in een algemeen overleg met u gesproken over de implementatie van een nieuw model voor de medische zorg voor asielzoekers. Tijdens dat overleg hebben verschillende kamerleden hun zorgen geuit over de risico's die dit nieuwe model met zich meebracht.

Hoewel ik de geuite zorg kon begrijpen, heb ik het vertrouwen uitgesproken dat het nieuwe model zonder ernstige problemen kon worden geïmplementeerd. Thans kan ik u melden dat, op enkele aanloopproblemen na, de implementatie van het nieuwe model voor de medische zorg voor asielzoekers goed is verlopen.

Zoals toegezegd tijdens het eerder genoemde algemeen overleg, breng ik u in deze brief op de hoogte van ervaringen over de eerste 6 maanden van 2009 met het nieuwe model.

Algemeen

Het organiseren van medische zorg voor asielzoekers is een taak die is belegd bij het zelfstandig bestuursorgaan Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA). De wijze waarop de zorg wordt georganiseerd is in beginsel derhalve de verantwoordelijkheid van het COA. Vanzelfsprekend dient de bereikbaarheid, beschikbaarheid en de kwaliteit van de zorg voor asielzoekers te zijn gewaarborgd.

Na een zorgvuldig voortraject is op 1 januari 2009 het nieuwe model voor de medische zorg voor asielzoekers in werking getreden. Een half jaar later constateer ik dat deze grote wijziging zonder al te veel problemen is gerealiseerd. Bij elke wijziging is er sprake van aanloopproblemen en zeker bij zo'n grote aanpassing als deze. Door op voorhand reeds rekening te houden met de mogelijkheid dat in het begin nog niet alles optimaal zou functioneren, zijn de aanloopproblemen tot een minimum beperkt en hebben zich geen ernstige gezondheidsrisico's voorgedaan. Over de aard,

omvang en aanpak van de aanloopproblemen kom ik verderop in deze brief terug. Op dit moment werkt het nieuwe model goed en wordt er gekeken waar er desondanks verbeteringen kunnen worden doorgevoerd. De verschillende partijen in het model (COA, Menzis (curatieve zorg), GGD Nederland (publieke zorg excl. JGZ 0–4 jarigen) en Zorg voor U (JGZ 0–4 jarigen)) zijn na een halfjaar op elkaar ingespeeld en weten ieder voor zich wat hun taak en verantwoordelijkheid is.

Aanloopproblemen

Zoals hierboven reeds is aangegeven is er in het begin van het implementatietraject sprake geweest van enkele aanloopproblemen. Deze problemen hadden betrekking op:

1. *Bereikbaarheid praktijklijn:* De bereikbaarheid van de praktijklijn was voornamelijk in de eerste weken beperkt. De oorzaak hiervan was een onderbezetting bij de praktijklijn en het nog niet adequaat ingewerkt zijn van medewerkers. Daarnaast is er, door zowel bewoners, als COA- en Menzis-medewerkers, veel naar de praktijklijn gebeld. Door extra lijnen beschikbaar te stellen en de bezetting te verhogen konden deze problemen worden opgelost. Daarnaast is er inmiddels gewinning met het nieuwe model opgetreden, waardoor niet meer onnodig naar de praktijklijn wordt gebeld.
2. *Medisch taxivervoer:* Er heeft onduidelijkheid bestaan over de procedure van het medisch taxivervoer. Daarnaast zijn er problemen geweest in de uitvoering van de afspraken rondom het medisch taxivervoer. Vaak arriveerden zorgtaxi's te laat of helemaal niet op de locaties. Inmiddels zijn de gecontracteerde taxibedrijven beter geïnformeerd over de afspraken.
3. *Tolken:* Vooral in de eerste maand bestond onduidelijkheid over het al dan niet recht hebben op een tolk en de beschikbaarheid van tolken. Deze problemen werden veroorzaakt doordat het nieuwe tolkenbeleid nog niet helemaal bekend bleek bij de relevante partijen. Door aanvullende voorlichting is dit probleem verholpen. Los daarvan was er sprake van een landelijke tekort aan, met name Somalische, tolken. Dit tekort aan tolken is echter niet toe te schrijven aan het nieuwe zorgmodel.
4. *Spoedeisende hulp:* In de eerste weken van 2009 heeft er onduidelijkheid bestaan over de triage voor spoedeisende hulp. De praktijk heeft uitgewezen dat de rolverdeling tussen de praktijklijn en de alarmcentrale nog niet voldoende was ingeregeld. Zo is gebleken dat de alarmcentrale haar triage zelf moet doen door middel van direct contact met de patiënt, of door iemand die fysiek aanwezig is bij de patiënt. Door de spoedeisende hulp via de beveiliging op het centrum te laten verlopen is dit probleem verholpen en wordt er op een snelle en adequate wijze spoedeisende hulp ingeroepen wanneer dat nodig is.
5. *Bezetting medisch personeel op de azc's:* Een groot deel van het medische personeel van het GC A (gezondheidscentrum asielzoekers) is pas op 1 januari 2009 in dienst getreden bij Menzis. Enkele vacatures zijn zelfs pas in januari ingevuld. Deze late personeelsinvulling is veroorzaakt door een discussie met de vakbonden over onder andere het vraagstuk of de CAO Welzijn van toepassing moest worden verklaard. Een andere oorzaak is dat er in november uit kostenoverwegingen besloten is om het medisch personeel niet via uitzendbureau Randstad in te huren, maar bij Menzis zelf in dienst te nemen. Ook dit besluit heeft tot vertraging geleid. Inmiddels is de benodigde bezetting van het medische personeel op orde.
6. *TBC procedure:* De registratie van de TBC-procedure was niet altijd helder. Daardoor werden de gegevens van de TBC-screenings niet altijd verwerkt in het bewonersinformatiesysteem. Dit leidde soms tot onduidelijkheid over de vraag of iemand wel of niet TBC-gescreend

was. Door aanpassingen in het ICT-systeem en betere voorlichting over de registratie van de TBC-procedure is de ontstane achterstand in registratie weggewerkt en bestaat er momenteel een goed inzicht in wie wel of wie nog niet gescreend is.

Bovenstaande aanloopproblemen deden zich met name voor in de eerste 6 weken, waarbij de bereikbaarheid van de praktijklijn zeker in het begin tot de meeste knelpunten leidde. Inmiddels is het aantal klachten, vragen en opmerkingen gedaald van gemiddeld 50 per week in januari naar gemiddeld 2 per week in juni. De vragen die nu nog spelen hebben met name betrekking op de (taxi)procedures. De (tijdige) aanwezigheid van medisch taxivervoer is nog steeds een punt van aandacht. Ik ben echter van mening dat de overgang naar een nieuw zorgmodel hier niet van invloed op is geweest.

Aangezien er op voorhand werd voorzien dat een dergelijke grootschalige operatie nooit geheel zonder problemen zou verlopen, is reeds in het najaar van 2008 een «Taskforce Gezondheidszorg Asielzoekers» opgericht. Deze Taskforce had tot doel om de kwaliteit van het nieuwe zorgmodel te monitoren en te bewaken en daar waar van toepassing zo snel mogelijk in te grijpen. In de Taskforce waren het COA, GGD Nederland en Menzis vertegenwoordigd. Aangezien de Taskforce inmiddels vrijwel alleen nog meldingen binnen kreeg die ook binnen het normale proces konden worden beantwoord, is besloten om de Taskforce met ingang van 1 juli 2009 te ontmantelen.

Rollen en functionarissen in het nieuwe zorgmodel

In het nieuwe zorgmodel zijn diverse rollen en functionarissen te onderscheiden. In onderstaande tabel is aangegeven wie welke taak heeft en bij welke organisatie de betreffende functionaris is ondergebracht.

Rollen/Functionaris	Taken	Organisatie
Huisarts	<ul style="list-style-type: none"> • 1e-lijns zorg • leiding aan POHA en DA 	Menzis
POH-A (verpleegkundige)	<ul style="list-style-type: none"> • 1e-lijns zorg • dagelijkse aansturing DA • spreekuren op locatie 	Menzis
Doktersassistent(e) (DA)	<ul style="list-style-type: none"> • ondersteuning POHA en arts • administratie 	Menzis
Praktijklijn (arts en dokters-assistent)	<ul style="list-style-type: none"> • triage • toegeleiding naar zorg 	Menzis
Back-office GCA/MCA	<ul style="list-style-type: none"> • taxivervoer • afspraken met 1e- en 2e-lijns zorgverleners • declaraties 	Menzis
Beveiligingsmedewerker COA	<ul style="list-style-type: none"> • inschakeling spoedeisende hulp (112) • ondersteuning bij inschakeling alarmcentrale 	Trigion (via COA)
Niet medische gidsfunctie	<ul style="list-style-type: none"> • wegwijzer naar de zorg 	COA

Verskil in tarieven huisarts en verloskundige

Tijdens het algemeen overleg van 16 december 2008 is de vraaggesteld waarom het tarief van de huisartsen in het nieuwe model hoger ligt dan het reguliere tarief voor huisartsen en waarom dit voor verloskundige niet het geval is. Het verschil in abonnementstarief voor de huisarts respectievelijk de verloskundige valt enerzijds te verklaren uit het verschil in beroepsverantwoordelijkheid en anderzijds uit het verleden. De huisartsen

gaven aan dat de zorg aan asielzoekers een hogere belasting en inspanning met zich mee zou brengen waardoor de huisartsen voor asielzoekers een hoger tarief hebben weten te bedingen.

Lopende zaken

Ondanks het feit dat de medische zorg voor asielzoekers momenteel reeds goed verloopt worden tussen het COA en de zorgleveranciers nog (contract)besprekingen gevoerd.

GGD Nederland

GGD Nederland is verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg in Nederland. Op 16 juni 2009 heeft het COA met GGD Nederland een contract gesloten over de publieke gezondheidszorg (excl. JGZ 0–4 jarigen), voor de periode 2009–2012. De publieke gezondheidszorg (excl. JGZ 0–4 jarigen) wordt in 2009 uitgevoerd door de zogeheten PGA-stichtingen (publieke gezondheidszorg asielzoekers). De uitvoering hiervan vindt in 2009 plaats onder verantwoordelijkheid van GGD Nederland. Vanaf 1 januari 2010 zal deze zorg evenwel worden uitgevoerd door de lokale GGD'en. De PGA-stichtingen zullen dan worden opgeheven en GGD Nederland zal in het nieuwe zorgmodel geen uitvoerende taken meer bezitten. GGD Nederland blijft wel de contractpartner van het COA en zal als aanspreekpunt naar de lokale GGD'en fungeren. Thans vinden nog onderhandelingen plaats over de transitiekosten PGA.

Zorg voor U

Voor jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0–4 jarigen is tussen COA en Zorg voor U medio juni 2009 een principe akkoord bereikt. Dit akkoord betreft de periode tot 1 juli 2010. Voor de JGZ 0–4 jarigen vanaf 1 juli 2010 zal een formeel aanbestedingstraject worden ingezet. Zorg voor U zal, in tegenstelling tot de huidige praktijk, worden belast met alle taken die tot het domein van de JGZ 0–4 jarigen behoren. Dit houdt een uitbreiding van hun takenpakket in.

Menzis

Na een openbare aanbesteding is het contract voor de curatieve zorg voor asielzoekers gegund aan zorgverzekering Menzis. Voor het grootste gedeelte zijn de afspraken tussen COA en Menzis geformaliseerd en contractueel vastgelegd. Momenteel wordt door het COA met Menzis alleen nog onderhandeld over de vergoedingen voor de 1e-lijns curatieve zorg. Naar verwachting worden deze onderhandelingen in het najaar van 2009 afgerond.

Conclusie

Op grond van voorgaande concludeer ik dat de overgang naar en de implementatie van een nieuw model voor de medische zorg voor asielzoekers goed is verlopen. Op enkele laatste contractbesprekingen na is de zorg voor asielzoekers geregeld. Ik heb er vertrouwen in dat door het opdoen van kennis en ervaringen de zorg de komende tijd nog verder kan verbeteren.

Het spreekt voor zich dat de ontwikkelingen ook de komende tijd nauwlettend zullen worden gevolgd.

De staatssecretaris van Justitie,
N. Albayrak