

Vergaderjaar 2013–2014

19 637

Vreemdelingenbeleid

Nr. 1870

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 30 juli 2014

De vaste commissie voor Veiligheid en Justitie en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben op 28 mei 2014 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Staatssecretaris Teeven van Veiligheid en Justitie over:

- **de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 16 oktober 2013 inzake aanbieding rapport van de Nationale ombudsman over de medische zorg voor vreemdelingen (Kamerstuk 19 637, nr. 1740);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 19 november 2013 houdende de reactie op uitkomsten onderzoek IGZ en Inspectie V en J inzake overdracht ziek meisje aan Polen (Kamerstuk 19 637, nr. 1753);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 2 december 2013 houdende de kabinetsreactie Onderzoek Nationale ombudsman naar de medische zorg voor vreemdelingen (Kamerstuk 19 637, nr. 1761);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 2 december 2013 over feitelijke toegang tot medische zorg in het land van herkomst (Kamerstuk 19 637, nr. 1764);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 4 februari 2014 over IGZ-rapport inzake geboortezorg aan asielzoekers (Kamerstuk 19 637, nr. 1775);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 20 februari 2014 inzake aanbieding IGZ-rapport «Verantwoorde medische zorg in detentie- en uitzetcentra» (Kamerstuk 19 637, nr. 1791);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 1 april 2014 over de onderzoeksrapportage medisch handelen voorafgaand aan overdracht aan Polen van een Georgisch meisje (Kamerstuk 19 637, nr. 1799);**
- **de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 27 mei 2014 over het onderzoeksrapport medisch handelen voorafgaand aan overdracht aan Polen van Renata A. (Kamerstuk 19 637, nr. 1823).**

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie,
Jadnanansing

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Neppérus

De griffier van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie,
Hessing-Puts

Voorzitter: Jadnanansing
Griffier: Tielens-Tripels

Aanwezig zijn negen leden der Kamer, te weten: Jadnanansing, Gesthuizen, Voortman, Sjoerdsma, Van Toorenborg, Azmani, Voordewind, Fritsma en Maij,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Staatssecretaris Teeven van Veiligheid en Justitie, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministeries.

Aanvang 15.05 uur.

De **voorzitter**: Hartelijk welkom aan de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, de heer Teeven, en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Schippers. Ook een woord van welkom voor de mensen op de publieke tribune en mijn collega's. De spreektijd bedraagt vijf minuten per fractie. Per fractie kan twee keer geïnterrupteerd worden.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Voorzitter. Eigenlijk hadden wij op 3 oktober al een heel goed rapport van de Ombudsman, waarover wij toen al hadden kunnen debatteren, maar wij hebben lang gewacht, en nu zijn er nog veel meer belangrijke onderwerpen om over te spreken. Dat belangrijke rapport van de Ombudsman over medische zorg aan vreemdelingen wil ik hier echter niet onbesproken laten. De Ombudsman meldt dat volgens hem sprake is van systeemdenken binnen de overheid. De overheid is te veel bezig met veiligheid en de beheersing van de kosten. Er zijn belangrijke drempels in de medische zorg, zo schrijft de Ombudsman. Tijdens een rondetafelgesprek vroeg ik hem of er in Nederland mensenrechten worden geschonden als het gaat om medische zorg voor vreemdelingen. Daarop zei de Ombudsman volmondig: ja, er worden hier mensenrechten geschonden. Dat is niet mis. De reactie van het kabinet was kenmerkend: de zorg is goed geregeld en bovendien laagdrempelig. Er zou dus niets aan de hand zijn. Maar de Ombudsman staat niet alleen. De Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, het Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden (MOO), de ggz, het steunpunt voor vluchtelingen ASKV, de Vereniging asieladvocaten en -juristen Nederland, specialisten migratierecht, Pharos, Dokters van de Wereld, de Stichting Landelijk Ongedocumenteerden Steunpunt, VluchtelingenWerk Nederland, Amnesty International, verschillende advocaten, vele artsen en de contactadvocaten voor de aanmeldcentra hebben allemaal kritiek, die voor een groot deel overeenkomt. Zelfs de Inspectie voor de Gezondheidszorg schreef in februari: «Er is zorg over psychiatrische problematiek». De Onderzoeksraad Voor Veiligheid schreef: «Er zijn ernstige tekortkomingen op medisch vlak». De reactie van het kabinet is standaard. De problemen worden in mijn ogen volstrekt onvoldoende erkend.

Ik noem een paar kritiekpunten. Er zijn signalen dat de adviezen van MediFirst niet goed worden meegenomen door de IND. Bij het Centraal Orgaan opvang asielzoekers is er een spreekuur met een hulpverlener en niet met een arts. Dat is een drempel. Mensen worden weggestuurd met een paracetamolletje. Zie de zaak van Renata Agamiryan. Niet altijd is er een tolk aanwezig bij de praktijklijn van de azz's. Zelfredzaamheid is het toverwoord. Door kort verblijf in centrale ontvangstlocaties (col) of proces opvanglocaties (pol) wordt zorg vaak uitgesteld. Erkenning van de noodzaak van medische zorg is er niet of onvoldoende. Huisartsen zeggen dat zij niet mogen verwijzen. Waarom denken zij dat nou eigenlijk? Overdracht naar het Gezondheidscentrum Asielzoekers gaat slecht. Het COA weet meestal van niets, ook niet bij ernstige gevallen. Partijen in de keten werken langs elkaar heen. Er is een te strikte uitleg, zo schrijft

Pharos, van het begrip «medisch noodzakelijke zorg». Waarom wordt de definitie van de commissie-Klazinga niet aangehouden? Er zijn heel veel voorbeelden van zieke mensen die toch worden uitgezet. Feitelijk hebben zij geen toegang tot zorg in het land van herkomst, maar het kabinet neemt genoeg met een papieren werkelijkheid. Artikel 3.64 stelt dat niet moet worden uitgezet als Nederland het meest aangewezen land van behandeling is, maar in de praktijk geldt dat alleen als Nederland het enige land is dat een zorgvoorziening heeft. Anders wordt er gewoon uitgezet.

In een brief van de psychiaters staat dat hun inschattingen en adviezen door het Bureau Medische Advisering (BMA) niet serieus worden genomen en worden genegeerd. Een professionele beoordeling van het risico van terugkeer naar een land waar het trauma is opgelopen, wordt ter zijde geschoven. Intussen hebben de psychiaters naar eigen zeggen hun handen vol aan voorkoming van psychiatrische decompensatie. En het kabinet schrijft: de zorg is volgens ons op peil. Kom op, dit kunnen een Minister van Volksgezondheid en een Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie, die verantwoordelijk is voor specifieke asielzoekers, zich toch niet zomaar laten zeggen? Dan moet het toch «all hands on deck» zijn? Dan moet toch iedereen meewerken om het te verbeteren? Wiens oordeel vertrouwt dit kabinet dan wel? Als problemen niet erkend worden – ik heb dit bij het debat over Dolmatov ook al gezegd – dan kunnen we ze ook niet oplossen. Dat zien we nu, ruim een jaar later, wederom.

Ik kom op de casus van Renata Agamiryan. Wat een triestheid. Blijft de Staatssecretaris bij de bewering dat er geen fouten zijn gemaakt? Zelfs de IGZ zegt dat er omissies zijn, dat de opdracht incompleet, dan wel afwezig was. Er was vertraging, maar desalniettemin vindt de inspectie het oordeel positief. Wat is dat voor een inspectie die zoiets concludeert? De Kamer heeft recht op de stukken die de basis vormen voor deze belachelijke conclusie. Ik ben best kwaad over het spelletje dat door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Veiligheid en Justitie wordt gespeeld. Ook de familie heeft nog geen stukken. Er is nu geen volledig rapport, maar wel een feitenrelaas, door de advocaat namens de ouders opgesteld. Ik heb ook mijn eigen waarnemingen. Ik heb namelijk een heleboel medische stukken ingezien. Er is een brief van een hematoloog, die gehakt maakt van de conclusies van de inspectie. Renata is weggestuurd met paracetamol, ondanks de duur van haar ziekte. Er was geen oor voor de zorg van de ouders. Ze is te laat gezien door een arts. Er was geen overdracht van medische informatie. Het briefje waarin werd gevraagd om een bloedonderzoek door de huisarts, is genegeerd. Er is uitgezet, ondanks Renata's erbarmelijke toestand. De Staatssecretaris heeft goed gehandeld door haar terug te halen. Daarvoor ben ik hem tot in de eeuwigheid dankbaar. De zaak speelde bovendien toen de Staatssecretaris nog maar net was aangetreden. In deze kwalijke zaak neem ik echter geen genoeg met de bewering van de Staatssecretaris dat er niets fout is gegaan. Dat mogen wij deze mensen, met name de ouders van Renata, niet aandoen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Wat deze specifieke zaak betreft kan ik mij aansluiten bij de woorden van mevrouw Gesthuizen. Als je achter elkaar zet wat hier allemaal gebeurd is, dan kun je eigenlijk niets anders doen dan je daar diep voor schamen. Het is gewoon erg als dan gezegd wordt dat er niets fout is gegaan.

Ieder mens heeft recht op toegang tot goede en continuerende gezondheidszorg. Goede zorg is een mensenrecht. Er mogen geen verschillen bestaan tussen zorg in azc's, in detentie en op straat, maar helaas blijkt de zorg voor asielzoekers nog heel vaak te wensen over te laten. GroenLinks wil niet dat illegalen een eigen bijdrage van € 5 moeten betalen per medicijn. Het huidige zorgmodel is erg gericht op zelfredzaamheid en eigen vermogen van mensen. Als het gaat om mensen als u en ik, vind ik

dat te begrijpen. Sterker nog, dan is het juist goed. Maar hier wordt er te weinig rekening mee gehouden dat het gaat om zeer kwetsbare mensen. De feitelijke toegankelijkheid van psychiatrische zorg en een veilige behandelomgeving in herkomstlanden moeten wat ons betreft betrokken worden bij de beslissing over uitzetting van mensen. Ziet de Staatssecretaris ook in dat het aanwezig en beschikbaar zijn van zorg niet noodzakelijkerwijs betekent dat de zorg in werkelijkheid ook daadwerkelijk voor mensen toegankelijk is?

Continuïteit van zorg is van groot belang. Daarbij is het belangrijk dat iedere vluchteling beschikt over een dossier waaruit zijn medische situatie blijkt en welke medicatie hij gebruikt. Deze overdracht moet goed geregeld zijn bij verhuizing, maar ook bij uitzetting. Dat blijkt niet het geval te zijn. Het moet worden geborgd dat een vluchteling bij terugkeer in het land van herkomst toegang tot goede zorg krijgt. Wat gaat het kabinet eraan doen om ervoor te zorgen dat iedere vluchteling in Nederland beschikt over een medisch dossier? Hoe kan het dat er in Nederland mensen op straat gezet worden die zorg nodig hebben? Ik noem het voorbeeld van een vrouw uit Eritrea, die daar uitgebuit, gepest en mishandeld is. Ze vlucht naar Sudan. Op de grens wordt ze beschoten en in Sudan wordt ze bij familie uitgebuit en verkracht. Ze heeft zonder haar kind moeten vluchten. MediFirst heeft in Nederland een litteken van de kogelwond, hoestklachten en hartklachten gemeld, maar daar is niets mee gedaan. De vrouw doet vervolgens een verzoek om medisch onderzoek door het instituut voor Mensenrechten en Medisch Onderzoek (iMMO), maar dat wordt afgewezen. In het AMC blijkt dat er een ernstig defecte hartklep is, waarvoor de vrouw geopereerd moet worden. Hoe kan zoiets in Nederland gebeuren? Hoe kan het dat de klacht van deze mevrouw niet serieus wordt genomen? Wat gaan de Minister en de Staatssecretaris doen om ervoor te zorgen dat dit nooit meer voorkomt? Ik kan dit dossier aan de bewindspersonen doen toekomen, maar er zijn meer voorbeelden.

De IND moet een besluit over uitzetting nemen op basis van een realistisch beeld van wat er na de terugkeer met de vreemdeling zal gebeuren. Het BMA zal een langere periode na terugkeer in ogenschouw moeten nemen en niet alleen moeten kijken naar de reis zelf. Kijk niet alleen of iemand «fit to fly» is, maar ook naar wat er gebeurt als iemand terug is in het land van herkomst. Ook de Onderzoeksraad Voor Veiligheid beveelt aan dat de toegankelijkheid van medische zorg in herkomstlanden betrokken wordt bij de beslissing over uitzetting. Alleen kijken naar beschikbaarheid creëert een juridische werkelijkheid. Het gaat hier wel om mensen en niet om een papieren werkelijkheid. Is de Staatssecretaris bereid om de toegankelijkheid van zorg, de daadwerkelijke toegankelijkheid van zorg, echt mee te wegen bij een uitzettingsbeslissing? Als uitzetting plaatsvindt in een situatie waarin een vluchteling ziek is en zorg behoeft, maar deze zorg niet beschikbaar is, dan is er volgens ons sprake van schending van artikel 3 van het EVRM.

Ongedocumenteerde mensen moeten nu € 5 eigen bijdrage betalen per medicijnregel. Dit resulteert in het niet kunnen afmaken van gestarte behandelingen of het niet kunnen krijgen van medicijnen, met alle risico's van dien. De continuïteit van zorg is daarmee in het geding. Denk bijvoorbeeld aan een dakloze man die voor zijn epilepsie dagelijks één tablet moet innemen. Dat doet hij niet altijd omdat hij de medicijnen niet kan bekostigen. Denk aan een man met aids, die voor alle aidsremmers € 5 moet betalen. Denk aan een vrouw met een posttraumatische stressstoornis met een toelage van € 150 tot € 250 per maand. Is de Minister het met mij eens dat iedereen in Nederland recht heeft op zorg? Waar denkt de Minister dat mensen die niet mogen bijverdienen, het geld voor medicijnen vandaan moeten halen? Kan de Minister daar nou eens een helder antwoord op geven? In de beantwoording van de vragen van de leden Maij en Bouwmeester schrijft de Minister: «Ik heb geen signalen

opgevangen dat gemeenten of hulporganisaties financieel bijdragen.» Maar er zijn verschillende organisaties die dat nu noodgedwongen wel doen. Ik noem het steunpunt voor vluchtelingen ASKV en het Wereldhuis. Lang zullen ze dit niet kunnen volhouden. Hoe kan het dan dat de Minister stelt dat zij die signalen niet ontvangt? De Minister schrijft: «Gelet op het wettelijk uitgangspunt van de regeling dat de onverzekerbare vreemdeling de kosten van zorg in beginsel zelf behoort te betalen, meen ik niet dat er sprake is van het overwerpen van een onredelijke financiële barrière of dat een bedrag van € 5 de toegankelijkheid tot medisch noodzakelijke zorg belemmert. In echt urgente gevallen zal de apotheek zijn professionele verantwoordelijkheid nemen.» Is de Minister het met mij eens dat zij hiermee de verantwoordelijkheid voor de toegang tot medicijnen legt bij de apotheker? Is zij het ook met mij eens dat dit onwenselijk is? De VNG stelt voor om de groep meest schrijnende, kwetsbare vreemdelingen door middel van een compensatieregeling vrij te stellen van de verplichting om een eigen bijdrage te betalen. Wij zouden liever hebben dat die € 5 helemaal van tafel gaat, omdat wij denken dat het uiteindelijk alleen maar tot meer kosten en grotere problemen leidt. Maar als dit niet kan, moet in ieder geval voor deze groep van meest schrijnende, kwetsbare vreemdelingen een uitzondering worden gemaakt. Ik hoor graag van de Minister dat zij daartoe bereid is en dat zij dit gaat uitvoeren.

De heer **Sjoerdsma** (D66): Voorzitter. Het recht op toegang tot zorg is een mensenrecht. De afgelopen tijd was helaas getekend door verschillende incidenten. Ik hoef de naam Renata maar te noemen. Iedereen weet welke zorgen daar leven, maar het is breder dan alleen deze casus. De zorgen worden bovendien veel breder gedeeld dan alleen in deze Kamer. Collega Gesthuizen noemde al een waslijst aan organisaties die vraagtekens plaatsen bij de praktijk van dit moment.

Ik begin met Renata, een jong meisje dat met acute leukemie werd uitgezet en dat nu vecht voor haar leven. Het is natuurlijk goed dat de Staatssecretaris heeft besloten haar terug te halen, maar houdt hij vol dat er in de procedure geen fouten zijn gemaakt? Wij hebben er al veel over gesproken. Het was de Kamer beloofd dat er een onafhankelijk onderzoek zou worden uitgevoerd naar de vraag hoe dit heeft kunnen gebeuren. Na veel duw- en trekwerk vanuit deze commissie mochten wij gisteren uiteindelijk het onderzoeksrapport ontvangen. Wie schetst mijn verbazing nu het zogenaamde onafhankelijke onderzoek helemaal niet blijkt te zijn uitgevoerd door de Inspectie Veiligheid en Justitie of de Inspectie voor de Gezondheidszorg? Beide inspecties hebben het onderzoek laten uitvoeren door de directies van het betrokken detentiecentrum in Rotterdam en het Gezondheidscentrum Asielzoekers. Hier keurt de slager zijn eigen vlees. Een ander zorgpunt van het onderzoek is dat de ouders van Renata niet zijn gehoord. Zij geven een andere weergave van de gebeurtenissen, zo begrijp ik van hun advocaat. Waarom zijn de ouders niet gehoord? Ik hoop dat de Staatssecretaris begrijpt dat een dergelijk belangrijk incident niet kan worden afgedaan met dit eenzijdige rapport. Daarom vraag ik hem vandaag met klem: kan de Staatssecretaris op korte termijn een daadwerkelijk onafhankelijk onderzoek instellen, waarbij alle betrokken partijen worden gehoord en alle feiten worden gecheckt?

Het BMA wordt vaak gekritiseerd door experts, zoals vreemdelingenadvocaten, artsen en academici. Het is geen zelfstandige organisatie, maar maakt onderdeel uit van V en J. Het BMA verricht zijn werk binnen de randvoorwaarden van de IND en dat levert een dubbele loyaliteit van de BMA-arts op: enerzijds zijn artseneed, het belang van de patiënt, en anderzijds de voorwaarden van de IND. Is de Staatssecretaris bereid om deze schijn van belangenverstrengeling weg te nemen? Is hij bereid om te kijken of het BMA misschien beter bij het Ministerie van VWS ondergebracht kan worden: een medische instantie bij het ministerie dat gaat over de gezondheidszorg?

Een ander zorgpunt is dat een hoger beroep op medische gronden wordt beoordeeld door een IND-ambtenaar en niet door een arts. Het zijn juristen die met elkaar in discussie gaan over de vraag of een BMA-advies en het daarop volgende besluit vanuit medisch oogpunt aanvaardbaar zijn. Dat wordt niet gecontroleerd door artsen zelf. Mijn fractie stelt voor, een onafhankelijke bezwaarschriftencommissie met een onafhankelijke jurist als voorzitter en ten minste één specialistische arts in de commissie in het leven te roepen. Mijn fractie is ervan overtuigd dat de kwaliteit van de procedure op die manier zou kunnen toenemen, zeker wanneer in de bezwaarfase ook medische ogen kunnen meekijken. Is de Staatssecretaris daartoe bereid?

Tot slot de € 5-maatregel voor medicatie. Mijn fractie stelde er al eerder vragen over. Vanochtend zagen wij een mooie voorpagina van De Telegraaf. Sinds dit jaar moet een persoon zonder geldige verblijfsvergunning € 5 aan de apotheker betalen voor zijn medicatie. Dat levert problemen op, zoals nu al duidelijk is bij het meest kwetsbare deel van deze doelgroep. Ze hebben geen papieren, mogen niet werken en zijn dus niet in staat gebleken om deze bijdrage te voldoen. Mijn fractie heeft uit gemeenten signalen ontvangen over de gevolgen voor de volksgezondheid en de veiligheid. In het kader van hun zorgplicht vragen zij om een oplossing voor kwetsbare uitgeprocedeerden. In navolging van eerdere sprekers vragen wij om de groep meest schrijnende, kwetsbare vreemdelingen vrij te stellen van de verplichting om deze eigen bijdragen te betalen. Graag een reactie van de Minister.

Mevrouw **Van Toorenburg** (CDA): Voorzitter. Ik neem dit debat over van collega Eddy van Hijum, die het verantwoordingsdebat in de plenaire zaal moet doen, maar ik doe dat graag, omdat ik in het verleden lang werkzaam mocht zijn als toezichthouder in de vreemdelingenbewaring, waarbij ik met name altijd erg heb gelet op de medische zorg. In de PI Tilburg, waar indertijd vreemdelingen aanwezig waren, heb ik dagelijks mogen zien met hoeveel toewijding wordt gewerkt aan de zorg voor mensen die daar waren ingesloten. Ik heb het ook in andere centra gezien en ik vind het belangrijk om daar dit debat mee te openen. Deze verpleegkundigen en artsen hebben voor het vak gekozen omdat zij iets willen betekenen voor andere mensen. Ik heb ook gezien wat het soms betekent als je met je Nederlandse opleiding ineens voor deze doelgroep staat. Men komt binnen met een heel andere beleving van medische zorg. Men komt binnen en vraagt direct om de zwaarste antibiotica, terwijl onze Minister juist gesprekken voert om heel voorzichtig met deze middelen om te gaan. Het is iets wat gebeurt. Er zijn mensen die met enorme stress en met enorm veel verdriet naar Nederland komen en die dan heel veel klachten krijgen die volstrekt verklaarbaar zijn door die enorme stress. Ik vind het belangrijk om hier een positief woord te spreken over de mensen die dit werk dagelijks doen.

Ik heb gezien dat de eigen verantwoordelijkheid van vreemdelingen weleens onderbelicht blijft. Ook ik heb mogen zien dat niet iedereen altijd consequent meedoet aan hetgeen hem wordt voorgeschreven, omdat daar een belang bij kan zijn. Soms wil men een beeld in stand laten waardoor men misschien uiteindelijk in Nederland kan blijven. Ook dat is iets waar in de zorg mee gedeald moet worden.

Als zich een drama voltrekt op het dossier medische zorg aan vreemdelingen, wordt dat altijd heel erg uitgelicht, veel meer dan bij drama's bij niet-vreemdelingen. Dat heeft een risico in zich, zoals ik ook hoor van professionals. Die denken bijna krampachtig: ik schakel door, want straks wordt een fout begaan. Er zijn ook artsen die zich ervan terugtrekken. Dat zijn allebei heel onwenselijke situaties, ook iets wat ik zelf heb mogen zien.

Uit de rapporten die vandaag op de agenda staan, ontstaat het beeld dat het over het algemeen goed is geregeld, maar dat er ook dingen echt niet

goed gaan. Het gaat met name niet goed in die overdracht. Juist vreemdelingen maken dat soort overdrachtmomenten vaak mee. In het rapport van de IGZ wordt het direct heel erg instrumenteel benaderd: nog meer protocollen, nog meer convenanten. De situatie rond Renata kan veel duidelijk maken. Los van het feit dat ook ik geen goed gevoel heb bij de manier waarop het is gegaan, valt mij op dat op een bepaald moment wordt besloten dat het kind echt door een huisarts moet worden gezien. Vervolgens wordt de familie overgeplaatst. Als die huisarts dat kind niet meer ziet, waarom pakt hij dan niet de telefoon en zegt hij niet: ik heb een kind niet voor niets onder mijn hoede gehad? En waarom gaat iemand verderop in de keten daarop niet acteren? Ik vind dat gek. Ik heb veel gezien in Tilburg, ik heb het ook binnen het gevangeniswezen gezien. Het moet een soort grondhouding zijn. In de zaak-Renata heb ik dit echt gemist, zoals ook uit het onderzoek blijkt. Je moet terug in die teams. Het gaat niet aan om je te verschuilen achter privacyargumenten. Als je weet dat er iets aan de hand is en je ziet een kind of een kwetsbaar mens niet terugkeren, moet je de telefoon pakken. Dan moet je het als persoon gaan oplossen. Dat mis ik in de stukken die tot ons komen. Het springt er in het algemeen uit dat die overdracht zo slecht is. Ik vind dat zorgelijk. Met name op die overdrachtmomenten moeten wij proberen de zaken echt veel beter te doen.

Een belangrijk punt in de overdracht is de feitelijke toegang tot de zorg in het land van herkomst. Technisch gezien is het allemaal waar. Wij bekijken of het beschikbaar is, en als het beschikbaar is, kan iemand terugkeren. Maar het geeft wel een heel onbevredigend gevoel. Iets kan wel theoretisch beschikbaar zijn, maar wat als wij allemaal bij voorbaat al weten dat iemand daar helemaal niet terecht kan? Is het dan beschikbaar? Daar moeten wij vandaag verder over spreken, ook naar aanleiding van de heel alarmerende berichten die wij van de ggz in Drenthe hebben gekregen. Daar geeft men aan dat men zich als psychiater niet serieus genomen voelt. Zwaar getraumatiseerde mensen worden naar landen teruggestuurd, terwijl zij weten dat daar geen zorg is. Dat kan niet zo zijn. Ik noem een punt dat nog niet aan de orde is geweest, namelijk het rapport over geboortezorg aan asielzoekers. Rond de tolken is ons iets niet helemaal duidelijk. Het lijkt erop dat het wel bekend is dat een tolk kan worden ingeschakeld. Stel dat iemand voor een bevalling komt. Wordt dan pas aan de tolk gedacht op het moment dat er echt moet worden opgetreden? Dan ben je dus te laat. Het voelt niet goed. Als iemand moet gaan bevallen, moeten wij er echt voor zorgen dat er een tolk aanwezig is. Als het misgaat, moeten we wel met elkaar kunnen communiceren. Dit belangrijke punt lijkt een beetje onder te sneeuwen.

De heer **Azmani** (VVD): Voorzitter. Zowel vanmiddag als vanavond spreken wij over de medische zorg aan en de veiligheid van vreemdelingen in de vreemdelingenketen. Vanavond is er een specifiek AO over het onderzoeksrapport «Veiligheid van vreemdelingen» en over de suïcide van een Armeense asielzoeker. De splitsing is lastig, omdat het rapport dat vanavond wordt besproken, ook relevant is voor dit algemeen overleg. Net als mevrouw Van Toorenburg destilleer ik uit de rapporten de algemene lijn dat er in ons land in principe goede medische zorg voor vreemdelingen is. Er zijn wel risico's die beter beheerst kunnen worden. De verschillende onderzoeken bieden daarvoor de nodige aanbevelingen. Ik vraag mij af of al die rapporten en aanbevelingen niet een beetje te veel van het goede zijn. Wij moeten beseffen dat risico's nooit volledig uit te sluiten zijn en dat de vreemdeling ook een eigen verantwoordelijkheid heeft. Het is duidelijk dat de afgelopen jaren al veel is gedaan om knelpunten weg te nemen. Het zou goed zijn als de partijen in de vreemdelingenketen nu daadwerkelijk de tijd krijgen om de verschillende zaken ook daadwerkelijk te implementeren. Graag krijg ik een reactie van de Staatssecretaris op dit punt. Is het niet «too much»?

Ik kom op de meest opvallende bevindingen uit verschillende rapporten. Een deel van de aanbevelingen van de Nationale ombudsman is al opgepakt, maar het is lastig vast te stellen waarop het onderzoek gebaseerd is. De VVD-fractie kan zich goed vinden in de schriftelijke reactie van beide bewindspersonen op dit rapport. Terwijl de raad stelt dat de overheid te veel in systemen denkt, wijst de Staatssecretaris terecht op de verschillende belangen die tegen elkaar moeten worden afgewogen, waaronder kostenbeheersing, veiligheid en beheersbaarheid in opvanglocaties, ontmoediging van illegaal verblijf en natuurlijk de medisch noodzakelijke zorg. Het uitgangspunt is voor de VVD helder: de medische zorg voor vreemdelingen moet zo veel mogelijk aansluiten bij de reguliere medische zorg, zeker niet meer dan dat. Onverzekerden moeten in principe zelf voor hun zorg betalen, of ze nu vreemdeling zijn of niet. Natuurlijk krijgen ook illegalen medisch noodzakelijke zorg, maar het feit dat Nederland zo ongeveer het beste zorgsysteem ter wereld heeft, betekent nog niet dat wij hier voor iedereen moeten en kunnen zorgen. Soms weten vreemdelingen hun weg niet te vinden. Wat doet de Staatssecretaris aan voorlichting en preventie in dat kader? Dan kom ik op het IGZ-rapport over de geboortezorg aan asielzoekers. Ook dit onderzoek constateert geen grotere risico's voor de veiligheid en zorg. Wel adviseert de IGZ aan zorgverleners om vaker een tolk in te zetten. Ook moet de continuïteit van zorg bij overplaatsing en verhuizing beter worden geborgd. Ook kan de voorlichting over geboortezorg in Nederland beter, evenals de inzet van niet-acuut vervoer. In de brief van 3 februari neemt de Staatssecretaris alle aanbevelingen over. Hoe wil hij dit monitoren?

Dan kom ik op het IGZ-rapport Verantwoorde medische zorg in detentie- en uitzetcentra. Het algemene oordeel van de IGZ is dat er sprake is van verantwoorde medische zorg aan ingeslotenen. Die voldoet aan de normen. De inspanningen van detentiecentra om de medische zorg te verbeteren hebben hun vruchten afgeworpen. Drie onderwerpen vragen nog aandacht: de dossiervoering, de beoordeling van de psychische gesteldheid en het ontbreken van een professioneel statuut. Wat is de stand van zaken van bijvoorbeeld het epd in het kader van betere dossiervoering? Zijn de instructies inmiddels aangepast om de beoordeling van iemands psychische gesteldheid beter te laten verlopen? Wordt het professioneel statuut conform planning nog voor 1 juni vastgesteld? Tot slot kom ik op de overdracht van het zieke meisje aan Polen. De VVD-fractie is zeer terughoudend met het bespreken van individuele gevallen in deze Kamer. Die terughoudendheid geldt hierbij des te sterker. Ten eerste beschikken wij immers niet over alle feiten en omstandigheden van alle partijen van alle kanten. Ten tweede zijn wij volksvertegenwoordiger en geen arts. Wij vellen politieke oordelen maar beoordelen geen diagnoses. Inmiddels heeft de Staatssecretaris besloten om het gezin terug te halen en het meisje hier onder behandeling te laten stellen, iets waar hij niet toe gehouden was. Wij politici zouden nu terughoudend moeten zijn, zeker nu wij niet deskundig zijn. Ik wens dit meisje en haar gezin vooral een zeer spoedig herstel.

De heer **Fritsma** (PVV): We hebben vanochtend in de krant kunnen lezen dat de PvdA-fractie af wil van de eigen bijdrage van € 5 van illegalen voor medicijngebruik. De heer Azmani gaf aan dat voorstel niet te kennen. Hoe vindt hij het dat de PvdA de VVD wederom voor het blok zet om het vreemdelingenbeleid nog verder te versoepelen?

De heer **Azmani** (VVD): Daar kan ik heel erg kort over zijn. Ik heb de inbreng van mevrouw Maij namens de Partij van de Arbeid nog niet gehoord. Die wacht ik graag af.

De heer **Fritsma** (PVV): Dat afschuiven begrijp ik in deze situatie wel, maar ...

De heer **Azmani** (VVD): We hebben ook een tweede termijn.

De heer **Fritsma** (PVV): Mensen spreken in de pers constant over onderwerpen. Daar mag best een vraag over worden gesteld. Dit voornemen is geuit door de PvdA-fractie. Ik vraag de VVD-fractie wat haar reactie daarop is. Ik vind het namelijk zorgelijk dat de PvdA-fractie altijd weer haar zin door wil drukken op dit gebied. Ik hoop dat de VVD-fractie eindelijk eens een keer een grens trekt. In plaats van de vraag af te schuiven, zou de heer Azmani die grens eens moeten trekken.

De **voorzitter**: Volgens mij hebt u daarop geantwoord, mijnheer Azmani, maar gaat u uw gang.

De heer **Azmani** (VVD): Ik heb daarop geantwoord. Met alle respect, ik ga graag het debat aan met de heer Fritsma. Dat kunnen wij ook prima in de tweede termijn doen, want ik vind het netjes om eerst te wachten op de inbreng van de Partij van de Arbeid in plaats van te reageren op iets wat ik lees in een krant.

De heer **Sjoerdsma** (D66): Ik wil de heer Azmani vragen naar het onderzoeksrapport over de casus Renata. Hij zegt daar zelf over dat wij niet over alle feiten en omstandigheden beschikken. Dat is op zich opmerkelijk, want dat onderzoeksrapport was er bij uitstek voor bedoeld dat wij over de feiten en omstandigheden zouden beschikken. Classificeert de heer Azmani dat onderzoeksrapport nu dus als onvoldoende?

De heer **Azmani** (VVD): Die conclusie kan de heer Sjoerdsma niet trekken, want ik kan mij heel goed voorstellen dat bepaalde passages en onderdelen in zo'n onderzoeksrapport niet in de openbaarheid kunnen komen of ter beschikking kunnen worden gesteld. Daarom zijn die ook geparafraseerd en daarom gaf ik ook heel duidelijk in mijn inbreng aan dat wij daar in onze rol van volksvertegenwoordiger een bepaalde terughoudendheid in moeten hebben, want wij kunnen die conclusie niet trekken, ook niet als alle stukken er zijn. Dat zou namelijk vooral een medisch oordeel zijn, schat ik zo in.

De heer **Sjoerdsma** (D66): De heer Azmani begint over de rol van volksvertegenwoordiger. Daarbij gaat het in de eerste plaats om het controleren van de regering. Daarom zou ik hem willen vragen naar de onafhankelijkheid van dit onderzoek, want de Staatssecretaris heeft een onafhankelijk onderzoek beloofd, maar in werkelijkheid is dit onderzoek uitgevoerd door de Dienst Justitiële Inrichtingen en het Gezondheidscentrum Asielzoekers. Is de heer Azmani het met mij erover eens dat dit onderzoek niet zo onafhankelijk was als de Staatssecretaris had beloofd? Wil hij mijn pleidooi steunen om nieuw onafhankelijk onderzoek naar deze casus in te richten?

De heer **Azmani** (VVD): Wij zijn vooral controleur op basis van wetgeving, beleid en de uitvoering daarvan door bewindspersonen en het kabinet, en wij zijn mede-initiatiefwetgever. Ik en mijn fractie zijn zeer terughoudend in het bespreken van individuele gevallen in de Kamer. Dat ben ik ook in dit geval.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Het was toch echt de VVD die, zeer terecht overigens, als eerste het debat over de suicide van Dolmatov aanvroeg. Ik vind het interessant hoe hier selectief met individuele situaties wordt omgegaan. Ik heb een vraag over iets wat de heer Azmani

aan het begin van zijn betoog zei, namelijk dat al die rapporten een beetje «too much» werden. Maar het beeld dat uit al die rapporten opdoemt, is niet fraai: een scala aan organisaties geeft aan wat er allemaal niet deugt aan de medische zorg aan vluchtelingen. Wanneer zo veel organisaties aangeven dat de medische zorg voor asielzoekers veel beter moet, zou dat dan niet een keertje door moeten dringen tot de heer Azmani? Zou het niet tot hem moeten doordringen dat daarvoor al die rapporten nodig zijn?

De heer **Azmani** (VVD): We zullen dat debat vanavond ook voeren, maar ik zal een tipje van de sluier lichten. Uit het rapport van de Inspectie Veiligheid en Justitie en het monitrorrapport daarop blijkt dat heel veel maatregelen inmiddels zijn geïmplementeerd, dan wel conform planning verlopen. Er zijn nog een aantal aandachtspunten, maar ook de Onderzoeksraad Voor Veiligheid concludeert heel duidelijk dat wij de vreemdelingenketen de rust en ruimte moeten geven om een en ander daadwerkelijk te implementeren, in het bijzonder op het terrein van medische zorg en veiligheid. Dat vind ik belangrijk. Dat heb ik in mijn inbreng ook duidelijk proberen te maken. Wij kunnen er wel met z'n allen bovenop zitten, maar zoals mevrouw Van Toorenburg ook aangeeft in haar inbreng, kan dat ook leiden tot een bepaalde mate van verkramptheid in organisaties. Dat zie je heel duidelijk terug in het rapport van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid met vingervijzingen naar ons, naar de politiek. Daarom vind ik dat wij daar terughoudendheid in moeten betrachten. Ik deel absoluut niet de conclusie van mevrouw Voortman dat er op dit moment totaal niets gebeurt. Er gebeurt juist heel veel.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Je ziet inderdaad dat de medewerkers, als gevolg van politieke keuzes, niet de ruimte krijgen om te kijken naar de menselijke maat. Onder andere dat constateert de onderzoeksraad keer op keer op keer, maar daar komen wij vanavond over te spreken. De heer Azmani zei net: al die rapporten zijn eigenlijk een beetje «too much». Daar sloeg ik op aan. Blijkbaar wil hij niet zien dat een brede coalitie van organisaties aangeeft dat de zorg voor asielzoekers veel beter moet en kan. Zeker voor een land als Nederland, waar de zorg zo goed is, is het beschamend dat wij die niet zo goed regelen voor mensen die aan ons zijn toevertrouwd.

De heer **Azmani** (VVD): Waarschijnlijk is dat een kwestie van selectief lezen van mevrouw Voortman. Mogelijk is zij niet bij de besloten sessie geweest met de Onderzoeksraad Voor Veiligheid over de bespreking van het rapport. Daarbij was de vingervijzing heel duidelijk naar ons, politici. Die zit vervat in dat rapport. Ik vind echt dat wij als politici in de spiegel moeten kijken; wij hebben indirect een rol bij het bewaken van de veiligheid en zorg in de vreemdelingenketen.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Ik vind het niets minder dan schandelijk wat de heer Azmani hier doet. Komt het de VVD gewoon niet heel erg goed uit dat er bijvoorbeeld in het geval van Renata Agamiryan geen onafhankelijk en gedegen onderzoek is uitgevoerd? Is het gewoon niet heel erg handig voor zijn eigen Staatssecretaris dat de feiten niet boven tafel komen? De heer Van der Steur stond inderdaad als eerste achter het spreekgestoelte om een debat over de zaak van Aleksandr Dolmatov aan te vragen. Komt het de heer Azmani niet heel erg goed uit om zijn Staatssecretaris op deze manier uit de wind te houden?

De heer **Azmani** (VVD): Ik werp dat verre van mij. Ook ik ken het dualisme. Ook ik heb een rol en taak daarin. Wij moeten voorzichtig zijn in de beoordeling van informatie als we niet alle informatie kunnen hebben, want daar gaat het om. Ook moeten wij als politici ervoor waken om de

informatie zelf te taxeren en te interpreteren, temeer als het gaat om medische oordelen.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Dat is helemaal juist en daarom is er ook een lijst met ongeveer 40 organisaties die ons allemaal brandbrieven, mails en voorbeelden van casussen hebben opgestuurd, waar u blijkbaar geen kennis van hebt genomen, mijnheer Azmani. Maar ik vind het vooral kwalijk dat u het rapport Veiligheid van vreemdelingen – u was er zelf bij toen de Onderzoeksraad Voor Veiligheid daar een toelichting op gaf – bagatelliseert en dat u hier hetzelfde doet als de Staatssecretaris in de media, namelijk zeggen: er staat eigenlijk niet in dat er structurele problemen zijn. Die zijn er wel! Er zijn substantiële risico's en de veiligheid van mensen kan niet worden gegarandeerd. De IND en andere uitvoeringsinstanties hebben onvoldoende handvatten om de risico's te beheersen. Dus op het moment dat er een duidelijke casus ligt waarbij de boel nat gaat, wil de VVD het niet weten en mogen wij het er niet over hebben, maar op het moment dat er wel een goed rapport ligt, wordt dat volkomen gebagatelliseerd. U speelt met vuur! U speelt met mensenlevens!

De heer **Azmani** (VVD): Met alle respect, ook voor de toonzetting jegens mij die door mevrouw Gesthuizen wordt gebezigd, maar ik kan hier werkelijk waar geen chocola van maken. Mevrouw Gesthuizen kent mij. Zij weet dat ik iemand ben die alle dossiers zelf graag leest en kent. Ik maak een taxatie. Ik geef ook aan in mijn inbreng dat er in principe goede medische zorg voor vreemdelingen is, maar dat er ook risico's zijn die beheerst moeten worden. Daar hebben wij vanavond een debat met elkaar over. Ik stel de Staatssecretaris ook allemaal vragen, zoals in hoeverre de aanbevelingen al geïmplementeerd zijn. Die heeft de Staatssecretaris deels overgenomen. In die zin werp ik ook dit verre van mij.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Voorzitter. Het is bijzonder hoe je gezamenlijk rapporten kunt lezen en daar toch heel andere conclusies uit kunt trekken. Dat heet framing op een of andere manier. Als ik de rapporten lees, met name dat van de Ombudsman, dan kom ik niks anders tegen dan dat hij duidelijk, eenduidig stelt dat er sprake is van systeemdenken dat ten koste gaat van een humane behandeling. In zijn rapport over de psychiatrische zorg zegt de onderzoeksraad dat die duidelijk onder de maat is. Dat lijken mij twee heel belangrijke conclusies die wij hier met elkaar vooral serieus moeten nemen als wij het belang van de gezondheid van de asielzoeker die tijdelijk onder ons toezicht wordt geplaatst, centraal willen stellen.

De Ombudsman concludeert ook een soort spanningsveld tussen aan de ene kant de procedures, de snelheid en de verantwoordelijkheid van de ketenpartners, en aan de andere kant de menselijke maat, het centraal stellen van de mens. Daar hebben wij het vandaag over om tot een goede afweging te komen. Mijn fractie heeft daarbij als uitgangspunt dat wij de mens centraal moeten stellen en niet de procedure. Er moet niet sprake zijn van weer een verhuizing of het versnellen van een uitzetting omdat toevallig een vliegtuig klaarstaat.

Ik zal een aantal zorgen aflopen in de mij gegeven tijd. In eerste instantie kom ik op de eigen bijdrage. Daar kunnen wij heel kort over zijn, want wij hebben uitspraken in de media gezien dat de PvdA die € 5 voor ongedocumenteerden weer van de baan wil halen. Die hoop ik ook straks te horen, want daar ben ik enorm blij mee. Ik hoop dat dat ook zo zal zijn. Dan constateer ik dat een meerderheid in de Kamer daarvoor is, gezien de meningen van de andere sprekers. Is de Minister bereid, gezien die meerderheid, om die € 5 er weer af te halen?

Ik kom op de toegang tot medische zorg bij uitzetting. Ik sluit mij aan bij de collega's die zeggen: laten wij niet alleen kijken naar de feitelijke toegang maar ook naar de reële toegang. Oftewel: is die daadwerkelijk beschikbaar voor de mensen die worden uitgezet, met name voor de mensen die lijden aan kanker, diabetes en depressiviteit? In sommige landen wordt die laatste ziekte namelijk niet eens erkend. Mijn fractie verzoekt de Staatssecretaris om onverkort een integrale toets naar de toegang tot de medische zorg in te stellen, waarbij ook wordt gekeken naar de feitelijke toegang, de financiële mogelijkheden, de verblijfsplaats en de afstand tot de beschikbaarheid en tot de benodigde medische voorzieningen. Is hij daartoe bereid?

De onderzoeksraad heeft met name de vinger gelegd bij de psychiatrische zorg. Het is voor mijn fractie onduidelijk wat er nu geregeld gaat worden voor deze vreemdelingen. Het is goed dat de Staatssecretaris gaat kijken naar de mogelijkheden om Veldzicht hierin een rol te laten spelen, maar hij geeft alleen aan dat hij ondertussen nauw zal samenwerken met Medisch Opvangproject Ongedocumenteerden en met enkele gemeentes. Hij laat in het midden of hiermee de geconstateerde knelpunten worden weggenomen. Vandaar nogmaals de vraag aan de Staatssecretaris: gaat hij daadwerkelijk die knelpunten wegnemen? Wat gaat hij doen om de psychiatrische zorg te verbeteren?

Ik kom op de medische zorg op straat. De Nationale ombudsman zegt dat voor ongedocumenteerden de drempel voor goede zorg gewoonweg te hoog is. Verschillende organisaties houden zich hiermee bezig, maar moeten wij niet tot een eenduidige toegang tot die zorg komen? Er is een CVZ-regeling, maar zelfs de crisisdiensten in de verschillende grote steden weten niet dat er een CVZ-regeling is. Moeten wij niet meer doen aan voorlichting over het feit dat er een CVZ-regeling is en dat die toegang er is? Moeten wij niet veel meer duidelijkheid geven aan zorgaanbieders, zodat ze daar gebruik van maken?

Voor suïcidale mensen, voor depressieve mensen wordt nog steeds gebruikgemaakt van de isolatiemogelijkheid, de isolatiemaatregel in detentiecentra. Wij weten dat dat de schade kan vergroten voor mensen die suïcidaal zijn. Ik vraag de Staatssecretaris dan ook met klem om te kijken naar andere mogelijkheden om de bewuste asielzoeker tegen zichzelf te beschermen dan plaatsing in een isolatiecel. Wil hij daarnaar kijken?

Ik sluit mij aan bij de eerder gestelde vragen over Renata. Die ondersteun ik van harte. Ik wacht de antwoorden van de Staatssecretaris daarop af.

De heer **Fritsma** (PVV): Voorzitter. Nu het land te kampen heeft met een totaal uit de hand gelopen asielinstroom is het goed om de medische zorg voor vreemdelingen eens goed onder de loep te nemen, te beginnen bij de zorg voor asielzoekers. Die kostte in 2012 maar liefst 72 miljoen euro. Dat was bij een veel beperktere asielinstroom dan waar wij nu mee te maken hebben. Die 72 miljoen euro van 2012 kun je voor dit jaar dus waarschijnlijk al verveelvoudigen. Dat komt omdat in Nederland alle zorg helemaal gratis is voor asielzoekers, zonder eigen risico of zonder eigen bijdrage. Die zorg is ook nog eens enorm veelomvattend, vergelijkbaar met de zorg uit het basispakket, plus AWBZ, plus tandheelkundige zorg, plus gratis brillen en hoortoestellen, plus loophulpmiddelen inclusief rollators en ga zo maar door.

De gewone Nederlander krijgt dit allemaal niet. Dat is inmiddels wel duidelijk. Die is voor veel minder verzekerd en laat daardoor bijvoorbeeld het tandartsbezoek al vaak schieten. In tegenstelling tot asielzoekers moet de gewone Nederlander altijd eigen risico en eigen bijdrage betalen. Met dat laatste hebben 800.000 mensen al grote problemen, blijkt uit de laatste cijfers. Je kunt concluderen dat er op het terrein van de gezondheidszorg sprake is van rechtsongelijkheid in het voordeel van asielzoekers. Hoe je het ook wendt of keert, het feit dat asielzoekers hier alles krijgen,

waaronder de beste gezondheidszorg, is er mede debet aan dat asielzoekers nu massaal ons land uitkiezen als ideale bestemming. Dit is onhoudbaar en ook onbetaalbaar. Daarom vraag ik het kabinet allereerst om de zorg voor asielzoekers zo snel mogelijk te versoberen. Volg wat dat betreft het voorbeeld van Canada, waar die versobering recentelijk heeft plaatsgevonden. De PVV stelt voor dat aan asielzoekers alleen spoedeisende medisch noodzakelijke zorg wordt verleend. Dat is passend genoeg voor mensen die voor beperkte tijd in procedure zitten. Ik vraag het kabinet om zo spoedig mogelijk in te zetten op deze constructie.

De voorzitter: Er is een interruptie van mevrouw Gesthuizen.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Jammer, want ik zou de laatste spreker ook best een vraag willen stellen, maar ik ga toch de heer Fritsma een vraag stellen.

Is de PVV ervan op de hoogte dat de gemiddelde asielzoeker vele honderden euro's minder aan zorg kost dan een Nederlander? Ik ben mij ervan bewust dat Nederlanders verzekerd zijn, maar je kunt moeilijk van een vluchteling die net uit Syrië komt, eisen dat hij een basisverzekering heeft voor zijn gezondheidszorg. Is de heer Fritsma ervan op de hoogte dat asielzoekers per jaar toch zo'n € 600 aan zorg minder gebruiken dan de gemiddelde Nederlander en ook dat de totale zorgkosten voor asielzoekers 1/1.300ste deel vormen van de totale zorgkosten in Nederland?

De heer Fritsma (PVV): Ja, ik ben op de hoogte van die cijfers. Ik ben er ook van op de hoogte dat in 2012 72 miljoen is uitgegeven voor zorg aan asielzoekers bij een instroom van rond de 13.000. Dus als je het hebt over een instroom van 65.000, waarvan de Staatssecretaris zegt dat dat mogelijk is, dan heb je het over honderden miljoenen aan zorgkosten voor asielzoekers. Het gaat niet eens alleen om het geld maar ook om het principe. Het is onacceptabel dat de gewone Nederlander minder goede zorg krijgt dan asielzoekers. Dat is onbestaanbaar. In Canada speelde deze discussie ook. Dat is voor iedereen na te zoeken. Daar heeft men geconcludeerd dat het inderdaad scheef is dat asielzoekers veel betere zorg krijgen dan de gewone Canadezen. Dat is een simpele vaststelling. Daar wil de PVV-fractie van af. Nogmaals, als je je richt op spoedeisende medisch noodzakelijke zorg voor asielzoekers, dan is dat al heel humaan en fatsoenlijk voor de beperkte tijd die asielzoekers in procedure zitten.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Ik vraag dit omdat ik het kwalijk vind dat de PVV de suggestie wekt dat Nederlanders die hun zorgkosten niet kunnen betalen, wat ik heel erg vind en waar ook absoluut iets aan moet gebeuren, beter af en goedkoper uit zouden zijn als wij niet met z'n allen ook een stukje moesten bijdragen aan die 72 miljoen zorgkosten voor asielzoekers. Ik zeg dat hier omdat ik ook mailtjes krijg van mensen die een heel racistische toon aanslaan en menen dat wij alleen maar heel erg veel ellende hebben van iedereen die als vluchteling Nederland op komt zoeken. Dat beeld wordt gevoed door de heer Fritsma, die asielzoekers hier weer eens neerzet als economische toeristen en mensen die hier alleen maar komen profiteren van onze goede zorg. Ik vind dat heel kwalijk. Dus ik vraag de heer Fritsma nog een keer hoe hij zijn stelling kan onderbouwen over hoe Nederlanders die hier hun zorg niet kunnen betalen, beter af zouden zijn, gelet op dat 1/1.300ste deel van die 92,7 miljard zorgkosten die Nederland bijvoorbeeld in 2012 had. 72 miljoen is een behoorlijk bedrag, maar het is dus heel erg weinig ten opzichte van het totaal. Hoe kan de heer Fritsma hier verkondigen dat heel Nederland lijdt vanwege de overmatige zorgconsumptie door asielzoekers? Dat is toch gewoon een gotspe? Dat is toch gewoon onzin?

De heer **Fritsma** (PVV): Allereerst ga ik niet in op dingen als «racisme voeden» en zo, want als je het daarvan moet hebben als fractie, dan ben je diep gezonken. Ik ga gewoon inhoudelijk in op de vraag. Ik wék niet alleen de suggestie dat asielzoekers betere zorg hebben dan de gewone Nederlander; het is gewoon zo. Nogmaals, asielzoekers hoeven geen eigen risico te betalen. Ze hoeven geen eigen bijdrage te betalen. Ze krijgen alle zorg gratis, inclusief tandheelkundige zorg en loophulpmid-delen. Ik weet niet of de SP de discussies van de afgelopen jaren heeft gevolgd, maar Nederlandse bejaarden krijgen al geen rollator meer. Dan is de Nederlandse bejaarde dus slechter af dan een asielzoeker, die dit allemaal wel gratis krijgt. Cijfers wijzen ook uit dat een derde deel van de Nederlanders of een kwart, afhankelijk van de bron, de tandarts mijdt omdat ze het niet kunnen betalen en daar niet voor verzekerd zijn. Asielzoekers krijgen dat allemaal gratis. Dus het is geen suggestie dat asielzoekers betere zorg hebben; het is feitelijk zo. Dat is voor iedereen na te kijken. Ik hoop – daar rond ik mijn antwoord mee af – dat de SP-fractie ook eens een keer doorkrijgt dat de voortgaande massa-immigratie niet verenigbaar is met onze verzorgingsstaat. Mensen moeten langer wachten op huurhuizen door de massa-immigratie. Mensen moeten meer betalen voor zorg door de massa-immigratie. Ze hebben meer last van problemen als criminaliteit door de massa-immigratie. De uitkeringsaf-hankelijkheid is een probleem door de massa-immigratie. De SP kan wel denken dat dat niet zo is, maar dat is een beetje naïef. De verzorgingsstaat is niet verenigbaar met massa-immigratie.

De **voorzitter**: U vervolgt uw betoog. Ik wijs u erop dat u nog twee minuten hebt.

De heer **Fritsma** (PVV): Los van die spoedeisende medisch noodzakelijke zorg moet alle overige zorg voor asielzoekers niet langer vergoed worden. Asielzoekers zijn vaak ook niet de armste vluchtelingen, maar altijd degenen die vele duizenden euro's kunnen betalen voor hun reis naar Nederland. Ze krijgen ook geld terwijl ze in de opvang zitten en mogen bovendien 24 weken per jaar werken. Ze moeten dus in staat worden geacht om net als iedereen in dit land mee te betalen aan gezondheidszorg. Graag een reactie van het kabinet hierop.

De zorg voor illegalen kostte de belastingbetaler in 2012 zo'n 30 miljoen euro. Ook dat is natuurlijk veel te veel, zeker gelet op het simpele feit dat er zorg naar vreemdelingen gaat die hier niet eens mogen zijn en die hun vertrekplicht negeren. De Staatssecretaris moet dergelijke kosten voorkomen door veel meer illegalen uit te zetten. Daar begint het natuurlijk mee. Graag een reactie.

Verder bestaat er wel een eigen bijdrage voor medicijnen voor illegalen, maar sommige gemeenten maken die regel gelijk weer ongedaan door die eigen bijdrage met belastinggeld te compenseren. Hoe treedt het kabinet daartegen op? Wij hebben al gezien dat de PvdA van die bescheiden bijdrage af wil en inderdaad, met een linkse meerderheid dreigt dat te gebeuren. De VVD-fractie staat erbij en kijkt ernaar en ze verliest alle punten op het gebied van het vreemdelingenbeleid, helaas. Maar goed, toch graag een reactie van het kabinet op dit voorstel van de PvdA-fractie.

Een ander punt dat ik naar voren wil brengen, is dat van zorgtoerisme door vreemdelingen. Het komt gewoon voor dat iemand als asielzoeker naar Nederland komt, hier bijvoorbeeld gratis en voor niks een hartope-ratie ondergaat om vervolgens weer terug te gaan naar het land van herkomst. Ik vraag de Staatssecretaris hoe groot dit probleem van misbruik volgens hem is en wat daaraan kan worden gedaan. Ten slotte kom ik bij de individuele zaken die met name door de linkse partijen voor het voetlicht worden gebracht. De dossiers van deze mensen zijn niet bekend en daarom zijn de stellingen die over deze vreemdelingen

naar buiten worden gebracht volkomen oncontroleerbaar, in ieder geval voor het niet-linkse deel van de Kamer, maar ook voor het publiek. Op deze manier kun je van alles roepen en kun je de waarheid echt geweld aandoen. Dat is gewoon gevaarlijk, maar helaas gebeurt dat soms ook. Zie het verhaal van een asielzoeker uit Guinee. Door collega's is gezegd dat hij in zijn land van herkomst geen goede medicijnen kan krijgen waardoor hij blind wordt, maar in werkelijkheid, zo geeft de Staatssecretaris aan, ligt het echt anders en zijn die medicijnen er wel. Ik kan mij ook nog een zaak herinneren van een asielzoeker uit Burundi die volgens collega's zelfmoord had gepleegd één dag voordat hij zou worden uitgezet. Later bleek dit ook onzin te zijn, omdat van een uitzetting helemaal geen sprake was. De discussie wordt gewoon vervuild. Ik vraag de Staatssecretaris om waar mogelijk echt fel afstand te nemen van dit soort misleiding – want dat is het – niet in de laatste plaats omdat de medewerkers in de vreemdelingenketen, die vaak verschrikkelijk moeilijk werk moeten doen, hierdoor ten onrechte in een kwaad daglicht worden gesteld.

Los daarvan zijn er natuurlijk wel problemen. Dat blijkt ook uit de zaak-Renata; dat is waar. Vanzelfsprekend vindt de PVV-fractie ook dat drama's voorkomen kunnen worden door bijvoorbeeld betere informatie-overdracht en door betere samenwerking in de vreemdelingenketen. Dat moet natuurlijk ook gebeuren.

Mevrouw **Maij** (PvdA): Voorzitter. Het is goed om te spreken over medische zorg voor vreemdelingen in Nederland. Het gaat dan over medische zorg in asielzoekerscentra voor ongedocumenteerden of medische zorg ook in het land van herkomst wanneer uitgeprocedeerde vreemdelingen moeten terugkeren. In zijn algemeenheid wil de PvdA benadrukken dat wij de medische zorg voor vreemdelingen in Nederland van een behoorlijk niveau vinden. In Nederland heeft iedereen recht op medische zorg en wordt niemand daarvan uitgesloten, maar recent sprak ik met een gepensioneerde huisarts die een uitgeprocedeerde vreemdeling had onderzocht. Los van de status van de procedure van betrokkene is het vooral belangrijk dat betrokkene de medische behandeling krijgt. Met deze gepensioneerde huisarts maak ik mij grote zorgen dat mensen soms de weg naar de medische zorg niet willen of niet kunnen vinden. Daar spreken wij vandaag over. Ik begin met de bijdrage van € 5; de collega's hebben er ook al over gesproken. De PvdA vindt het belangrijk dat alle mensen die zorg nodig hebben, toegang hebben tot die zorg en toegang hebben tot de medicatie die daarbij hoort. De PvdA heeft al in januari bij een aantal werkbezoeken en in brieven signalen ontvangen dat er problemen zijn ontstaan. Daarom hebben wij vragen hierover gesteld. De reden voor onze zorg ligt erin dat wij juist willen waarborgen dat medische zorg voor mensen die zorg nodig hebben er ook is. Ook wanneer zij niet over de noodzakelijke financiële middelen beschikken, moeten zij wel die medisch noodzakelijke zorg kunnen krijgen met de medicatie die daarbij hoort. Daarom willen wij nogmaals aan de Minister en aan de Staatssecretaris vragen wat er gebeurt, als mensen die € 5 echt niet hebben. Wij horen van organisaties die die mensen ondersteunen dat zij de portemonnee trekken. Dat is natuurlijk geen houdbare situatie. Houden apothekers onverminderd de mogelijkheid om die € 5 te declareren, als een ongedocumenteerde vreemde de bijdrage echt niet kan betalen? Hoe wordt dat dan beoordeeld? Wat zijn tot nu toe de ervaringen met de maatregel? Heeft de Minister of de Staatssecretaris een idee om hoeveel mensen het gaat en welke financiële middelen hierbij betrokken zijn? Hoe kan worden gewaarborgd dat ook deze groep kwetsbare zieke vreemdelingen die wel zorg en medicijnen nodig hebben, die medicijnen krijgt?

De heer **Fritsma** (PVV): Iedereen weet inmiddels dat Nederland echt te kampen heeft met een zeer problematische instroom van asielzoekers. De

Staatssecretaris had het over 50.000 à 60.000 dit jaar. Dit is dus een asielcrisis; zo simpel mag je het zeggen. Vindt de PvdA-fractie het in dat licht logisch en wijs om te pleiten voor een verdere versoepeling van het vreemdelingenbeleid, voor een verdere versoepeling van het illegalenbeleid? Dit is toch echt de wereld op z'n kop.

Mevrouw **Maij** (PvdA): Zoals ook is aangegeven door een aantal artsen in de media en door de mensen die deze groep ondersteunen, is het van belang dat zij die medische zorg en die medicatie nodig hebben. Wij moeten voorkomen dat mensen die die medische zorg en medicatie nodig hebben ziek op straat lopen en die zorg niet krijgen. Dat is ook een gezondheidsrisico voor onze samenleving en ik vind dat wij die zouden moeten uitbannen.

De heer **Fritsma** (PVV): In alle asielzaken wordt door de IND en door de rechter naar alle relevante aspecten gekeken: is er sprake van een medische noodsituatie of niet, is er sprake van een grond voor verblijf of niet? In het geval van al deze mensen over wie mevrouw Maij het nu heeft, is door de IND en tot en met de hoogste rechter vastgesteld dat er gewoon geen recht op verblijf is, dat deze mensen terug dienen te keren naar het land van herkomst en dat zij een vertrekplicht hebben. Mevrouw Maij gaat er al van uit dat deze mensen op straat moeten leven. Dat is een heel rare gedachte, omdat deze mensen natuurlijk moeten terugkeren naar het land van herkomst. Mevrouw Maij wil het leven en de gezondheidszorg voor deze mensen verbeteren. Als er een rechterlijke uitspraak is dat iemand moet vertrekken naar het land van herkomst en als je 'n uitspraak volgens de PvdA-fractie zo makkelijk kunt negeren, mogen andere mensen dan ook uitspraken van de rechter negeren vanaf nu? Of staan volgens de PvdA-fractie alleen vreemdelingen boven de wet?

Mevrouw **Maij** (PvdA): Volgens mij loopt deze vraag een beetje parallel aan het punt van de medische zorg voor vreemdelingen, maar ik wil er wel antwoord op geven. Als mensen niet in Nederland mogen blijven maar een vertrekplicht hebben, vindt ook de PvdA dat zij aan die vertrekplicht moeten voldoen. Alleen lukt dat niet altijd. Daarom is het belangrijk dat wij verschillende manieren bekijken om ervoor te zorgen dat dat wel gebeurt. Hier scheiden de wegen van de PVV en de PvdA zich heel duidelijk. Wij vinden dat we met mensen in gesprek moeten gaan om te bekijken op welke manier zij terug naar hun land van herkomst zouden kunnen, wanneer dat voor hen moeilijk is of wanneer het tijd kost voor hen om zover te komen. Alleen maar heel hard roepen zorgt er niet voor dat mensen teruggaan naar hun land van herkomst. Dat zorgt er helemaal niet voor dat we voorkomen dat ongedocumenteerden ziek op straat of op een andere manier in onze samenleving zijn.

De heer **Azmani** (VVD): Ik heb een vraag aan mevrouw Maij. Kijk naar de kostenontwikkeling rondom de zorg, de premies die alleen maar stijgen, het eigen risico van mensen, een Minister die met succes ervoor zorgt dat de zorgkosten niet verder stijgen en de ontwikkeling van de beroepsbevolking. Hoe kan mevrouw Maij uitleggen aan de mensen die daarmee worden geconfronteerd, de bakker, de slager of de verpleegkundige, dat aan iemand die niet rechtmatig in Nederland mag verblijven, die kiest voor de illegaliteit en die in de marges van deze samenleving kennelijk wel kan bestaan, niet mag worden gevraagd om een eigen bijdrage van € 5 te betalen op het moment dat hij medicijnen nodig heeft?

Mevrouw **Maij** (PvdA): Dank voor deze vraag, die ruimte geeft om het iets meer uit te leggen. Het is natuurlijk niet zo dat alle ongedocumenteerde vreemdelingen die bij een dokter komen of medicijnen vragen dat allemaal zomaar vergoed krijgen. Sterker nog, zij worden geacht dat zelf

te betalen en in een groot aantal gevallen doen zij dat ook. Als de heer Azmani een keer op bezoek gaat – wellicht doet hij dat ook – bij locaties waar deze mensen zich weleens verzamelen, dan zal hij ook zien dat zij dat doen. Dan zal hij ook zien, bijvoorbeeld hier in Den Haag en in Rotterdam, dat het regelmatig gebeurt dat mensen naar het ziekenhuis gaan, medische zorg krijgen en zelf de portemonnee trekken, ook omdat zij hier ongedocumenteerd leven, maar wel inkomsten hebben. Kennelijk is dat mogelijk in de Nederlandse maatschappij. Dus nee, dat geldt niet voor iedereen. Ik vraag hier specifiek aandacht voor een groep mensen die niet in de gelegenheid is om zelf die middelen te genereren, mensen die extra zwak en extra kwetsbaar zijn in deze samenleving en van wie wij vooral niet willen dat zij in die kwetsbare situatie in onze samenleving op straat leven.

De heer **Azmani** (VVD): Zij kiezen ervoor, ondanks hun kwetsbaarheden et cetera, om in de marges van deze samenleving een illegaal bestaan op te bouwen. Dat is ook niet gratis. Als wij dan kijken naar de andere kant, naar de zorgkosten en naar wat dat met zich meebrengt voor eenieder in Nederland, dan vraag ik mij toch af hoe mevrouw Maij aan die bakker, aan die slager en aan die verpleegkundige wil uitleggen waarom wij in die situatie aan mensen die hier niet mogen zijn en die toch het hoofd boven water kunnen houden geen eigen bijdrage van € 5 zouden moeten vragen.

Mevrouw **Maij** (PvdA): Zoals wij vanmorgen in de hoorzitting ook hebben besproken, leven er volgens het WODC tussen de 100.000 en 150.000 ongedocumenteerden in Nederland. Dat zijn niet allemaal de mensen om wie het nu gaat. Een groot deel van hen leeft hier. U en ik zien die niet, maar gelukkig zien ze wel af en toe een huisarts of een andere specialist als zij die nodig hebben en die betalen zij ook zelf. Wanneer iemand echter buiten de reguliere ondersteuning valt en zelf niet meer daarvoor kan betalen, wanneer iemand extra kwetsbaar is en extra zorg nodig heeft, bijvoorbeeld langdurig ziek is – collega's spraken al over mensen met chronische ziektes, mensen met aids die medicijnen nodig hebben en wekelijks moeten slikken – dan vind ik dat wij als samenleving in elk geval ervoor moeten zorgen dat deze mensen niet ziek in onze samenleving zijn. Het gaat volgens mij om een niet al te grote groep. Die vraag heb ik ook gesteld aan de Minister en aan de Staatssecretaris. Ik zou graag willen weten hoe groot deze groep is en welke financiële middelen daarmee gemoeid zijn en of zij bijvoorbeeld met Dokters van Wereld of met andere groepen in contact kunnen treden om te bekijken hoe wij ervoor kunnen zorgen dat deze specifieke groep die medische ondersteuning toch krijgt.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik prijs juist de PvdA voor het feit dat zij haar nek durft uit te steken en zegt dat de gezondheidszorg gratis zou moeten zijn voor alle illegalen die het niet kunnen betalen. In de media heeft zij gesproken over de arme illegalen; volgens mij is dat een heel grote groep. Ik hoor dat zij een aantal vragen stelt aan de Minister. Is de PvdA er nu voor – dat zou dan een meerderheid betekenen – dat die € 5 weer wordt afgeschaft voor de mensen die het niet kunnen betalen? Mijn vraag aan de PvdA is waar je dan de grens legt. Is dat bij iemand die € 20 per week verdient of € 100 per week? Wanneer is iemand arm als illegaal? Het zijn twee vragen.

Mevrouw **Maij** (PvdA): Het gaat om mensen die extra kwetsbaar zijn. Ik vind het heel belangrijk om te zien om welke groep het gaat. Ik denk dat het niet aan ons is om hier op dit moment te beoordelen waar een inkomensgrens moet liggen. Ik wil graag weten wat de Staatssecretaris en de Minister voor deze mensen kunnen regelen, bijvoorbeeld in samenwerking met Dokters van de Wereld en met gemeenten die deze mensen

in beeld hebben, en hoe we vooral kunnen waarborgen dat die medicijnen toch toegankelijk zijn voor deze heel kwetsbare groep. Nogmaals, er zijn heel veel meer mensen die hier zonder verblijfsvergunning verblijven. Dat weet ook de heer Voordewind. De meesten betalen die zorg zelf. Het is goed dat zij dat kunnen en ook doen.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Begrijp ik het goed dat mevrouw Maij zegt dat linksom of rechtsom de mensen die het niet kunnen betalen aanspraak zouden moeten kunnen blijven maken op die medicijnen zonder dat zij die eigen bijdrage betalen?

Mevrouw **Maij** (PvdA): Ik zou heel graag willen dat de Minister of de Staatssecretaris kan uitzoeken op welke manier wij kunnen waarborgen dat deze mensen de toegang tot die medicijnen behouden.

De **voorzitter**: Ik wil heel kort een procedurele opmerking maken. Het is niet de bedoeling dat u hier op welke manier dan ook filmt, met een mobiele telefoon of anderszins. Dus geen opnames maken alstublieft. Dank u wel voor uw medewerking.

Mevrouw **Maij** (PvdA): Voorzitter. Ik kom bij het punt van de medische zorg in de landen van herkomst voor terugkerende vreemdelingen. De PvdA wil hierbij vooral aandacht vragen voor de rol van het Bureau Medische Advisering. Wij krijgen geregeld signalen van artsen die daar kritische kanttekeningen bij plaatsen. Het BMA zou zelden de zieke vreemdeling zelf zien, laat staan onderzoeken en adviezen van behandelars zouden regelmatig terzijde worden geschoven. De PvdA vindt dat zorgelijk. Het is van groot belang dat er bij de terugkeer of uitzetting van een zieke vreemdeling een gedragen en volledige beoordeling van de medische gevolgen voor de vreemdeling ligt. Herkent de Staatssecretaris deze zorgen? De PvdA zou het daarom goed vinden als er aanvullende ruimte voor het BMA komt om breder naar de gezondheid van de vreemdeling te kijken in relatie tot de terugreis en terugkeer naar het land van herkomst. Is de Staatssecretaris bereid om gezamenlijk in overleg te treden met artsen en met het BMA om te verkennen hoe beter daarnaar kan worden gekeken?

De PvdA heeft nog een enkele vraag over de opvang van zieke ex-asielzoekers. Mede dankzij de motie van mijn voorganger Hans Spekman is er voor hen speciaal beleid gekomen. Dit beleid had een stoeve start, maar vorig jaar is het verbeterd en versoepeld. Er komt een herstelverzuimmogelijkheid als medische stukken ontbreken, zieke asielzoekers in hoger beroep kunnen met voorrang in aanmerking komen voor opvang en als de rechter hangende het bezwaar of beroep inzake een aanvraag voor opvang om medische redenen nog een voorlopige voorziening toewijst, ontstaat er ook recht op opvang. Deze verbeteringen lijken tegemoet te komen aan alle knelpunten in het beleid. Wat zijn de eerste ervaringen met de verbeteringen? Krijgen zieke vreemdelingen nu ook daadwerkelijk makkelijker opvang?

De PvdA wil nog wel één signaal bij de Staatssecretaris neerleggen. Wij hoorden onlangs dat een zieke ex-asielzoeker in bewaring was geplaatst, terwijl hij net een aanvraag voor opvang om medische redenen had ingediend. Dat lijkt niet de bedoeling te zijn geweest. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe het beleid hieromtrent op dit moment is?

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik wil nog even terugkomen op het punt van de toegankelijkheid van zorg, want dat komt op meerdere plekken ter discussie. We kunnen het er vanavond trouwens ook nog over hebben. De discussie gaat nu over de vraag wat er wordt bedoeld met die toegankelijkheid van zorg. Verschillende medici en advocaten geven aan dat er nu op een papieren, juridische manier naar wordt gekeken en dat je

zou moeten kijken naar de daadwerkelijke toegankelijkheid van de zorg in het land van herkomst. Ik vroeg mij af hoe mevrouw Maij daartegenaan kijkt.

Mevrouw **Maij** (PvdA): Volgens mij spreken we daar vanavond ook nog over. Ik denk dat het belangrijk is dat het BMA ook daarin een bredere rol heeft dan alleen maar het «fit to fly»-advies. Ik heb het ook in mijn interventie voor vanavond staan en zou dat vanavond willen bespreken, omdat het in een van de adviezen van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid naar voren komt.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Op zich komt het ook aan de orde in de rapporten die nu op de agenda staan, maar ik vrees dat ik geen andere keuze heb. Ik hoop op coulance vanavond in het debat.

De **voorzitter**: Dat is genoteerd. De heer Voordewind?

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik had dezelfde vraag. We komen er vanavond op terug.

De **voorzitter**: Daarmee zijn wij gekomen aan het eind van de eerste termijn van de kant van de Kamer.

De vergadering wordt van 16.13 uur tot 16.28 uur geschorst.

De **voorzitter**: Ik geef het woord aan de Staatssecretaris voor de inleiding en daarna de beantwoording van de vragen. Ik vraag mijn collega's om bij de inleiding nog even te wachten met interrupties en pas bij de beantwoording van de vragen daartoe over te gaan. De afspraak is dat eenieder twee interrupties heeft.

Staatssecretaris **Teeven**: Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng over de onderwerpen die ik met mijn collega vandaag met uw commissie bespreek.

Over de medische zorg voor vreemdelingen is het afgelopen jaar veel gesproken. Wij hebben het tragisch overlijden van de heer Dolmatov gehad in februari 2013 en we hebben eerder, in oktober/november 2012, met elkaar gesproken over de situatie rond het meisje Renata. Die zaken hebben uitgebreide aandacht gehad van uw Kamer. Onder meer naar aanleiding van een aantal van deze casussen zijn onderzoeken verricht door de Inspectie Veiligheid en Justitie, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nationale ombudsman en de Onderzoeksraad Voor Veiligheid. Het rapport van de OVV bespreken wij vanavond, maar ik ben het met mevrouw Voortman eens dat een aantal onderwerpen onmiskenbaar in elkaar overlopen.

U hebt de kabinetsreacties op die rapporten inmiddels ontvangen. Zoals u in de reactie van de Minister van VWS en mij op het onderzoek van de Nationale ombudsman hebt kunnen lezen, zijn wij van mening dat de gezondheidszorg voor vreemdelingen goed is geregeld. In de algemene conclusie van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid staat ook dat vreemdelingen in Nederland niet structureel onveilig zijn. Er zijn wel verbeteringen mogelijk en er zijn ook wel omissies – dat ben ik met uw leden eens – maar die verbeteringen zijn voor een gedeelte in gang gezet en voor een gedeelte wordt dat ook opgepakt. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft zich in het onderzoek naar de toegankelijkheid van de medische zorg voor asielzoekers ook in positieve bewoordingen hierover uitgelaten. Medische zorg is voor iedere persoon in Nederland beschikbaar en toegankelijk en hierin wordt geen onderscheid gemaakt in de vreemdelingenrechtelijke positie van de persoon. Uitgangspunt is dat degene die medische zorg geniet die ook betaalt en ook hierin wordt geen onder-

scheid gemaakt tussen vreemdelingen en Nederlandse ingezetenen. Voor die gevallen waarin dat onverhoopt niet mogelijk is, heeft de Nederlandse overheid een regeling getroffen voor een tegemoetkoming in de kosten die door zorgverleners wordt gemaakt.

Vreemdelingen die in een van de opvangvormen van het COA verblijven, kunnen de zorgkosten overigens doorgaans niet zelf dragen. Voor deze groep van personen heeft het COA een contract afgesloten met Menzis voor de vergoeding van de kosten van medische zorg. Uitgangspunt is dat die zorg zo veel mogelijk aansluit bij de reguliere medische zorg. Dat is niet nieuw, maar dat is al jaren het beleid van dit kabinet. Wel zijn er in verband met onder andere de onbekendheid met het Nederlandse zorgmodel, de taalbarrière en de afstand een aantal specifieke voorzieningen getroffen. Er zijn huisartssprekuren op de centra, er kunnen tolken worden ingeschakeld en er zijn aanvullende afspraken over en vergoedingen voor de geboortezorg. Er is ook een ruime mogelijkheid voor het gebruik van ziekenvervoer.

Overigens is ook een aantal zaken niet goed gegaan, maar uit de verslaglegging en de rapporten blijkt dat ook de medewerkers van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers veel aandacht besteden aan de informatievoorziening aan vreemdelingen over de organisatie van de medische zorg in Nederland, als het gaat om de zogenaamde «niet-medische gidsfunctie». Ondanks die specifieke aandacht blijkt uit het onderzoek van de Nationale ombudsman dat er in de medische zorg aan vreemdelingen wel verbeteringen zijn door te voeren. Ik merk overigens op, zoals ik eerder heb gedaan in brieven die ik uw Kamer heb gestuurd, dat de Nationale ombudsman in haar onderzoek duidelijk veel is uitgegaan van de beleving van vreemdelingen en de beleving van gemachtigden van die vreemdelingen, terwijl bijvoorbeeld beide inspecties meer zijn uitgegaan van feiten en omstandigheden in zijn algemeenheid. Ik heb op 28 november 2013 een brief gestuurd aan uw Kamer. Daarin hebt u kunnen lezen dat een deel van de aanbevelingen van de Nationale ombudsman ook is overgenomen. Ik noem nu kort een aantal punten: het voeren van overleg tussen Menzis en de huisartsenposten om de wachttijden met name in de avond, de nacht en het weekend te verkorten, de verbetering van de privacy in de wachtruimte, het afsluiten van een nieuw contract voor ziekenvervoer en het verbeteren van de samenwerking tussen het GCA, de Praktijklijn en het COA door het creëren van overlegvormen en het houden van werkbezoeken.

Ik kom toe aan de concrete beantwoording van een groot aantal vragen van uw leden. Mevrouw Van Toorenborg, mevrouw Voortman, de heer Azmani en ook anderen hebben al in een eerder stadium aandacht gevraagd voor de overdracht van medische gegevens. Dat is een belangrijk uitgangspunt. Via het huisartseninformatiesysteem is het reeds mogelijk dat bij de verhuizing van asielzoekers naar andere opvangvormen van het COA medische informatie elektronisch overgaat van de ene huisarts naar de andere. Voor verplaatsingen buiten de COA-omgeving is dat echter lastiger. Zoals gebruikelijk in Nederland dient de vreemdeling toestemming te geven voor de overdracht van zijn medisch dossier bij de overdracht naar een nieuwe zorgverlener. Ook dat kan nog beter, want niet elke vreemdeling doet dat ogenblikkelijk. Zonder toestemming van de vreemdeling kan eigenlijk alleen onder strikte voorwaarden en in zeer bijzondere levensbedreigende situaties medische informatie worden gedeeld.

In de brieven van 13 en 18 november heeft het kabinet de Kamer geïnformeerd over de inspanningen die door de vreemdelingenketen in dit kader worden verricht. Ik sluit verder aan bij wat mevrouw Van Toorenborg en anderen hebben gezegd over de opmerkingen van de Onderzoeksraad voor Veiligheid hierover. Er is veel werk verricht. We praten vanavond over de aanbevelingen die worden overgenomen, maar

veel is ook onderhanden werk. De Minister van VWS zal ten slotte de vragen over het medisch beroepsgeheim beantwoorden.

De Inspectie Veiligheid en Justitie heeft voor de informatieoverdracht geadviseerd, een kopie van het medisch dossier aan de vreemdeling mee te geven. Ik heb dat in overweging genomen en daarbij heb ik geconstateerd dat aan deze maatregel praktische en juridische bezwaren kleven. Het belangrijkste bezwaar tegen het meegeven van een medisch dossier aan een vreemdeling is dat de meeste inbewaringstellingen plaatsvinden op het moment dat er geen medisch personeel aanwezig is. Hierdoor kan het medisch personeel het dossier dus ook niet persoonlijk aan betrokkene overhandigen, hetgeen er vervolgens weer toe leidt dat de medische vertrouwelijkheid niet kan worden gewaarborgd. Het is ook niet wenselijk om al voorafgaand aan de inbewaringstelling dat medisch dossier aan de vreemdeling te overhandigen, omdat dit een waarschuwing is dat er een inbewaringstelling aankomt. Hij zou zich om die reden aan het toezicht kunnen proberen te onttrekken.

Over die bezwaren heb ik contact gehad met de Inspectie Veiligheid en Justitie. Gebleken is dat de inspectie openstaat voor alternatieve oplossingen die leiden tot een verbetering van de medische informatieoverdracht. Mijn collega en ik hebben dat ook aangegeven in de brief die we naar aanleiding van het rapport van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid naar de Kamer hebben gestuurd.

Een aangescherpte samenwerkingsovereenkomst tussen het GC A en de medische dienst van de DJI is gerealiseerd. Aan een veilige e-mailverbinding tussen die organisaties wordt nog gewerkt. Dientengevolge zullen dossiers binnenkort sneller worden uitgewisseld. Wat ook verbeterd is, is in de intake. De intake vindt bij alle vreemdelingen zo spoedig mogelijk na binnenkomst plaats, maar in ieder geval binnen 24 uur na aankomst. De medische intake zal worden afgenomen door een arts of een verpleegkundige. Tijdens die intake wordt de vreemdeling onder andere gevraagd naar zijn of haar medische geschiedenis. Indien een vreemdeling eerder in een COA-locatie verbleef, wordt ook gevraagd om zijn instemming voor het opvragen van zijn medisch dossier bij het GC A. Op dit moment moet de vreemdeling daar overigens ook mee instemmen. Verder onderzoeken mijn collega en ik hoe de communicatie tussen medici en het niet-medisch personeel in de opvang kan worden verbeterd; dat met inachtneming van het medisch beroepsgeheim, zodat bij de planning van een inbewaringstelling ook beter rekening kan worden gehouden met eventuele medische en psychosociale factoren. Ik zal ook bevorderen dat het GC A op de hoogte wordt gesteld indien vreemdelingen naar het buitenland vertrekken, bijvoorbeeld in het kader van vrijwillige of gedwongen terugkeer, zodat ook een medisch paspoort kan worden meegegeven. Dat is overigens op dit moment al standaard als een vreemdeling vanuit de bewaring wordt uitgezet.

Er zijn ook andere verbeteringen doorgevoerd in de werkwijze van de huisartsenpost. Een patiënt die gebruik heeft gemaakt van de huisartsenpost in de avond of in de nachtdienst, wordt voor consult opgeroepen in verband met de opvolging. Dat is inmiddels protocollair vastgelegd, omdat dit noodzakelijk bleek.

Mevrouw **Maij** (PvdA): Wat gebeurt er als de vreemdeling geen toestemming geeft of niets zegt? Soms zie je dat iemand een probleem heeft, bijvoorbeeld een gebroken been of arm, maar wat gebeurt er als iemand een probleem heeft dat niet direct zichtbaar is? Ik denk dan aan de mogelijkheid dat hij dat zelf ook niet meldt en ook geen toestemming heeft gegeven voor de overdracht van zijn medisch dossier.

Staatssecretaris **Teeven**: Dat is een lastige situatie. Als er geen sprake is van een levensbedreigende situatie of een zeer acute noodsituatie, dan is het vanwege het medisch beroepsgeheim geen automatisme dat die

informatie wordt uitgewisseld. Soms wordt mensen door het personeel van de COA dan wel aangeraden, contact op te nemen met de huisartsenpost of worden ze verwezen naar medische zorg.

Mevrouw **Maij** (PvdA): Ik begrijp dat het lastig is vanwege het medisch beroepsgeheim. Het gaat hier echter wel om mensen zonder elektronisch patiëntendossier of enig ander traceringsstelsel. Is het dan echt niet mogelijk om op de een of andere manier die informatie op een makkelijker manier beschikbaar te krijgen?

Staatssecretaris **Teeven**: Dat raakt ook een beetje de discussie van vanavond over de aanbevelingen van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid. Mijn collega van VWS zal zo dadelijk uitgebreider ingaan op de overdracht van informatie die onder het medisch beroepsgeheim valt, maar in onze brief over de aanbevelingen die hierover zijn gedaan, hebben wij al wel aangegeven dat wij de komende tijd zullen bezien hoe we die medische informatie nog beter kunnen delen. «Beter delen» betekent in de ogen van het kabinet natuurlijk niet dat informatie ook buiten de kring gedeeld wordt van gerechtigden tot het kennismaken van medische informatie. We moeten immers wel rekening houden met het beroepsgeheim.

Mevrouw **Van Toorenborg** (CDA): Het is altijd lastig om over een concrete casus te spreken, maar ik wil toch nog een vraag stellen over dat meisje dat naar Polen is uitgezet. De huisartsenpost had aangegeven dat dit kind moest worden gezien. Intussen gaat de familie echter ergens anders heen. Hoe zorgen we er in zo'n geval voor dat in het vervolgtraject de zorg wordt geleverd die van tevoren als noodzakelijk was ingeschat?

Staatssecretaris **Teeven**: Er is naar de feitelijke gang van zaken in die casus onderzoek gedaan door de beide inspecties. Het is de gebruikelijke werkwijze in een dergelijke situatie dat de calamiteitencommissie er ook naar kijkt. Dat is belangrijk omdat de medici er dan voor de volgende keer van kunnen leren. De inspecties zijn tot het oordeel gekomen dat men bij de informatieoverdracht niet tekort is geschoten. De medici hebben volgens de rapporten van de IGZ en de Inspectie V en J geen gaten laten vallen in de hulpverlening. Ik moet afgaan op deze constatering van de inspecties en ik heb dat dan ook gedaan in het debat hierover tijdens de begrotingsbehandeling. Die discussie in december 2013 in de plenaire zaal staat me nog scherp voor de geest. Ook toen heb ik gezegd dat ik uit moet gaan van de constatering van de beide inspecties. Overigens zal de Minister van VWS zo dadelijk ook nog ingaan op de constatering van de IGZ.

Mevrouw **Van Toorenborg** (CDA): De Staatssecretaris geeft aan dat het dossier van iemand die in het systeem zit, wordt doorgegeven wanneer die persoon wordt doorverwezen. Dat is de reden waarom ik verwijs naar de casus van dat meisje. Daar heeft zich namelijk een situatie voorgedaan die niet is geregeld. Mijn vraag staat dus los van de vraag of het oordeel moet zijn dat daar iets fout is gegaan. Ik constateer alleen maar dat een heel ziek kind is uitgezet. Alles kan goed zijn gegaan, maar het eindresultaat was intens triest en niet lovenswaardig. Daarom wil ik graag weten hoe we in een dergelijke situatie het vervolg zo kunnen regelen dat wat iedereen nu betreurt, niet nog een keer kan gebeuren.

Staatssecretaris **Teeven**: Dat raakt twee zaken: de informatie-uitwisseling tussen medici in het medische gedeelte van de vreemdelingenketen en de informatie-uitwisseling tussen de huisarts en de medici verderop in de vreemdelingenketen, namelijk vlak voor het moment van uitzetting. Als je die informatie-uitwisseling wilt verbeteren, moet je natuurlijk ook antwoord geven op de vraag in hoeverre je niet-medisch personeel aan

het einde van de vreemdelingenketen moet informeren over zaken die onder het medisch beroepsgeheim vallen. En dat is de kern van deze discussie.

Ik kom nog terug op de casus-Renata, want daarover heeft mevrouw Van Toorenburg een aantal vragen gesteld. Ik stel nu al wel vast dat de inspecties daarnaar onderzoek hebben gedaan en dat de inspecties hebben vastgesteld dat er geen sprake is geweest van omissies. Er bestaat overigens ook een klachtenprocedure voor een dergelijke constatering van de inspecties. Een gemachtigde kan daar met andere woorden tegen opkomen. Als mevrouw Van Toorenburg mij zou vragen of ik tevreden ben met het resultaat, dan zou ik antwoorden dat ik dat niet ben. Zij weet dat ook, want ik heb al eerder gezegd dat ik geen verantwoordelijkheid had genomen voor uitzetting van de familie naar Polen als de Nederlandse vreemdelingendiensten en de Dienst Terugkeer & Vertrek hadden geweten dat Renata leed aan acute leukemie. Deze diensten wisten dat dus niet, zo blijkt ook uit het rapport van de inspectie.

Ik ben mevrouw Gesthuizen nog steeds erkentelijk voor het feit dat zij dit onder mijn aandacht heeft gebracht, want deze uitkomst is dermate onmenselijk dat we moeten bezien of Renata terug naar Nederland kan komen. Ik ben daar achteraf blij mee, omdat er goede redenen bleken te zijn in 2014 om Renata in Nederland te laten behandelen. De vraag of ik blij ben met het vervolg, is natuurlijk wel iets anders dan de vraag of er fouten zijn gemaakt in de vreemdelingenketen of door de medici buiten de vreemdelingenketen die informatie hebben gedeeld met medici in de keten. Het antwoord op die laatste vraag is nee, want de inspecties geven aan dat dit niet is gebeurd. De Minister van VWS en ik moeten daarvan uitgaan. Als de familie of een gemachtigde betrokkene het daarmee niet eens is, kan hij of zij gebruikmaken van de klachtenprocedure die is neergelegd in de werkwijze voor de IGZ en de inspectie V en J.

Voorzitter. Waar ook meer aandacht aan is besteed, is de goede bereikbaarheid van de praktijklijn bij piekbelasting. Periodiek wordt geëvalueerd of de bezetting van de praktijklijn nog passend is. Daarnaast worden vreemdelingen er op dit moment ook op gewezen dat voor niet-spoedeisende zaken beter overdag dan 's avonds een afspraak kan worden gemaakt. De heren Fritsma en Azmani gaven terecht aan dat dit niet anders is dan voor andere mensen, niet-vreemdelingen, buiten de vreemdelingenketen. Daar is het namelijk de reguliere werkwijze: als wij naar de dokter gaan, gaat het op precies dezelfde manier in het geval van niet-spoedeisende zaken.

Mevrouw Gesthuizen en mevrouw Voortman spraken harde woorden. Ik neem daar kennis van. Zij maken zich terecht zorgen over onderdelen. Ik heb dat in het debat van april vorig jaar zelf ook gezegd. Die zorgen leven nog steeds, maar ze zijn dus niet nieuw voor mij. Een aantal dingen zijn onderhanden werk. Vanavond komen we daar met elkaar over te spreken.

Een van de punten die mevrouw Gesthuizen en mevrouw Voortman aankaarten, is de toegang tot de eerstelijnszorg. Zij vinden dat die zo laagdrempelig mogelijk moet worden. Ik wijs hen er dan wel op dat er al een aantal zaken voor de eerstelijnszorg voor asielzoekers is geregeld. Zo kunnen ze op dit moment gebruikmaken van het spreekuur op het asielzoekerscentrum waar ze naar een huisarts worden doorverwezen. In de casus van dat meisje is dat ook gebeurd. Je kunt zeggen dat het te laat is, maar uiteindelijk is dat meisje wel doorverwezen naar een huisarts en deze huisarts heeft Renata en haar vader en moeder ook gezien.

Een andere maatregel die is getroffen, is dat via de praktijklijn van het GC A ook een afspraak kan worden gemaakt. Daar is inmiddels in een andere casus gebruik van gemaakt. Ten slotte is het mogelijk om zelfstandig een afspraak met de huisarts te maken of om een ggz-consulent te consulteren. Dat laatste moeten we overigens nog wel verbeteren.

Waar maakt men in de vreemdelingenketen met name gebruik van? Er wordt met name gebruikgemaakt van het spreekuur en de praktijklijn. De

frequentie van spreekuren op locatie is afhankelijk van de grootte van de locatie en het aantal bewoners.

Is de toegang tot een reguliere huisarts voor Nederlanders niet makkelijker? De heer Fritsma vroeg zich bijvoorbeeld af of het voor vreemdelingen beter is geregeld dan voor Nederlanders. Het komt in grote lijnen overeen. Als wij een afspraak willen maken met een huisarts of een huisartsenpost, dan worden wij ook door een doktersassistent of een verpleegkundige gevraagd waarvoor en waarom wij lang willen komen. Wij krijgen met andere woorden ook lang niet altijd direct een huisarts aan de lijn. Op basis van de antwoorden die worden gegeven, bepaalt de doktersassistent of een bezoek aan de huisarts noodzakelijk is of niet. In mijn ogen wordt de toegang in de vreemdelingenketen overigens niet extra belemmerd door de wijze waarop de zorg voor asielzoekers is georganiseerd. Ik herken dit beeld in ieder geval niet. Natuurlijk worden er vragen opgeworpen over individuele casussen. Soms blijkt daaruit dat we bepaalde zaken beter moeten organiseren, maar het is zeker niet zo dat er een structurele belemmering is. Dat wordt ook niet geconstateerd in de tal van rapporten die hierover zijn uitgebracht.

De heer **Fritsma** (PVV): Ik sprak niet alleen over de huisarts, maar over de toegang tot de totale gezondheidszorg. Die toegang is voor asielzoekers wel degelijk beter dan voor veel gewone Nederlanders. Waarom erkent het kabinet dat niet gewoon? Asielzoekers krijgen zaken vergoed die veel Nederlanders niet vergoed krijgen, bijvoorbeeld tandheelkundige zorg, brillen, rollators en ga zo maar door. De cijfers liegen niet: heel veel Nederlanders die niet meer verzekerd zijn voor de tandarts, gaan gewoon niet meer naar de tandarts omdat ze het niet kunnen betalen. Ik zie de Minister lachen, maar dat is wel een feit. A. Waarom erkent het kabinet niet dat asielzoekers veel zaken vergoed krijgen die veel Nederlanders niet vergoed krijgen? B. Gaat het kabinet dat veranderen? C. Als het kabinet dit niet verandert, hoe gaat het kabinet het dan betalen? Dit gaat natuurlijk wel in de papieren lopen, gelet op de huidige asielinstream.

Staatssecretaris **Teeven**: De Minister van Volksgezondheid zal in haar termijn op deze vraag van de heer Fritsma ingaan.

De heer Voordewind vroeg waarom we niet naar de feitelijke toegankelijkheid kijken rondom de beschikbaarheid van medische zorg. In de kabinetsreactie die ik naar de Kamer heb gestuurd, zet ik uiteen dat het vaststellen van toegankelijkheid een nauwelijks te toetsen objectief criterium is. Als er sprake is van toegankelijkheid, kun je dat langs verschillende dimensies vaststellen: een economische dimensie, een politieke dimensie en een geografische dimensie, en dat zowel op nationaal als op individueel niveau. Het is echt een hell of a job om de toegankelijkheid op die manier te objectiveren.

De Onderzoeksraad Voor Veiligheid heeft hierover een aanbeveling gedaan. We komen daarover vanavond nog te spreken, maar ik wil nu al zeggen dat het zou betekenen dat de IND bij een toelatingsbeslissing zicht moet hebben op de financiële situatie van de vreemdeling en dat de IND ook moet weten hoe het zit met de formele en de informele verzekeringsstelsels in het land van herkomst. Dat zijn echter allemaal zaken die niet objectief vast te stellen zijn. Het lijkt mij daarom zinvoller en beter om het systeem op dit punt te houden zoals het is. Dat wil zeggen dat bij een toelatingsbeslissing naar de beschikbaarheid wordt gekeken en dat er zo nodig reisvoorwaarden worden gesteld waaraan voldaan moet worden als terugkeer aan de orde is. In de praktijk doen we dat laatste al. Dat is mijn uitgangspunt, maar gezien het oordeel van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid zullen we wel gaan kijken hoe het in andere landen gebeurt om zo invulling te kunnen geven aan de aanbeveling van de raad. Hierop zullen we vanavond ongetwijfeld uitgebreider terugkomen.

De heer Azmani vroeg wat ik ga doen met de aanbevelingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor de detentiecentra. Hij noemde drie concrete punten. De integrale dossiervoering wordt gerealiseerd door de invoering van het epd. Overigens wordt het epd niet alleen voor de vreemdelingen ingevoerd, maar voor de hele Dienst Justitiële Inrichting. Het epd wordt geleidelijk ingevoerd en naar verwachting is de integrale dossiervorming eind dit jaar gereed. Overigens is dit traject al ingezet naar aanleiding van het debat dat we april vorig jaar hebben gevoerd over de casus-Dolmatov. Vanwege de aanbeveling om te komen tot een betere risicotaxatie zijn de werkinstructies nogmaals herzien, opdat die beter aansluiten op de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Over de zorgdisciplines die bij de vreemdeling betrokken zijn, kan ik nog melden dat de IGZ op dit moment, zoals afgesproken, een professioneel statuut schrijft ten behoeve van de samenhang en de afbakening binnen de zorgverlening in de inrichting. Ook hierop zal de Minister van VWS dieper ingaan.

De heer Voordewind vroeg wat we gaan doen met vreemdelingen. Het kabinet heeft hierover eerder met hem gesproken in verband met het plaatsen van vreemdelingen die in een moeilijke psychische situatie verkeren. Deze mensen komen op dit moment terecht in de IBO Schalkhaar. Hoe kunnen we dat beter organiseren? We hebben geantwoord dat we dat in Veldzicht gaan doen. Ik heb de ChristenUnie uit andere hoede al geïnformeerd dat we het gaandeweg zullen uitvoeren en dat Veldzicht naar verwachting na 1 januari 2016 plaats kan bieden aan drie verschillende groepen: ongewenst verklaarde tbs-gestelden, vreemdelingen met een ernstige psychische of gedragsstoornis en personen met een zorgmaatregel, niet zijnde tbs. Ik ben met de Minister van VWS uiteraard in gesprek over de vraag over welk regime er binnen de fpc zal worden gehandhaafd. Deze moeilijke gevallen zitten immers niet direct in een tbs-situatie, aangezien deze mensen onder rechterlijke machtiging vallen of om een andere reden worden verwezen voor psychische hulp. We zullen dat in Veldzicht zo goed mogelijk gaan organiseren en dat betekent dat die verschillende titels ook wel bij elkaar moeten worden gebracht. De aanwezigheid van moeilijk beheersbare vreemdelingen met een psychische stoornis brengt immers wel met zich mee dat soms de maatregelen uit het justitiële kader moeten kunnen worden toegepast. Ik heb daar met de Minister van VWS een oplossing voor gevonden, die inhoudt dat de moeilijkste vreemdelingen moeten gaan instromen. Daardoor kunnen we de situatie rondom deze vreemdelingen namelijk beter bewaken.

De heer Fritsma vroeg waarom asielzoekers dezelfde zorg krijgen als Nederlandse ingezetenen. Ja, eh, In feite heeft iedereen recht op medische zorg – ik heb het al gezegd – en asielzoekers hebben dus wat dat betreft dezelfde rechten. Zolang zij rechtmatig in Nederland zijn, ontvangen zij dan ook vergelijkbare zorg als Nederlandse ingezetenen. Illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen komen alleen in aanmerking voor de medisch noodzakelijke zorg en dat wordt uiteraard beoordeeld door een medicus.

De heer Fritsma vroeg zich af of er niet te veel geld aan medische zorg wordt uitgegeven. Ik ga ervan uit dat mijn collega van VWS op deze vraag in zal gaan.

Ik denk dat het beter is om vanavond dieper in te gaan op de feitelijke toegang tot medische zorg in het herkomstland. Dit onderwerp past namelijk beter bij de aanbevelingen hierover die we vanavond zullen bespreken.

Mevrouw Van Toorenborg verwees naar opmerkingen aan haar adres van de GGZ Drenthe over het terugsturen van mensen als het duidelijk is dat er daar geen zorg is. Ook deze opmerkingen raken aan de vraag of je enerzijds de beschikbaarheid en anderzijds de feitelijke toegankelijkheid wel kunt bepalen. Zo speelt hierbij de vraag een rol of de zorg in het land

van herkomst betaalbaar is en of de afstand naar de zorglocatie voor de teruggestuurde vreemdeling niet te groot is. Verder is hiervoor bepalend of er infrastructuur aanwezig is en of het inkomen en het netwerk van de vreemdeling groot genoeg zijn. Ten slotte moet duidelijk zijn wat de kosten van de zorg zijn en hoe lang de wachtlijsten in een dergelijk land zijn. Dat is nu typisch een punt waarvan het kabinet vindt – dat doen we zeker ook naar aanleiding van de aanbeveling van de onderzoeksraad – dat we moeten onderzoeken hoe vergelijkbare West-Europese landen ermee omgaan. Wellicht kunnen we daarvan wat leren en dan moeten we natuurlijk de zaak aanpassen. Ik heb aangegeven dat het kabinet de Kamer hierover begin 2015 wil informeren. Dat wil overigens niet zeggen dat er niets aan de werkwijze zou veranderen, want we gaan uiteraard na hoe we het in een individuele casus beter kunnen tackelen. Om al die aspecten mee te nemen bij de invulling van het begrip «feitelijke toegankelijkheid» is het dus beter om eerst de uitkomsten af te wachten van die internationale vergelijking.

Mevrouw **Van Toorenburg** (CDA): Dat is heel goed. Ik zou echter wel graag zien dat hieraan een goed gesprek met de GGZ Drenthe en met GGZ Nederland wordt toegevoegd. Deze geven namelijk aan dat ze heel vaak signalen doorgeven, maar dat er niet naar hen wordt geluisterd omdat men die signalen te vaag vindt. Vervolgens zien we daardoor dat er geen opvolging kan plaatsvinden. Er moet zeker naar het buitenland worden gekeken, maar daarnaast is het heel belangrijk dat het kabinet goed op het netvlies heeft wat de grote zorgen van de ggz zijn.

Staatssecretaris **Teeven**: In de brief met de reactie op het onderzoek van de onderzoeksraad hebben we aangegeven dat we ook met de beroepsgroepen zullen praten en bij hen zullen toetsen of het een werkbaar model is. We zullen ons dus zeker niet beperken tot die internationale rechtsvergelijking. We gaan dus onderzoeken hoe de ons omringende landen het doen en of we van hun best practices kunnen leren. De Minister en ik zullen die bevindingen vervolgens zo snel mogelijk bespreken met de beroepsgroepen. Het lijkt ons – dat zeg ik nu alvast maar – echter onwenselijk om de aanbeveling van de onderzoeksraad onverkort over te nemen, want dan krijgen we te maken met het probleem dat de heer Voordewind in eerste termijn noemde, namelijk het verschil tussen beschikbaarheid en feitelijke toegankelijkheid.

Voorzitter. Mevrouw Voortman vroeg mij waarom het Bureau Medische Advisering niet verder kijkt dan alleen de reis. De BMA-arts kan in het medisch advies reisvoorwaarden opnemen, bijvoorbeeld dat de vreemdeling fysiek moet worden overgedragen aan een kliniek in het land van herkomst. Dat is onlangs in een individuele casus ook bepaald en wel door de rechter op voordracht van het BMA.

Het stellen van reisvoorwaarden is natuurlijk wel wezenlijk anders dan in een toelatingsbeoordeling in de asielprocedure de vraag meenemen of een vreemdeling feitelijk toegang tot zorg heeft. De reisvoorwaarden worden geregeld door de Dienst Terugkeer & Vertrek in het vertrekproces, nadat de IND een beoordeling heeft gemaakt over de toelating. Reisvoorwaarden kunnen zien op bepaalde voorzieningen tijdens de reis, de fysieke overdracht aan een kliniek of op een concrete behandelaar in het land van herkomst. Van dat laatste is immers ook een casus bekend en wel van een vreemdeling die tbs had gekregen. Die is namelijk overgedragen aan een soortgelijke tbs-voorziening in het buitenland. Indien een vreemdeling zelfstandig wenst te vertrekken, kan de IOM in veel gevallen zorgdragen voor de medische overdracht.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): We komen vanavond zeker te spreken over de mogelijkheid dat je nagaat of iemand kan reizen. Het is echter ook mogelijk dat de wetenschap dat uitzetting nabij is, bij iemand tot zo veel

onrust leidt dat het zijn aandoening versterkt. In dat soort gevallen zou je naar mijn idee ook een deskundigenadvies moeten meenemen. Een ander punt is dat er gekeken wordt of je het de komende drie maanden goed zult doen in het land waarnaar je wordt uitgezet. Ik denk dat dergelijke eisen wijzen op papieren denken en niet kijken naar de persoon zelf.

Staatssecretaris **Teeven**: Ik denk dat de IND in het toelatingsproces aan de ene kant moet bekijken of er bij de vreemdeling medische klachten zijn die hun oorzaak vinden in wat er gebeurd is in het land van herkomst, het land waaruit hij is gekomen, waarin hij vreest voor zijn leven waarvan hij zegt dat hij er niet naar terug kan keren, en aan de andere kant moet bekijken of het niet-toelaten in de procedure, het niet-geven van een verblijfsvergunning leidt tot medische klachten. Volgens mij moet je die twee zaken van elkaar scheiden. Dat maakt het werk ook zo moeilijk. Het is dus niet zozeer een kwestie van «papieren denken», zoals mevrouw Voortman het formuleert. Je moet een onderscheid maken tussen wat er in de toelatingsprocedure zit en wat een gevolg is van hetgeen in het land van herkomst is gebeurd. Stel, een vreemdeling is gemarteld of is bedreigd met marteling. Dat heeft geleid tot een bepaalde stoornis, die hij meeneemt naar Nederland en die hier behandeld wordt. Een dergelijk medische situatie kan onderdeel uitmaken van de toelatingsprocedure. Het is een andere situatie als iemand niet in Nederland mag blijven maar de plicht heeft om het land te verlaten en hij daarvan ziek wordt of dreigt met zelfmoord omdat hij geen gevolg wil geven aan zijn vertrekplicht. Die feitelijke situaties moet je goed van elkaar scheiden, want de ene situatie kan wel invloed hebben op de toelatingsprocedure en de andere niet of nauwelijks. De tweede situatie kan uiteraard wel invloed hebben op de vraag of iemand feitelijk uitgezet gaat worden, dat ben ik eens met mevrouw Voortman. Je kunt een situatie hebben waarin mensen weliswaar het land moeten verlaten maar er ook een medische omstandigheid is die later is opgekomen. De casus van Renata had daarvan een voorbeeld kunnen zijn. Die medische situatie kan dan wel gevolgen hebben voor het al dan niet overgaan tot vertrek, maar kan geen gevolgen hebben voor de fase die ervoor zit, waarin het gaat om de vraag of je iemand al dan niet een verblijfsvergunning heeft. Volgens mij moet je die zaken strikt van elkaar scheiden.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Laten we het voorbeeld nemen van mensen met een psychiatrische aandoening. Wij begrijpen van artsen dat zij het vaak onwaarschijnlijk achten dat patiënten die getraumatiseerd zijn door gebeurtenissen in het land van herkomst succesvol behandeld kunnen worden in een omgeving die door hen als zeer bedreigend en onveilig wordt beleefd. Die professionele beoordeling van de arts wordt door de medisch adviseur van de IND vaak als «speculatief» terzijde geschoven. Dat zou je niet moeten willen. Het oordeel van die deskundigen moet toch veel zwaarder worden meegewogen?

Staatssecretaris **Teeven**: Dit raakt aan de vraag die ook door mevrouw Gesthuizen is gesteld en ook enigszins door mevrouw Maij is opgeworpen, namelijk of juridische adviseurs van het BMA de adviezen van behandelaars serieus nemen. Dat is zo ongeveer de discussie die we dan voeren. Ik denk dat het mogelijk is dat de IND in het kader van een toelatingsprocedure vraagt of er bij het uitblijven van behandeling op korte termijn een medische noodsituatie zal ontstaan. Die vraag zou je kunnen stellen. Ook de vraag of medische behandeling beschikbaar is in het land van herkomst kun je stellen, evenals de vraag of een vreemdeling in staat is om te reizen. De medisch adviseur zal die vragen dan beantwoorden op basis van feitelijke, objectieve medische gegevens.

Tegen mevrouw Voortman zeg ik dat die medisch adviseurs dan ook gebruikmaken van informatie die door de behandelaren aan de vreemdeling is verstrekt, voor zover die informatie zich beperkt tot bijvoorbeeld individuele medische klachten, diagnostiek en speciale behandeling van de vreemdeling. Dat gebeurt. Ik kan niet standaard zeggen dat het nooit gebeurt, want het gebeurt juist wel dat daar concrete invulling aan wordt gegeven.

Er is wel een andere situatie die hiermee samenhangt en die je moet onderscheiden in het geheel van de vreemdelingenprocedure. Het komt voor dat behandelend artsen of psychiaters medische verklaringen afgeven die veel verdergaan dan individuele medische klachten, diagnostiek en de specifieke behandeling van de vreemdeling. Sommige behandelaars gaan bijvoorbeeld op de stoel van de medisch adviseurs van het BMA zitten. Ik zie die brieven soms ook. Vanuit de betrokkenheid van die behandelaars vind ik het begrijpelijk, maar dergelijke adviezen kun je natuurlijk niet beschouwen als onafhankelijk en objectief, conform de richtlijnen. Dat is lastig. Op zich is er een verbandenheid met degene die wordt behandeld. Ik denk dat we dit onderscheid scherp moeten maken. Mevrouw Voortman vindt dat het BMA naar een langere periode moet kijken en niet alleen naar «fit to fly». Echter, het BMA beoordeelt nu juist niet of een vreemdeling fit to fly is, dat gebeurt door andere artsen, zoals mevrouw Voortman weet. Het BMA beoordeelt wel of er binnen drie maanden een medische noodsituatie zal ontstaan indien een behandeling wordt stopgezet. Als dat het geval is, kan iemand soms in Nederland blijven.

De heer Sjoerdsma heeft mij gevraagd of het kabinet bereid is om de schijn van belangenverstrengeling bij het BMA weg te nemen. Ik heb al eerder aangegeven dat het BMA een onderdeel is van het ministerie en dat het is gepositioneerd binnen de IND. Dat betekent natuurlijk niet dat BMA-artsen niet onafhankelijk zouden zijn. Er is immers sprake van twee totaal verschillende rollen. Het beoordelen van medische aspecten en het voorbereiden en opstellen van medisch advies gebeurt onder de persoonlijke verantwoordelijkheid van die medisch adviseur. De vreemdelingrechtelijke toetsing van de IND valt natuurlijk buiten de verantwoordelijkheid van de BMA-arts. Bovendien zijn er ook voldoende waarborgen in de werkwijze, zoals de wettelijke vereisten en de verantwoording via de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zodat onafhankelijke, zorgvuldige adviezen kunnen worden gegarandeerd. Ik moet eerlijk zeggen dat het kabinet geen aanleiding heeft om te veronderstellen dat dit niet zo is, ook niet als ik kijk naar de inspecties die het beoordelen en die in concrete situatie de werkwijze bekijken. Ook in het rapport van de Onderzoeksraad Voor Veiligheid heb ik op dat punt geen omissies gezien.

Mevrouw Maij heeft gevraagd of ik bereid ben om in gezamenlijk overleg te treden met artsen en het BMA om te verkennen hoe er beter gekeken kan worden naar de gezondheid van de vreemdeling in relatie tot terugreis en terugkeer naar het land van herkomst, zonder dat aan de kern van het beleid afbreuk wordt gedaan. Zo begrijp ik haar vraag tenminste. Ik kan zeggen dat de medisch adviseurs van BMA al gebruikmaken van de informatie die de behandelaars verstrekken. De behandelaars zijn in de informatieverstrekking aan het BMA gehouden aan de KNMG-richtlijnen. De medisch adviseurs zijn gehouden aan de zorgvuldigheidscriteria waaraan een medisch advies moet voldoen. KNMG hanteert als standpunt dat een behandelend arts geen verklaringen afgeeft over een eigen patiënt waarbij hij een oordeel geeft over de medische (on)geschiktheid van een patiënt om bepaalde dingen wel of niet te mogen doen. Deze beide rollen verschillen wezenlijk van elkaar. Uitgaande van deze concrete rolverdeling, zie ik op dit moment geen noodzaak om de gevraagde verkenning naar de invulling van de rollen uit te voeren.

Als de vraag van mevrouw Maij ziet op het betrekken van feitelijke toegankelijkheid bij het advies van BMA-artsen, verwijs ik naar het

internationaal vergelijkende onderzoek naar de wijze waarop andere landen omgaan met het toegankelijkheidsvraagstuk dat ik laat uitvoeren. Daar hebben we het vanavond nog uitgebreider over.

Mevrouw **Maij** (PvdA): Ik vind het een beetje jammer dat ik mijn tweede interruptie hieraan moet besteden. Wat ik eigenlijk bedoelde, is dat we van een aantal ggz-artsen, maar ook andere artsen, te horen krijgen dat zij het dossier overdragen aan het BMA, dat zij het BMA en de arts op papier informeren en dat het BMA alleen op basis daarvan oordeelt. BMA ziet de vreemdeling vaak niet, eigenlijk zelfs standaard niet, en heeft door de bank genomen niet dezelfde medische specialiteit als de arts die de vreemdeling heeft beoordeeld. De vraag is dus of er op de een of andere manier beter contact kan worden gelegd tussen de artsen en het BMA, om in ieder geval die belevingswereld, de omissie die er kennelijk is, te overbruggen. Ik denk dat een aantal artsen dit punt te goeder trouw bij ons en bij een aantal collega's heeft neergelegd.

Staatssecretaris **Teeven**: Ik heb eigenlijk al gezegd dat het kabinet daartoe bereid is. Ik heb eerder al aangegeven dat de Minister van VWS en ik gaan kijken hoe andere landen omgaan met de terugkeer en het land van herkomst en in hoeverre we de informatie-uitwisseling hier te lande kunnen verbeteren, zodat we ook op het punt van de feitelijke terugkeer een betere beslissing kunnen nemen. Wij zullen kijken hoe de uitwisseling van informatie kan worden geoptimaliseerd. Ik ben het eens met mevrouw Maij dat veel behandelaars het vanuit volstrekte oprechtheid doen. Wel is er soms een grote betrokkenheid van de arts bij de vreemdeling die behandeld wordt, maar daarmee is op zich niets mis. Ik ga ervan uit dat dat vaak met de vereiste medische objectiviteit gebeurt. We zullen kijken hoe wij de informatie-uitwisseling kunnen verbeteren. Dan kom ik te spreken over het geval van een zieke ex-asielzoeker die in bewaring was geplaatst terwijl hij net een aanvraag voor opvang had ingediend. Er is gevraagd of dit ingaat tegen de geest van het beleid. In het beleid is vastgelegd, naar aanleiding van de motie-Spekman, die al door mevrouw Maij is aangehaald, dat een aanvraag rechtmatig verblijf genereert, maar dat het rechtmatige verblijf pas ingaat indien er een volledig medisch aanvraagpakket is ontvangen. Indien het dus gaat om een vreemdeling die zich net voor zijn inbewaringneming op basis van artikel 59 heeft willen beroepen op het beleid dat is ontwikkeld naar aanleiding van de aangenomen motie-Spekman en er nog geen medisch pakket is aangeleverd, is er nog geen sprake van rechtmatig verblijf en kan dus inbewaringstelling plaatsvinden. Tijdens die bewaring wordt de medisch noodzakelijke zorg aangeboden. De IND behandelt met voorrang artikel 64-aanvragen vanuit bewaring. Dat blijven we ook doen. Een inwilliging betekent in een dergelijk concreet geval ook een opheffing. De IND is wel gehouden om dergelijke artikel 64-aanvragen vanuit bewaring met voorrang te behandelen. Een inwilliging zal dan ook bijna automatisch leiden tot opheffing.

Ik kom te spreken over de casus van Renata. Ik heb er al veel over gezegd. Mevrouw Gesthuizen heeft haar mening op dit punt volledig bepaald. Ik denk dat het kabinet het moet doen met de constatering die de inspectie heeft gedaan. Daar is het kabinet dan ook van uitgegaan. Het is belangrijk om dat vast te stellen. In de brieven van 13 november en 18 november gaan wij in op de inspanningen die in de vreemdelingenketen zijn verricht. We hebben destijds uitgebreid gewisseld, ook in het debat eind 2013, of er een geschoond of een ongeschoond dossier naar de Kamer kon. Ik heb toen aangegeven dat ik op dat punt eerst de bevindingen van de inspecties zal inwinnen. Mij is toen gezegd dat het alleen een geschoond dossier kan zijn. De familie en de gemachtigden namen het standpunt in dat er alleen een ongeschoond dossier aan de Kamer moest worden verstrekt. Dit is pas eergisteren tot een oplossing

gekomen, toen de familie mij zei dat de mogelijkheid bestaat om dat geschoonde dossier te verstrekken. Ik heb destijds ook gezegd dat ik vond dat als er aanleiding was voor de beide inspecties om geen toestemming te geven voor een ongeschoond dossier, zo'n dossier niet kon worden verstrekt. Ik heb dit vandaag via antwoord op Kamervragen ook ter kennis gebracht van de Kamer.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Ik hoop dat de Staatssecretaris en met hem de inspecties begrijpen dat zij op deze manier wel de verdenking op zich laden dat de waarheid niet boven tafel mag komen. Ik vind dat heel erg kwalijk. Met in mijn achterhoofd alle informatie die ik zelf onder ogen heb gekregen en de ouders die ik wel uitgebreid heb gesproken, is het mijn stellige overtuiging dat wij met dit rapport in handen onmogelijk kunnen vaststellen of de conclusie die de inspectie trekt, wel ergens op is gebaseerd. Ik doel dan op de conclusie: er waren wel omissies, er was geen volledige overdracht van informatie, er was sprake van ernstige vertraging bij het stellen van de diagnose maar we zijn toch positief in ons oordeel. Daarin val ik mijn college Sjoerdsma van D66 bij. Maakt de Staatssecretaris zich hier zelf niet ook een beetje zorgen over? Temeer daar er wel wordt gesuggereerd dat de ouders bij binnenkomst in Detentiecentrum Rotterdam niet zouden hebben gemeld dat een arts wel degelijk had gezegd dat er bloed moest worden geprikt. Ik doel op dat beroemde briefje, waar mevrouw Van Toorenburg ook over sprak. Dit zijn ouders die iedere dag dat hun kind ziek was, iedere dag, met haar hebben geleurd, naar artsen zijn geweest, en die in Polen uit de trein zijn gestapt en illegaal een taxi naar het ziekenhuis hebben genomen toen zij eenmaal de kans kregen en daar binnen een uur een uitslag hadden van bloedonderzoek.

Staatssecretaris **Teeven**: Ik heb aan de hand van het dossier moeten constateren dat er inderdaad was geoordeeld dat er bloed geprikt moest worden. Ik heb ook geconstateerd dat dit niet is gebeurd. Ik heb eerder aangegeven, ook dat is niet nieuw, en bevestig nu dat dit mij dat heeft verontrust. Ik had liever gehad dat dat onderzoek wel had plaatsgevonden; laat ik daarover volstrekt duidelijk zijn. Voor mij is dit aanleiding geweest om vast te stellen dat als de constatering die in Polen is gedaan, eerder was gedaan en wel voor het feitelijke moment van uitzetting, ik niet akkoord zou zijn gegaan met de uitzetting van deze mensen op dat moment. Ik zou dan hebben gevonden dat er behandeling van dat meisje had moeten plaatsvinden in Nederland. Voor mij is dit aanleiding geweest om de familie en het meisje terug te halen. Ik zeg er alleen iets achteraan, namelijk dat dit iets anders is dan de constatering van mevrouw Gesthuizen dat het allemaal fout is gegaan. Als mevrouw Gesthuizen van mening is dat het allemaal fout is gegaan, is de aangewezen weg een klachtprocedure, ook als het gaat over de werkzaamheden van de beide inspecties. Ik vraag mij af waarom die klachtprocedure dan niet is gevolgd. Dat had namelijk wel gekund. We, of in ieder geval de Minister en ik, zitten nu met de situatie dat de beide inspecties die dat werk moeten doen en die ook de expertise en de knowhow in huis hebben om dat werk te kunnen doen, vaststellen dat er geen omissies zijn. Tegelijkertijd moet ik vaststellen dat de uitkomst van alles wat er feitelijk is gebeurd, zeer onbevredigend is. Ik ben blij dat we die uitkomst, weliswaar zeer ten dele zeg ik ook tegen mevrouw Gesthuizen, hebben kunnen corrigeren. Het zou weleens belangrijk kunnen zijn geweest als het meisje de behandeling die zij nu in Nederland krijgt, al eerder had gekregen. Dat deel ik met mevrouw Gesthuizen. Ik deel echter niet met haar dat het allemaal fout is gegaan. Ik kan die constatering ook niet doen omdat de instantie die daarover gaat, de beide inspecties, constateert dat er geen omissies zijn.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Dat is wel een instantie die we kunnen zien als een slager die zijn eigen vlees keurt. Het was geen onafhankelijke commissie. Ik kan de Staatssecretaris ook wel vertellen waarom de ouders geen klacht hebben ingediend. Nog afgezien van het feit dat hun hoofd vol zit met zorgen over het welzijn van hun dochter, dat realiseert de Staatssecretaris zich gelukkig ook terdege, hebben zij zelf het ongeschoonde rapport nog niet. Dus waarover moeten zij dan een klacht indienen? Een klacht op basis van een flinterdunne conclusie en een geschoond rapport waar je geen chocola van kunt maken? Ik heb de hele e-mailconversatie gezien. Het is echt om je kapot te schamen hoe de Inspectie Veiligheid en Justitie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg iedere keer naar elkaar wezen als de advocaat van de ouders vroeg of zij alsjeblieft het ongeschoonde rapport van hun eigen dochter mochten ontvangen, omdat zij zo graag wilden zien op basis van welke gegevens de belachelijke conclusie is getrokken dat er niets fout is gegaan. Dat ongeschoonde rapport is er dus niet gekomen, maar wellicht komt er nog een klacht, op het moment dat zij dat rapport eenmaal hebben gezien. Laat ik mij beperken tot één simpele vervolgvraag. Ik hoop dat de Staatssecretaris deze vraag kan beantwoorden, anders kan de Minister dat misschien. Waarom is er niet gesproken met de ouders zelf? Als je een onderzoek doet naar zo'n dramatische situatie, waar heel Nederland de rillingen van over de rug lopen, waarom spreek je dan niet met de voornaamste belanghebbenden, de ouders?

Staatssecretaris **Teeven**: Aan de hand van het verslag van de calamiteitencommissie, dat ik inmiddels uitgebreid heb gelezen, heb ik geconstateerd dat er niet is gesproken met de ouders. De calamiteitencommissie heeft de werkzaamheden namens de beide inspecties verricht, dat is de gebruikelijke werkwijze. Ik moet het met die constatering doen. Ik weet niet of mijn collega er straks wellicht nog iets over zal zeggen. Ik moet het doen met deze constatering. Ik kan het niet repareren. Ik heb er op dit moment geen mening over, omdat ik vind dat de inspecties onafhankelijk zijn in de wijze waarop zij hun werkzaamheden verrichten. Wij hebben inderdaad een klachtprocedure om op te komen tegen die werkwijze. Ik kan alleen maar iets zeggen over de uiteindelijke uitkomst van wat er met Renata is gebeurd en niet over de werkwijze, daar ga ik niet op in. De casus heeft plaatsgevonden in oktober/november 2012. Het lid Gesthuizen van deze commissie heeft mij er een jaar later van op de hoogte gesteld. Ik vond de uitkomst buitengewoon onwenselijk. Het heeft uiteindelijk te lang geduurd. Jammer genoeg heeft het zo lang geduurd, jammer genoeg duurde het nog vier maanden voordat Renata en haar familie weer terug waren in Nederland. Tussen het moment dat mevrouw Gesthuizen mij melding deed van dit geval en het moment dat feitelijk vervoer mogelijk was, zit krap vier maanden. Ik vind het buitengewoon betreurenswaardig dat dit nog zo lang heeft geduurd. Er was ook veel wantrouwen en veel onbegrip. Ik kan mij dit alles heel goed voorstellen maar ik denk dat het kabinet wel inspanningen heeft verricht om die ongewenste uitkomst terug te draaien omdat er inderdaad een heel aantal heel onwenselijke dingen in zat. Ik kan mij voorstellen dat dit voor de familie een pleister op de wonde is. Over de werkwijze van de inspectie en de daarvoor geldende klachtenprocedure geef ik op dit moment geen oordeel.

De heer **Sjoerdsma** (D66): De Staatssecretaris geeft geen oordeel over de werkwijze van de inspectie. Ik denk echter dat de Kamer dat wel moet doen. De Kamer heeft veel en vaak met de Staatssecretaris over deze casus gewisseld. De Staatssecretaris heeft beloofd dat er een onafhankelijk onderzoek uitgevoerd zou worden naar de vraag hoe dit zo ver heeft kunnen komen. Als ik kijk naar de werkwijze van dit onderzoek – gewoon punt 1 en punt 2 – zie ik dat het is uitgevoerd door commissieleden van de Dienst Justitiële Inrichtingen en het Gezondheidscentrum Asielzoekers. Zij

waren weliswaar niet direct betrokken bij de casus van Renata, maar daarmee is dan ook alles gezegd. Dit betekent gewoon dat dit onderzoek niet het onafhankelijke onderzoek is dat de Staatssecretaris heeft beloofd. Ik vraag de Staatssecretaris dan ook of wij alsnog dat onafhankelijke onderzoek kunnen krijgen.

Staatssecretaris **Teeven**: Ik vind dat de heer Sjoerdsma niet die conclusie kan trekken. Mijn collega zal er zo direct nog op ingaan, maar dit is de normale werkwijze die in dit soort situaties wordt gevolgd door beide inspecties, de Inspectie Veiligheid en Justitie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit wijkt niet af van wat er normaal gebeurt. Waarom doen we het zo, waarom gebeurde het in dit geval door een calamiteitencommissie? Omdat de betrokken medici er dan van kunnen leren. Dit zijn niet de medici die betrokken zijn geweest bij de behandeling in deze concrete situatie. Je kunt dus niet de conclusie trekken dat dit niet onafhankelijk is geweest. Dat vind ik echt vijf stappen te snel van de heer Sjoerdsma. Ik vind wél dat er een onafhankelijk onderzoek heeft plaatsgevonden. De constatering die daaruit komen, heb ik voor kennisgeving aangenomen. Er staat voor betrokkenen een manier open om op te komen tegen de werkwijze van de inspecties. Dat de gevolgen in oktober/november 2012 desastreus waren en dat het zo niet had moeten, in de zin dat wij in Nederland niet iemand moeten uitzetten als wij op de hoogte kunnen zijn van het feit dat die persoon acute leukemie heeft, heb ik achteraf proberen te corrigeren. Ook dat is een feitelijke constatering. Ik vind dat het kabinet er in dat opzicht het maximale aan heeft gedaan om de ongewenste uitkomst terug te laten treden. Jammer genoeg te laat. Hopelijk niet al te laat, moet ik daar tegelijkertijd bij zeggen, want de gezondheidstoestand van Renata is niet goed. Ik hoop dat het nog goed gaat met Renata en dat zij geneest. Ik kan echter niet tot de conclusie komen dat er een niet-onafhankelijk onderzoek is geweest. Mijn collega zal daar uiteraard ook nog op ingaan.

De heer **Sjoerdsma** (D66): Als de Staatssecretaris niet tot de conclusie kan komen dat er géén onafhankelijk onderzoek is geweest, moet ik in ieder geval zeggen dat ik niet tot de conclusie kan komen dat er wél een onafhankelijk onderzoek is geweest. Ik geef nog een voorbeeld. In het rapport staat dat de voorzitter een arts is, maar de naam is weggelakt. Voor ons is dus niet eens na te gaan of de voorzitter van deze commissie daadwerkelijk arts is en in welke hoedanigheid hij – «hij of zij» moet ik dus eigenlijk maar zeggen – dit heeft gedaan. Ik kijk naar de Staatssecretaris. Hij vindt dat ik vijf stappen te ver ga. Ik vraag mij af of de Staatssecretaris het hierbij wil laten. Is het nou verstandig om de schijn te wekken dat de slager zijn eigen vlees keurt in dezen?

Staatssecretaris **Teeven**: De Minister van VWS zal zo meteen nog ingaan op de procedure van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Voorzitter. Mevrouw Van Toorenburg heeft gevraagd of zorgverleners weten hoe zij in contact moeten komen met professionele tolken. Zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg aan asielzoekers weten over het algemeen heel goed hoe zij in contact moeten komen met de tolken. Deze zorgverleners worden bovendien herhaaldelijk en uit verschillende invalshoeken geïnformeerd over de wenselijkheid en de mogelijkheid van het inschakelen van de diensten van professionele tolken. Het staat ook in het zorgcontract van aanbieders die zorg verlenen aan asielzoekers. De aanvraagprocedure voor een tolk staat bovendien uitgeschreven op de website www.rzasielzoekers.nl. In contacten met koepelorganisaties wordt dit actief gecommuniceerd. De heer Azmani heeft mij gevraagd of er verbeterpunten zijn. Hoe kunnen we de geboortezorg verder monitoren? De IGZ ziet toe op het realiseren

van de aanbevelingen en de maatregelen. Het rapport over de geboortezorg in Nederland, inclusief de zorg voor asielzoekers, komt rond de zomer.

Tot slot kom ik op de vraag van de heer Voordewind over isolatie. Waarom worden kwetsbare vreemdelingen geïsoleerd? Afzondering kan natuurlijk een noodzakelijke maatregel zijn om een vreemdeling die overprikkeld, ontregeld of suïcidaal is, te beschermen. Dat is een van de redenen dat we sommige mensen van de ibo in Schalkhaar naar Veldzicht willen brengen. In elk detentiecentrum is ook een zogenoemde «aangeklede afzonderingsruimte» ingericht. Deze ruimtes zijn niet kaal, maar voorzien van speciaal meubilair en een beeldscherm.

Artsen-psychologen monitoren ook de psychische en fysieke gezondheid gedurende afzondering. Het gebeurt overigens ook dat vreemdelingen zelf verzoeken om in afzondering te mogen verblijven, omdat ze baat hebben bij rust. Afzondering op medisch-somatische gronden komt in de praktijk weinig voor. In die uitzonderlijke gevallen gaat het bijvoorbeeld om het voorkomen van een tbc-besmetting en dan is het ook noodzakelijk om dat te doen. Ook voor dat soort gevallen blijft een wettelijke titel om te komen tot afzondering gewenst.

Ik heb de vragen die mij regarderen beantwoord. De overige vragen zal mijn collega beantwoorden.

De heer **Sjoerdsma** (D66): Er is een vraag die de Staatssecretaris nog niet heeft beantwoord en die ik nog graag even onder de aandacht wil vragen. Dat is de vraag over het Bureau Medische Advisering en een hoger beroep op medische gronden. Dat hoger beroep wordt enkel beoordeeld door een IND-ambtenaar, dus enkel op juridische gronden; het wordt niet vanuit medisch oogpunt bekeken. Ik heb daarom aan de Minister gevraagd of het niet een idee zou zijn om een onafhankelijke bezwaarschriftencommissie in te stellen met een onafhankelijke jurist en met ten minste één specialistische arts, zodat ook in die bezwaarfase medische ogen meekijken.

Staatssecretaris **Teeven**: Ik kom daar in tweede termijn op terug, want ik wil dat even met mijn collega overleggen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb ook nog een vraag gesteld die niet beantwoord is. Die ging over zieke mensen die op straat gezet worden. Ik hoop dat de Staatssecretaris ook daar nog op in kan gaan. Ik heb het voorbeeld genoemd van een vrouw met een hele geschiedenis uit Eritrea en die via Sudan hiernaartoe is gekomen.

Staatssecretaris **Teeven**: Ik ken dat voorbeeld niet, maar mevrouw Voortman zei toen ze die vraag stelde al dat zij meer voorbeelden kent waarin het zo is gegaan. Mevrouw Voortman weet mij altijd goed te vinden met zulke urgenties. Ik zal eerst de feiten moeten kennen, voordat ik hier een oordeel over kan geven.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ik dank de leden voor hun inbreng in eerste termijn. Ik kan mij allereerst aansluiten bij de inleiding die mevrouw Van Toorenburg gaf. Ik herken wat zij zei over de enorme toewijding die mensen die werken in de medische zorg hebben, zowel ten aanzien van asielzoekers, als ten aanzien van ongedocumenteerden. Die is heel erg groot en ik heb daar ook heel veel waardering voor. Ik wil beginnen met het feit dat de medische zorg voor zowel asielzoekers als illegalen in Nederland heel ruimhartig is geregeld. Daar kun je eigenlijk niets tegen inbrengen. De toegang van asielzoekers tot de medische zorg hebben wij ruim geregeld. Dat hebben wij gedaan omdat deze mensen zich niet kunnen verzekeren. Je kunt wel vragen waarom bijvoorbeeld de tandarts er ook in zit, maar die aanvullende verzekering kunnen zij niet

nemen en een Nederlander kan daar wel voor kiezen. Dus zonder dat ik de discussie hier wil openbreken, is voor mij het uitgangspunt de wet zoals de Kamer die heeft gemaakt. De Kamer heeft de wet zo gemaakt dat medisch noodzakelijk zorg, een ruim begrip, toegankelijk is voor asielzoekers, maar ook voor illegalen.

Als je internationaal kijkt, moet je constateren dat wij dat hier ruimhartig hebben geregeld. Dat de illegalen in principe zelf de kosten van de medische zorg betalen, is niet iets dat alleen in Nederland zo geregeld is, maar dat is eigenlijk in zo'n beetje alle landen zo geregeld. In Europese landen worden wel uitzonderingen gemaakt, daar wordt bijvoorbeeld alleen acute medische zorg verleend of zorg voor bepaalde groepen, zoals zwangere vrouwen en/of minderjarigen. Als je het vergelijkt met Nederland dan zie je een beperktere toegang tot zorg in Oostenrijk, Denemarken, Zweden, Finland en Duitsland. Daar is het vaak beperkt tot alleen acute medische hulp. Vreemdelingen moeten daar zelf betalen en als dat niet lukt, gaat het van het ziekenhuisbudget af. Andere landen hebben een mindere regeling dan Nederland, zoals België, Frankrijk, Spanje, Italië, Portugal en het Verenigd Koninkrijk. De laatste heeft de zaak nog eens flink aangescherpt. Ik vind dan ook dat niet staande gehouden kan worden – zeker niet in internationale vergelijking, maar ook niet als je het op zijn merites beoordeelt – dat de toegang tot zorg zoals we die wettelijk hebben geregeld, niet goed geregeld zou zijn in Nederland. Wij hebben een compensatieregeling voor illegalen. Die hebben we bijvoorbeeld niet voor Oost-Europeanen. Daar hebben we enkele weken geleden een groot debat over gehad, weliswaar in een andere commissie. De redenatie is dat Oost-Europeanen ofwel hier werken en dus verzekerd zijn, ofwel in het land van herkomst verzekerd zijn. Maar ze kunnen zich gewoon verzekeren. Derhalve moeten ze het zelf betalen als ze naar een ziekenhuis gaan. Als ze niet betalen heeft het ziekenhuis een probleem. Dat is een risico dat het ziekenhuis loopt. Zo'n regeling hebben wij niet ten aanzien van illegalen. Daar hebben we een compensatieregeling voor. Die regeling is administratief heel goed te behappen en heeft een lage administratieve last.

Wij hebben dus net als heel veel landen om ons heen het uitgangspunt: zelf betalen. Ik vind dat cruciaal. Laten we heel eerlijk zijn, door de financiële crisis hebben heel veel mensen het financieel ongelofelijk moeilijk in Nederland. Ze moeten hoge verzekeringspremies betalen en hebben een eigen risico dat voor heel veel gezinnen moeilijk is op te brengen. Ook tegen hen zeggen we: u moet wel betalen, want solidariteit betekent dat iedereen die gebruik maakt van die zorg daar ook aan meebetaalt. Dat vind ik een ongelofelijk belangrijk uitgangspunt. Die solidariteit wil ik in Nederland behouden en daar moeten we zuinig op zijn. Daarom moeten we er echt op letten dat iedereen aan die zorg meebetaalt. Daar wil ik dan ook geen uitzondering op maken voor illegalen, want die moeten in principe volgens de wet, zoals dat geregeld is in de Zorgverzekeringswet – ik meen in artikel 122a – in principe zelf de kosten betalen.

Nu is het denkbaar dat als je illegaal bent en een beperkt of geen vermogen hebt en beperkt of geen arbeid, je een ziekenhuis, dat al snel in de heel grote papieren loopt, niet kunt betalen. Daar hebben we dus die compensatieregeling voor. Maar we zagen dat medicijnen ook zo goed als niet werden betaald. Medicijnen zijn echter echt iets waarvan wij vinden dat het principe dat je zelf moet betalen ook daarvoor opgeld zou moeten doen. Er is in de praktijk namelijk wel degelijk betalend vermogen bij veel illegalen, ofwel omdat ze een partner hebben, ofwel omdat ze werk hebben. Ik zou voor hen het principe dan ook overeind willen houden. Nu zeiden een aantal van u: wij willen dat principe ook overeind houden, maar we hebben een aantal schrijnende gevallen en zou u voor die schrijnende gevallen – dat zijn er ongeveer 1.500 – niet een uitzondering kunnen maken? Ik vind een uitzondering maken op het principe dat je zelf

moet betalen, principieel onjuist, naast dat het administratief ook echt niet te regelen is. Dus of je doet het of je doet het niet. Ik vind het ook niet nodig, omdat er al maatregelen zijn genomen met het oog op deze groep. De eerste maatregel is dat de herhaalrecepten niet voor één maand, maar voor drie maanden gelden. Men betaalt dus in plaats van elke maand, een keer in de drie maanden € 5 per recept. Dan kun je zeggen dat er mensen zijn die heel veel medicijnen tegelijk moeten slikken, de echt schrijnende gevallen, maar daar hebben we de weekverpakkingen voor. Die weekverpakkingen bevatten meerdere geneesmiddelen en vallen helemaal buiten de € 5-regeling. De huisarts kan daar gewoon toe beslissen. Dat is uit coulance zo geregeld en is voor mensen die veel medicijnen nodig hebben. De mensen die daar direct mee te maken hebben, kunnen daar dus al gebruik van maken als zij denken dat er echt iets schrijnends aan de hand is, waar zij iets mee moeten. Ik vind dus dat wij het in principe goed geregeld hebben. Ik ben dan ook niet van plan om die € 5-maatregel te schrappen.

Als je een goede regeling hebt, en die hebben wij, betekent dat niet dat er niets te verbeteren valt. Ieder stelsel kent verbeteringen en je kunt altijd kijken hoe dingen beter kunnen. De commissie heeft wel de vinger op de zere plek van een aantal dingen gelegd. Een daarvan is absoluut de overdracht. De overdracht knelt met name tussen de V en J-keten en de medische keten en vice versa, maar ook onderling. Er werd mij gevraagd hoe het nu zit met overdracht ten aanzien van de hulp. De huisarts heeft het patiëntendossier. Als die huisarts een vervanger heeft, dan heeft deze ook het patiëntendossier. We hebben dat echter wel aangescherpt en we zijn bezig met een verdere aanscherping. U zult zich misschien herinneren dat we in de Eerste Kamer een gesprekje hebben gehad over het elektronische patiëntendossier en dat naar aanleiding daarvan een opt-in is afgesproken. Dat staat los van het feit dat ik wel zie dat er op het punt van de overdracht knelpunten kunnen zijn, waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelt. Dan kan ik u ook zeggen dat het in de commissie voor VWS altijd heel zwaar ligt om iets aan het medisch beroepsgeheim te doen. Een patiënt moet bij een medisch hulpverlener alles kunnen zeggen en doen en dat mag geen consequenties hebben voor daarbuiten. Het medisch beroepsgeheim heeft een heel belangrijke functie. Die kunnen we en die wil ik ook niet zomaar terzijde schuiven. Dit is echter wel een knelpunt dat we hier met elkaar moeten oplossen.

De Staatssecretaris heeft al aangegeven dat wij samen, V en J, VWS en KNMG, aan het kijken zijn wat precies de knelpunten zijn en hoe we die het liefst praktisch kunnen oplossen, zonder dat we iets aan het medisch beroepsgeheim hoeven te doen. Dat zou je kunnen zoeken in een bredere toestemmingsverklaring. Ik weet niet of we daarmee alles oplossen. Maar we zoeken in ieder geval naar een oplossing. De planning is dat we aan het eind van dit jaar naar de Tweede Kamer komen met de mededeling of we oplossingen voor die knelpunten hebben gevonden. Dat is belangrijk, omdat beide belangrijke voorwaarden in dit geval botsen.

De **voorzitter**: Mevrouw de Minister, er is een hele tijd geleden al gevraagd om een interruptie te mogen plaatsen. U bent echter zo snel – dat is goed, want we hebben weinig tijd – dat ik er niet tussen kon komen. Mevrouw Voortman heeft een vraag.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik denk dat we voor de debatten die volgende week plaats zullen vinden, wat meer tijd moeten inruimen. Maar dat zal later aan de orde komen.

Ik wil nog even terugkomen op die eigen bijdrage van € 5. De Minister zegt dat mensen een weekverpakking kunnen krijgen, maar dat is alleen als het gaat om vijf of meer medicijnen die tegelijkertijd uitgeschreven worden. Als je bedenkt dat mensen vaak met verschillende instanties te maken hebben – ziekenhuis, huisarts, psychiater – is dat vrijwel

onmogelijk. In de praktijk is dit voor veel mensen dus geen werkbare oplossing. Daarnaast heb ik nog diverse andere vragen gesteld over die eigen bijdrage van € 5. Ik heb bijvoorbeeld gezegd dat het toch niet wenselijk is om de verantwoording voor medicijnen bij de apotheker neer te leggen en dat hulporganisaties het niet lang meer kunnen volhouden om deze kosten op te vangen. Ik zou ook wel van de Minister willen horen waar mensen die niet mogen bijverdienen, het geld vandaan moeten halen om die € 5 op tafel te leggen. Dat is volgens mij iets waar de Minister steeds aan voorbijgaat, ook in de antwoorden op de vragen die zijn gesteld. Ik wil graag dat de Staatssecretaris daar uitgebreid op ingaat.

Minister **Schippers**: We hebben het hier over een groep waarvan de rechter heeft gezegd: u hebt geen plek in Nederland, u moet terug naar het land van herkomst. Ik vind dat u in uw vraagstelling en in uw inbreng daar eigenlijk ontzettend aan voorbijgaat. Een onafhankelijke rechter heeft besloten dat deze mensen hier niet horen te zijn. Desalniettemin hebben wij in deze Kamer besloten dat, als ze hier zijn en als er iets medisch aan de hand is, deze mensen wel toegang moeten hebben tot medisch noodzakelijke zorg, maar dat zij dat als uitgangspunt zelf moeten betalen. Je ziet in de praktijk – dat zie je ook aan de kosten van deze regeling – dat dat veelal niet gebeurt. We hebben een compensatieregeling waar 30 miljoen in omgaat. Wij nemen als Nederlandse premiebetaler die kosten dus al op ons, omdat wij vinden dat je iemand die iets ernstigs mankeert niet op de stoep laat liggen. Daar heb je met zijn allen een verantwoordelijkheid voor. Vanuit die gedachte is die regeling gemaakt. Als u weet wat medicijnen kosten, kunt u overigens ook niet anders dan tot de conclusie komen dat die € 5 een kleine tegemoetkoming in de kosten is. Daarbij hebben we uit coulance ook regelingen bedacht als herhaalrecepten voor een langere periode, waardoor men er minder vaak een beroep op hoeft te doen, en hebben we weekverpakkingen. Dat is een coulanceregeling waarbij in de praktijk gekeken kan worden of er iets ernstigs aan de hand is en of het echt evident optelt tot grote bedragen. Ik vind dat je het daar op een gegeven moment bij moet laten. Je kunt nu wel zeggen: we gaan een regeling maken voor deze mensen, maar feitelijk schaf je dan gewoon de regeling af. Ik vind dat je dan ver weg raakt van het principe dat de kosten zelf worden gedragen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Ik heb drie vragen gesteld. Kan de Minister mij uitleggen waar mensen die niet mogen bijverdienen dat van moeten betalen? Ik heb haar ook gevraagd naar de signalen die ze ontvangt van de hulporganisaties die dit nu zelf moeten opbrengen. En ik heb haar gevraagd hoe zij het vindt te billijken om de verantwoordelijkheid dan maar bij de apotheker te leggen. Ik heb ten vierde ook nog aangegeven dat die weekverpakkingen in de praktijk niet blijken te werken. Ik wil graag dat de Minister daarop ingaat. Dan zal ze zien dat de regeling in de praktijk niet werkt, niet voor de mensen zelf, en dat die ook voor de maatschappij alleen maar problemen oplevert.

Minister **Schippers**: Dit is al een versoepeling van de regeling. Zo moet u ernaar kijken. Er wordt al niet gezegd: u moet de hele prijs zelf betalen en anders krijgt u de medicijnen niet mee. Terwijl dat eigenlijk wel het uitgangspunt van de wet is. Dit is dus al een verzachting en er zijn nog een aantal andere verzachtingen bedacht. De verantwoordelijkheid ligt niet bij de hulpverleners en niet bij de apotheek; de verantwoordelijkheid ligt bij de illegaal zelf. U zegt: hoe kun je iets verwachten van iemand die niet mag werken. Wat ik verwacht, is dat iemand teruggaat naar het land van herkomst. Wij hebben echter regelingen getroffen waar iemand als echt de nood aan de man is, een beroep op kan doen. Het is overigens geen vereiste dat er in die weekverpakking vijf medicijnen zitten. Het gaat erom dat iemand meerdere medicijnen nodig heeft. Die vijf is dus geen

vereiste, het kunnen er ook drie zijn. Die regeling is al bedacht omdat het anders wel heel erg optelt. Dus eigenlijk heb je al een regeling, waar weer een versoepeling op is gedaan met de herhaalrecepten en er is een versoepeling voor de schrijnende gevallen met een stapeling van kosten met die weekverpakkingen. Ik vind dat je ergens een streep moet trekken. Anders ben je ongeloofwaardig als het gaat om die regeling en kun je die regeling beter afschaffen, maar daarmee schaf je dan ook eigenlijk het principe af dat iemand zelf moet betalen.

De voorzitter: Ik zie nog een aantal mensen die interrupties willen plegen, maar we hebben nog maar heel weinig tijd. Ik stel daarom voor dat de Minister eerst de al gestelde vragen beantwoordt en dat we dan kijken of er nog aanvullende vragen zijn.

Minister Schippers: Ten aanzien van de overdracht zoeken wij dus naar oplossingen, omdat we dat knelpunt erkennen en er principes botsen. Over het onderzoek van de inspectie heeft de Staatssecretaris al heel veel gezegd wat ik eigenlijk ook had willen zeggen. Dat ga ik niet herhalen. Waar ik wel op in wil gaan, is dat er werd gezegd dat dit geen onafhankelijk onderzoek is. Dit is echter de gebruikelijke manier van opereren voor de inspectie. Dit is dus niet anders gegaan dan anders. De gebruikelijke manier van opereren is dat instellingen de gelegenheid krijgen om zelf calamiteiten te onderzoeken. Het is niet zo dat dat allemaal maar vrijblijvend is en dat de inspectie er helemaal niet bij betrokken is. De inspectie kijkt naar de vraagstelling, hoe men het proces in elkaar zet en hoe de betrokkenen die dat onderzoek doen daarin zitten. Wat de inspectie heeft gedaan – dat is echt heel gebruikelijk en dat herken ik ook uit andere zaken – is de betrokken organisatie vragen om een commissie te vormen met onafhankelijke leden. Onafhankelijk houdt dan in dat de leden zelf niet betrokken zijn geweest bij de verlenende zorg of gelieerd zijn aan DJI. Die onderzoekscommissie bestond in dit geval uit een onafhankelijke voorzitter, een onafhankelijke huisarts en vertegenwoordigers van de Dienst Justitiële Inrichtingen en het Geneeskundig Centrum Asielzoekers. Zij voerden het onderzoek uit op verzoek van de Inspectie Veiligheid en Justitie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De huisarts die deel uitmaakte van de commissie werd door de inspectie voorgedragen en was niet gelieerd aan de organisaties waar het onderzoek plaatsvond. Ook werd een onafhankelijke externe deskundige hoogleraar kinderoncologie geraadpleegd. De onderzoeksbevindingen werden aan hem voorgelegd en door hem van commentaar voorzien. De inspecties hebben zelf de onderzoeksvragen voor deze commissie geformuleerd. De centrale vraag was of de medische zorg voldeed aan de geldende beroepsnormen en of alle medisch relevante informatie binnen en tussen organisaties tijdig werd gedeeld. De inspectie heeft geoordeeld dat het onderzoek zorgvuldig is uitgevoerd. Als zij dat constateert – dat is ook gebruikelijk – dan gaat zij zelf geen nader onderzoek doen.

Dit is echt de procedure zoals we die met calamiteiten, ook in ziekenhuizen en ggz-instellingen, standaard volgen. Ik heb vaak met de Kamer gewisseld waarom voor deze werkwijze is gekozen. Dat is omdat er een lerend vermogen moet zitten in het onderzoek. De inspectie kiest er ook weleens voor om het allemaal extern te doen, maar dat is aan het oordeel van de inspectie. Daar heeft ze in dit geval niet voor gekozen.

Het schonen en het weglakken van het onderzoek is gebeurd conform de hier gemaakte wet inzake de privacy en de WOB. Als de inspectie verzoeken daartoe krijgt, dan volgt zij de procedure die volgens deze wetten gevolgd moet worden. Dat heeft zij in dit geval ook gedaan. Het is haar ook geraden dat zij zich de wet houdt, want we maken die hier niet voor niets.

Dan nog iets over de voorlichting. Ik kan mij voorstellen, vooral als je uit landen komt waar je eerst je creditcard moeten laten zien voordat je

überhaupt een ziekenhuis binnenkomt, dat heel veel illegalen zich niet realiseren dat je in Nederland ergens naartoe kunt gaan en dat je dan de medisch noodzakelijke zorg krijgt, en dat die weg voor hen lastig te vinden is. Daarom heeft het Zorginstituut ook verschillende keren huisartsen, ziekenhuizen, apothekers, ggz en andere zorgaanbieders geïnformeerd over het bestaan van deze regeling. Vorig jaar zijn opnieuw alle huisartsen en apothekers over deze regeling geïnformeerd. Er is een laagdrempelige website bij het Zorginstituut voor alle vragen over de regeling. De formaliteiten voor zorgaanbieders zijn beperkt gehouden. De overheid kan zorgaanbieders echter niet dwingen de ter beschikking staande informatie ook daadwerkelijk te raadplegen. De overheid kan ook geen informatie verstrekken aan de onverzekerbare vreemdelingen, want wij weten niet wie dat zijn en waar ze zitten. Daarom ligt het voor de hand dat ook hulporganisaties als Dokters van de Wereld, Lampion en andere informatie bieden en dat doen zij ook.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Ik wil het betoog van de Minister toch tegenspreken. Ik durf namelijk de stelling wel aan dat de inspectie gewoon niet onafhankelijk is. Ze valt ook onder de verantwoordelijkheid van de Minister. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat hier een groot belang is van alle betrokkenen om het eigen straatje schoon te houden. Ik vertrouw het niet en ik vind dat kwalijk. Kan de Minister mij dan misschien vertellen waarom de inspectie niet gewoon heel simpel met de belangrijkste spelers in dit hele dossier, degenen die altijd bij Renata aanwezig zijn geweest, namelijk de ouders, heeft gesproken?

Minister **Schippers**: Daar zal de inspectie zeker argumenten voor hebben en die zal daar geen aanleiding toe hebben gezien. Ik vind het ook lastig. Ik heb een politiek onafhankelijke toezichthouder en ik heb met de Kamer afgesproken dat ik niet politiek ga ingrijpen in een onafhankelijke toezichthouder. U kunt zeggen: nu bevalt mij de uitkomst van een onderzoek niet, Minister wilt u ingrijpen? Maar dan grijp je politiek in en dat vind ik zeer ongewenst. Als mensen vinden dat de IGZ het niet goed doet, dan hebben wij een deugdelijke klachtenprocedure die gevolgd kan worden. Ik onthoud mij in individuele cases echter van een oordeel over het oordeel van de toezichthouder. Ik zou het ook helemaal niet goed vinden als wij de weg op zouden gaan dat ik een politiek oordeel ga hebben over mijn onafhankelijke toezichthouder, want dan verpolitiekt die toezichthouder. We hebben in de Kamer heel veel debatten gehad over deze toezichthouder en dit is echt iets wat wij met elkaar hebben afgesproken. Dit is ook niet de enige casus, er zijn altijd grote belangen bij allerlei zaken die de inspectie onderzoekt. Die zijn er ook bij ondertoezichstellingen van ziekenhuizen. Die zeggen ook: dit is onterecht. Ik heb altijd in individuele cases, in individuele onderzoeken gezegd dat ik niet politiek ga ingrijpen en dat ik daar geen politiek oordeel over ga hebben. Waar ik wel verantwoordelijk voor ben, zijn goede procedures, zodat diegenen die kritiek hebben, ook klachten kunnen indienen. Daar kunt u mij wel op aanspreken.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Ik heb een simpele vraag gesteld, namelijk waarom de IGZ niet met de ouders heeft gesproken. Ik kan daar met mijn hoofd gewoon niet bij. We hebben ook als Kamer gevraagd, met de vijf partijen die hier ook aan tafel zitten, om het rapport ongeschoond te mogen ontvangen. Laat ik de Minister alleen maar het volgende meegeven. Er zijn heel veel artsen die hebben gereageerd op de gang van zaken. Toegegeven, dat zijn allemaal artsen die niet direct bij de zaak betrokken zijn geweest, maar zij spreken er schande van en zeggen: dit kan zo niet. Ik heb, eerlijk gezegd, de afgelopen jaren nogal wat andere rapporten van de inspectie voorbij zien komen die conclusies trokken waar ik vraagtekens bij heb gezet, zeker op dit terrein, zeker op het terrein

waarbij vreemdelingen onder volledige verantwoordelijkheid van de overheid vallen. Ik kan er niet bij hoe je als inspectie in eenzelfde rapport kunt opschrijven dat er omissies waren, dat er geen of onvolledige overdracht was en dat er vertraging van de diagnostiek is geweest en tegelijkertijd zeggen: het is toch allemaal goed gegaan, er zijn geen fouten gemaakt. Ik kan de inspecties hier niet horen; ik moet het met de Minister en met de Staatssecretaris doen. Daarom zitten wij er nu over te bakkeleien. Ik kan hier gewoon geen genoeg mee nemen.

Minister Schippers: U hebt in het rapport van de inspectie deze kritische conclusie gelezen. Ik heb ook gelezen dat de inspectie kritiek had op de diagnostiek en de overdracht. Daarover zijn ze dus wel degelijk kritisch geweest. Als u zegt: de procedure die nu door de Inspectie voor de Gezondheidszorg is gevolgd, vind ik niet goed, dan moeten we het hebben over die procedure. Dit is namelijk wel de standaardprocedure zoals die in de hele gezondheidszorg geldt en zoals die altijd door de IGZ wordt toegepast. In zeer uitzonderlijke situaties wijkt zij daarvan af. Als de Kamer die procedure niet aanstaat, moeten we het over de procedure hebben. De huidige procedure is vaak al in de Kamer besproken waarbij er ook argumenten voor en tegen zijn gewisseld, maar met elkaar hebben we wel steeds vastgesteld dat dit de procedure is die de inspectie zou moeten volgen. Het belangrijkste argument is het lerend vermogen en de betrokkenheid. Het gaat dus niet om een onafhankelijke en een op grote afstand staande commissie. Je kunt het de inspectie echter niet kwalijk nemen dat zij de standaardprocedure volgt. De inspectie is voor mij een onafhankelijk toezichthouder. Die concludeert bepaalde zaken. Zonder zelf kennis van zaken te hebben omdat ik het onderzoek niet zelf gedaan heb, ga ik daar dus op onderdelen geen afstand van nemen. Dat lijkt mij zeer onverstandig en ik ben dat eigenlijk ook niet van plan.

De heer Voordewind (ChristenUnie): Ik wil nog even terugkomen op de eigen bijdrage van € 5 voor medicijnen. De Minister heeft gewezen op de compensatieregeling die daarop deels van toepassing is. Toch bereiken ons verontrustende signalen van onder anderen apothekers en de organisaties die hun best doen om de illegalen of ongedocumenteerden toch te voorzien van die medicijnen, in de zin dat er wel degelijk een probleem blijkt te zijn. Nu begrijp ik dat de gemeenten of hulporganisaties die eigen bijdrage soms zelf betalen. Soms is er ook sprake van een compensatieregeling bij andere organisaties. Het blijkt dus wel degelijk een probleem. Hoe kijkt de Minister aan tegen bijvoorbeeld het voorstel van de PvdA om illegalen die deze eigen bijdrage echt niet kunnen betalen, toch te compenseren? Ik zie namelijk echt een meerderheid in de Kamer voor dit voorstel.

Minister Schippers: Die compensatieregeling heeft geen betrekking op die € 5 maar op de rest van de kosten, zijnde het grootste deel van de kosten. Met € 5 kom je bij medicijnen vaak niet heel erg ver. Mij wordt nu gevraagd door een aantal partijen om met een extra compensatieregeling te komen bovenop een regeling die eigenlijk al een afzwakking is van wat we met elkaar hebben afgesproken, namelijk dat alle kosten door de mensen zelf gedragen worden. Vervolgens zijn daar nog twee afzwakkingen bijgekomen, waar nu dan nóg eens een afzwakking bovenop zou komen. Behalve dat het onuitvoerbaar is, zou je dan eigenlijk de regeling in haar geheel moeten afschaffen. Een compensatie op een regeling die al een afzwakking is, zie ik dus niet zitten. Laten we dus wel met elkaar constateren dat er al allerlei afzwakkingen in die regeling zitten. Bij schrijnende gevallen waarbij mensen meerdere medicijnen gebruiken en te maken hebben met een stapeling van de kosten, is de weekverpakking buiten de € 5-regeling gelaten. Dat is mijn reactie als mensen zeggen dat ze van een maand naar drie maanden zijn gegaan. We zijn pas in januari

begonnen. Er zijn dus allerlei pragmatische oplossingen om het probleem voor schrijnende gevallen op te vangen, maar het lijkt mij geen begaanbare weg en ook niet uitvoerbaar om een regeling bovenop een bestaande regeling te maken.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Ik had het over een compensatieregeling met betrekking tot die € 5. Het blijkt dat sommige gemeenten vanuit hun eigen kas de apothekers daarin bijschieten. Ik begrijp ook dat apothekers de medicijnen voor illegalen en de eigen bijdrage kunnen declareren bij het CVZ. Kan de Minister dat bevestigen? Overigens laat dat alles onverlet dat de betaling van die eigen bijdrage verspreid wordt over een scala van organisaties, zodat deze mensen kunnen worden voorzien van medicijnen teneinde te voorkomen dat ze in een nog grotere crisis belanden. Het is een lappendeken. We doen er dan inderdaad beter aan om er een standaardregeling voor te maken en de eigen bijdrage weer af te schaffen. Ik zie daarvoor ook een meerderheid in de Kamer, maar ik merk niet dat de Minister daar ontvankelijk voor is. Daarom breng ik dit nogmaals onder de aandacht.

Minister **Schippers**: Dat hebt u heel goed gezien; ik ben daar totaal niet ontvankelijk voor. Ik vind het helemaal indruisen tegen de manier waarop we met elkaar een stelsel hanteren. Er zijn veel mensen die grote moeite hebben om de kosten op te brengen. We weten dat de financiële crisis hard heeft toegeslagen in veel gezinnen en dat sommige mensen heel veel moeite hebben om het eigen risico op te brengen. In een systeem waar we met z'n allen gebruik van maken, moeten we er allemaal ook aan meebetalen. Voor mensen over wie een onafhankelijke rechter heeft gezegd dat ze hier eigenlijk niet zouden mogen zijn, hebben we een regeling gemaakt, waarbovenop nog eens een coulanceregeling van toepassing is en waar dan ook nog eens twee uitzonderingen voor zijn geregeld. Op een gegeven moment ben je dan aan het einde. Je hebt een principe of je hebt geen principe. Willen we ten aanzien van dit stelsel en de groeiende kosten – het zou mij niet verbazen als deze kosten ook gaan groeien – de solidariteit overeind houden, dan moeten we van iedereen een bijdrage vragen.

De **voorzitter**: Hiermee zijn we aan het eind gekomen van de eerste termijn van de Staatssecretaris en de Minister. De spreektijd in tweede termijn is een minuut zonder interrupties.

Mevrouw **Gesthuizen** (SP): Voorzitter. Er zijn twee punten die ik kort wil aanstippen. De Staatssecretaris heeft het gehad over artsen die op de stoel van het Bureau Medische Advisering gaan zitten en dat dit niet objectief is. Daarmee heeft hij in feite een excuus gevonden om alle kritiek die bijvoorbeeld door de GGZ Drenthe maar ook door vele anderen, onder wie advocaten, artsen en psychiaters, naar voren wordt gebracht, terzijde te schuiven. In het OVV-rapport wordt geconstateerd dat mensen met een psychische en psychiatrische problematiek niet de zorg krijgen die ze nodig hebben. Ik snap niet dat de Staatssecretaris zelf niet ziet dat er wel degelijk iets fundamenteels ten grondslag ligt aan datgene wat de artsen van de GGZ Drenthe opschrijven. Ik zou hem dan ook nogmaals willen vragen om in te gaan op de punten die door mij en mevrouw Voortman zijn genoemd. Ik vind het ontzettend verdrietig dat we op deze manier moeten spreken over de casus van Renata Agamiryan. Ik vind dat geen recht doen aan de zorgen en alle moeite die de ouders hebben genomen om hun kind goede medische zorg in Nederland te laten krijgen. Ik put er wel de hoop uit dat een deel van de Kamer het ermee eens is dat we geen genoeg kunnen

nemen met het rapport. We zullen zien of we het kabinet op andere gedachten kunnen brengen.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. Ten aanzien van de eigen bijdrage van € 5 is de Minister op zichzelf heel consistent. Wat zij hier zegt, heeft zij altijd gezegd. Het moge wel duidelijk zijn dat mijn fractie en gelukkig ook de meerderheid van de Kamer daar anders over denken. We zullen er dus bij motie voor zorgen dat er iets anders gebeurt dan wat de Minister hier aangeeft.

Ook mij is de opmerking van de Staatssecretaris dat artsen een gebrek aan onafhankelijkheid wordt verweten, in het verkeerde keelgat geschoten. We hebben hierbij te maken met de artsen van het BMA en de behandelend artsen van een patiënt, maar dat zijn wel degenen die ook specifieke deskundigheid op dit terrein hebben. Om dat op deze manier terzijde te schuiven, is volgens mij iets waarvan in de commissie VWS gezegd zou worden: hoe durft u op die manier de professionele autonomie van artsen in twijfel te trekken?

Een ander punt waar ik nog mee zit, is het uitzetten naar een land waar het trauma is opgelopen. Mijns inziens kan zo'n uitzetting juist leiden tot verergering van een aandoening, Ik ben dan ook van mening dat dit punt meegenomen moet worden in de afweging tot uitzetting.

Wat betreft Renata sluit ik mij helemaal aan bij wat mevrouw Gesthuizen over de gang van zaken rond dit meisje heeft gezegd. Het zou zomaar kunnen dat de heer Sjoerdsma nog iets gaat zeggen over de onafhankelijkheid van het onderzoek.

De heer **Sjoerdsma** (D66): Voorzitter. Die glazen bol blijkt inderdaad vrij helder. Ik wil de Minister en de Staatssecretaris danken voor de antwoorden in eerste termijn.

Met betrekking tot het onafhankelijk onderzoek naar Renata heeft de Minister gezegd dat de nadruk is gelegd op lerend vermogen ten opzichte van een orgaan dat op afstand staat en onafhankelijk onderzoek doet. Ik zou juist zeggen dat de Kamer de nadruk ergens anders op heeft gelegd, namelijk op dat onafhankelijke aspect. Waarom heeft de onderzoeksraad het eigenlijk niet onderzocht? Waar de Minister zegt dat de gangbare procedure is dat alleen interne betrokkenen worden gehoord en dat het rapport niet voor commentaar wordt voorgelegd aan de direct betrokkenen, lijkt mij de procedure als zodanig het bespreken waard.

Ik ga ervan uit dat de Staatssecretaris nog terugkomt op mijn suggestie om de onafhankelijke bezwarencommissie richting het BMA te duiden. Met betrekking tot de eigen bijdrage van € 5 vraag ik de Minister in te gaan op de zorgen die er onder andere leven bij gemeenten over de gevolgen van de invoering van die € 5-maatregel. Als zij niet bereid is die regeling aan te passen, is mijn vaag of ze ten minste tegemoet wil komen aan deze zorgen die er in verschillende gemeenten zijn.

Mevrouw **Van Toorenburg** (CDA): Voorzitter. Niet al te lang geleden heb ik een werkbezoek mogen afleggen bij de GGZ, waarbij er met name aandacht was voor de psychiatrische hulp aan asielzoekers, onder wie getraumatiseerde vrouwen die een drama hebben meegemaakt dat zijn weerga niet kent, en kindsoldaten. Ik ben altijd heel erg onder de indruk van de ervaringen van deze mensen. Dus wanneer de GGZ mij een brief schrijft waarin ze aangeeft dat ze met haar diagnoses nergens terecht kan, dan vind ik echt dat we daar serieus naar moeten kijken. Mijn vraag aan het kabinet is dan ook om schriftelijk in te gaan op die brief van de GGZ – ik zal die brief na afloop van dit AO aan beide bewindslieden overhandigen – zodat we er op een later tijdstip, wellicht in het kader van de terugrapportage van het kabinet, serieus naar kunnen kijken. Ik vind echt dat we de GGZ tekortdoen als we alleen maar zouden zeggen: we nemen het mee. Er komen in die brief namelijk een aantal zeer belangrijke punten

naar voren. Ik heb ook de schrijnendheid van de gevallen gezien. Ik zou dan ook graag de door mij gevraagde toezegging krijgen.

De heer **Azmani** (VVD): Voorzitter. Ik dank de Minister en de Staatssecretaris voor de adequate beantwoording van de vragen die ik heb gesteld.

De heer **Voordewind** (ChristenUnie): Voorzitter. Allereerst wil ik ingaan op de € 5-maatregel. Als we maatregel op maatregel moeten stapelen om bepaalde zaken te compenseren voor mensen die anders hun medicijnen niet kunnen krijgen en de kosten bovendien worden afgewenteld op de gemeenten et cetera, dan moeten we toch tot de conclusie komen dat een dergelijke opeenstapeling van compensaties niet goed is en dat die € 5-maatregel afgeschaft zou moeten worden? Aangezien we daar met de Minister niet uitkomen, zal het aan de Kamer zijn om er een voorstel voor te doen.

Dan het punt van de toegang tot medische zorg bij uitzetting. Ik heb begrepen dat de Staatssecretaris een vergelijkend onderzoek wil uitvoeren naar hoe dat in de andere Europese lidstaten geregeld is. Aangezien we de discussie hierover al lange tijd voeren, vraag ik de Staatssecretaris op welke termijn hij die informatie denkt te hebben. Ik hoop dat we in ieder geval nog voor de zomer hierover duidelijkheid krijgen. Kan de Staatssecretaris dat toezeggen?

De heer **Fritsma** (PVV): Voorzitter. Dank voor alle gegeven antwoorden. De Minister zei dat er in Nederland een heel ruimhartige zorg bestaat voor vreemdelingen of asielzoekers. Mijn punt blijft dat die zorg té ruimhartig is. Ik heb in eerste termijn ook het voorbeeld genoemd van de tandartszorg, waarop de Minister reageerde met de opmerking dat asielzoekers gratis tandheelkundige zorg krijgen omdat ze zich daar niet voor kunnen verzekeren. Maar dat is juist het punt; heel veel gewone Nederlanders hebben ook het geld niet om zich aanvullend te verzekeren voor bijvoorbeeld de tandarts. Precies diezelfde mensen moeten wel meebetalen aan de gratis zorg voor asielzoekers. Dat is een oneerlijkheid die gewoon niet kan. Daarom nogmaals de vraag: wat is er mis met het voorstel om aan asielzoekers alleen spoedeisende en medisch noodzakelijke zorg te verlenen? Mensen zitten in een procedure van beperkte duur. Dus wat is hier mis mee? Als het kabinet echt niets wil veranderen, vraag ik hoe dit nog betaald zal gaan worden. Als we in 2012 al op 72 miljoen zaten aan zorgkosten voor asielzoekers, dan zitten we in 2014 op het veelvoudige daarvan. Hoe gaat dat gedekt worden? Hoe gaat dat betaald worden?

Dan de € 5-regeling. Aannemende dat er inderdaad een motie komt van een linkse meerderheid – helaas laat de VVD-fractie dat gebeuren – wacht ik maar af wie bakzeil haalt, het kabinet of de PvdA-fractie. De Minister had het over solidariteit, maar het zijn gemeenten die deze solidariteit doorbreken door die € 5 te betalen voor asielzoekers. Hoe gaat het kabinet daartegen optreden?

Mevrouw **Maij** (PvdA): Voorzitter. Aan het begin van dit jaar gaven de Minister en de Staatssecretaris in hun beantwoording op vragen over de € 5-regeling aan dat er geen ruimte was om naar schrijnende gevallen te kijken. Ik begrijp nu van de Minister dat ze dat wel degelijk doet, in de zin dat die regeling niet geldt voor de weekverpakking, dus voor mensen met herhaalrecepten en mensen die gecompliceerde zorg nodig hebben en meerdere medicijnen per week behoeven. Verder heeft zij gezegd dat het om ongeveer 1.500 gevallen gaat. Is daarmee dan inderdaad gewaarborgd dat die groep heel kwetsbare en zieke vreemdelingen toegang tot die medicijnen heeft?

De **voorzitter**: Dan gaan we nu over tot de beantwoording in tweede termijn. Gezien de tijd kan ik helaas geen interrupties meer toestaan.

Staatssecretaris **Teeven**: Voorzitter. Ik heb in antwoord op de vragen van mevrouw Maij in eerste termijn al gezegd dat het kabinet altijd bereid is om te kijken hoe we tot een betere informatie-uitwisseling kunnen komen tussen de BMA-artsen en de artsen-behandelaars. Wel moet worden vastgesteld dat hun rollen wezenlijk van elkaar verschillen. Er is een behandelrelatie tussen de behandelend arts en de patiënt die tevens een vertrouwensband inhoudt. Anderzijds adviseert de medisch adviseur van het BMA de IND over de procedure in het kader van de toelating. Dat zijn dus verschillende rollen. In het kader van de herkomstlandentoets heb ik overigens al gezegd dat ik zal kijken of de informatie-uitwisseling kan worden verbeterd. In de richting van mevrouw Voortman zou ik willen benadrukken dat het niet het gebrek aan onafhankelijkheid is dat ik terzijde schuif. Wel zie ik twee rollen die dusdanig van elkaar verschillen dat die informatie-uitwisseling moeilijk zal zijn. Ik wijs haar er tevens op dat we nog niet zo lang geleden een casus hebben gehad waarbij een vertrouwensarts toch een heel opmerkelijke rol vervulde rond een bepaalde uitzetting die, naar ik vermoed, nog wel degelijk bekend is bij de commissieleden.

Verder heeft mevrouw Voortman een vraag gesteld over uitzetting naar het land van herkomst waar het trauma is opgelopen. In het kader van de toelating zullen we natuurlijk de gronden bekijken die worden aangevoerd. Indien er sprake is van medische aspecten kan het BMA natuurlijk een advies geven over de reisvoorwaarden. Als het om een trauma gaat, is de vraag aan de orde in hoeverre dat van belang is voor de toelatingsprocedure. De IND moet daar dan natuurlijk in een vroeg stadium naar kijken. Dat is nou ook precies het advies dat de BMA-arts uitbrengt. De heer Sjoerdsma heeft mij gevraagd of ik bereid ben om een bezwaarschriftencommissie in te stellen. Ik zie daar geen noodzaak voor. Artsen geven op basis van feitelijke informatie en BMA-adviezen een medisch oordeel en dat leidt tot een medisch advies. Als gedurende de procedure nieuwe medische feiten zich voordoen, wordt de BMA-arts er opnieuw bij betrokken en kunnen dus aanvullende vragen worden gesteld. Een rechter toetst uiteindelijk de beslissing van de IND en oordeelt dus ook over de vraag of de medische advisering in het kader van de toelatingsprocedure voldoende is geweest. Dus ik zie geen ruimte voor een nieuwe onafhankelijke bezwaarschriftencommissie.

Dan kom ik op de vraag van mevrouw Van Toorenburg. Ik denk dat het kabinet bereid is om de brief van de GGZ van 6 maart van dit jaar te bekijken en er op te reageren. Dus die toezegging om daarover een brief te sturen doe ik bij dezen.

Zoals ook al in de beleidsreactie op het rapport van de onderzoeksraad staat, zal het vergelijkend onderzoek en het vervolgens bespreken ervan met de beroepsgroep op z'n vroegst eind dit jaar dan wel begin 2015 afgerond zijn. Daar dit echt zorgvuldig moet gebeuren, zie ik geen mogelijkheid om dat te vervroegen.

Minister **Schippers**: Voorzitter. De heer Sjoerdsma heeft gezegd dat de Kamer niet vraagt om lerend vermogen. Als je een onderzoek doet, kun je verschillende wegen kiezen. In dit geval is de inspectie gevraagd en die gaat dan tewerk conform de procedures die ze altijd hanteert. Onderdeel van die procedure is dat betrokkenen gehoord worden. De heer Sjoerdsma geeft aan dat ik gezegd zou hebben dat dit er blijkbaar niet bij hoort. Welnu, dat heb ik niet gezegd; het hoort er wel degelijk bij. Het geschoonde rapport is dan ook in het Russisch vertaald voor de familie. Bovendien is een gesprek aangeboden maar is de familie op dat aanbod niet ingegaan. In de standaardprocedure van de inspectie is dus altijd

sprake van wederhoor. Daarnaast is er geen reactie op het rapport gegeven.

De heer Sjoerdsma en mevrouw Maij hebben gevraagd naar de schrijvende gevallen en de rol van de gemeenten daarin. Wij laten een monitor meelopen. In september zullen op basis van de verzekeringsmonitor de eerste uitkomsten naar de Kamer komen. Dan kijken we hoe de regeling in de praktijk uitwerkt. Dan hebben we dus ook wat meer zicht op wat die regeling betekent.

De heer Fritsma kan met mij natuurlijk wel een discussie aangaan over de vraag of het zorgaanbod niet te ruim is. Ten opzichte van veel ons omringende landen hebben we een heel ruim aanbod, maar dat is hier in de Kamer bepaald. Daar was ik toevallig zelf ook bij. Een meerderheid van de Kamer vindt dat dit het aanbod moet zijn voor illegalen en asielzoekers. Als dat zo is bepaald, vind ik dat we dat dan goed moeten uitvoeren. Het uitgangspunt is wel dat in principe de kosten zelf betaald worden door mensen die gebruikmaken van de zorg. Dat ligt anders bij asielzoekers. Ik vind het overigens ook wel een redelijk uitgangspunt, aangezien zij überhaupt geen inkomen hebben op basis waarvan ze kunnen beslissen waaraan ze dat besteden.

De **voorzitter**: Hiermee zijn we aan het eind gekomen van de tweede termijn.

De Staatssecretaris van V en J heeft toegezegd schriftelijk te zullen reageren op de brief van GGZ Drenthe.

Sluiting 18.15 uur.