

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 2700

Vragen van het lid **Sylvana Simons** (BIJ1) aan de Minister van Justitie en Veiligheid over *de gebrekkige zorg op crisisnoodopvanglocaties* (ingezonden 19 april 2023).

Antwoord van Staatssecretaris **Van der Burg** (Justitie en Veiligheid) (ontvangen 25 mei 2023).

#### Vraag 1

Bent u bekend met de reportage van NRC Handelsblad genaamd «Het verdienmodel van detacheerder Arts & Specialist: minimale zorg voor asielzoekers tegen maximale winst»<sup>1</sup>? Hoe reflecteert u op de bevindingen van deze reportage?

#### Antwoord 1

Ja ik ben bekend met de rapportage in de NRC. Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik verder graag naar mijn brief van 24 april jl. waarin ik, op verzoek van uw Kamer, inga op genoemd krantenartikel in de NRC.

#### Vraag 2

Bent u het eens met de stelling dat asielzoekers een kwetsbare groep zijn die recht hebben op adequate zorg? Bent u het eens met de stelling dat de regering heeft gefaald om adequate zorg te leveren? Vindt u dit typerend van het huidige Nederlandse asielbeleid?

#### Antwoord 2

Iedereen in Nederland heeft recht op medisch noodzakelijke zorg. Dat geldt ook voor asielzoekers. Voor asielzoekers is de toegang tot de medische zorg in de regel goed geborgd. Op de locaties die onder beheer vallen van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA), zorgt GezondheidsZorg Asielzoekers (GZA) voor de toegang tot de huisartsenzorg op de locatie en in bepaalde gevallen in de directe nabijheid van die locatie. Ook voor de crisisnoodopvang zorgt GZA in eerste instantie voor de toegang tot de huisarts. Voor een aantal locaties moet hiervoor een beroep worden gedaan op bijvoorbeeld Arts & Specialist of Just4Care. In enkele locaties wordt de

<sup>1</sup> NRC, 31 maart 2023, Het verdienmodel van detacheerder Arts & Specialist: minimale zorg voor asielzoekers tegen maximale winst (<https://www.nrc.nl/nieuws/2023/03/31/het-verdienmodel-van-detacheerder-arts-specialist-minimale-zorg-voor-asielzoekers-tegen-maximale-winst-a4160900>).

huisartsenzorg geleverd door lokale huisartsen. Net als dat voor andere inwoners van Nederland geldt, kan via de huisarts doorverwijzing plaatsvinden naar tweedelijnszorg. Voor de zorg wordt gebruik gemaakt van reguliere zorg(instellingen). De capaciteitsvraagstukken in de zorg spelen voor alle inwoners van Nederland, inclusief asielzoekers. Niettemin ben ik van mening dat asielzoekers in de regel een goede toegang hebben tot medische zorg.

Vraag 3

Klopt het dat Arts & Specialist niet verantwoordelijk is voor de inrichting van de locatie of de werkplek van basisartsen? Indien dit het geval is, hoe komt het dat deze artsen geen toegang hebben tot belangrijke apparatuur zoals laptops en onderzoekstafels? Is deze tekortkoming toe te schrijven aan het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA)? Indien dit het geval is, gaat deze noodzakelijke apparatuur spoedig geleverd worden? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 3

Het klopt dat Arts & Specialist niet verantwoordelijk is voor de inrichting van de werkplek van de (basis)artsen. Arts & Specialist is geen zorgorganisatie maar via hen kan medische personeel worden ingezet. Arts & Specialist wordt op dit moment ingeschakeld voor het bieden van de medische zorg op crisisnoodopvanglocatie waar GZA deze zorg niet kan bieden. De crisisnoodopvang valt niet onder de verantwoordelijkheid van het COA maar onder de gemeenten. De gemeenten richten de locaties in met noodzakelijke materialen en declareren de kosten bij het COA. Op de locaties die onder beheer staan van het COA biedt het COA medische ruimte inclusief kantoormeubilair en is GZA verantwoordelijk voor de inrichting van de praktijk met noodzakelijke medische apparatuur.

Vraag 4

Kloppen de bevindingen van het NRC dat Arts & Specialist rond de 180 euro per uur rekent voor het leveren van een basisarts met achterwacht? Indien juist, gegeven dat de loonkosten van basisartsen en huisartsen cumulatief ongeveer 70 euro per uur zijn, en Arts & Specialist beweert niet verantwoordelijk te zijn voor de inrichting van de werkplek van artsen, waar gaan de overige 110 euro aan kosten naartoe?

Antwoord 4

Het COA heeft het contract afgesloten met Arts & Specialist. Informatie over prijzen valt binnen de vertrouwelijkheid van het contract. Ik heb ook geen inzicht in de opbouw van de kostprijs van Arts & Specialist. Ik kan dus geen antwoord geven op de vraag waar de kosten naar toe gaan. De door Arts & Specialist gehanteerde prijs is gebruikelijk in de markt en niet exorbitant hoog. Het uurtarief is afhankelijk van het type arts dat nodig is en wordt ingezet.

Vraag 5

Deelt u de zorgen dat er sprake is van een doorgeslagen verdienmodel dat ten koste gaat van kwetsbare asielzoekers en de Nederlandse belastingbetaler?

Antwoord 5

Bij voorkeur zou ik de toegang tot de medische zorg op dezelfde wijze willen organiseren als dat in de asielzoekerscentra is georganiseerd waarbij GZA een centrale rol heeft. Door de druk op de opvang moet worden uitgeweken naar andere soorten opvang en teruggevallen op andere zorgpartners om de toegang tot de huisartsenzorg ook in de crisisnoodopvang te borgen. Door de inspanning van al deze partijen lukt dit in de regel ook. Het betekent inderdaad wel dat gebruik wordt gemaakt van partijen met een hoger tarief. Ik deel echter niet dat er sprake is van een doorgeslagen verdienmodel.

Vraag 6

Welke maatregelen bent u van plan te ondernemen om adequate zorg voor alle asielzoekers wél te garanderen? Kunt u deze toelichten?

#### Antwoord 6

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 2 ben ik van mening dat de toegang tot de medische zorg voor asielzoekers in de regel goed is geborgd. Neemt niet weg dat het opvangen van asielzoekers in crisisnoodopvanglocaties ook uitdagingen met zich meebrengt voor het bieden van de medische zorg. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft op 9 maart jl. hierover ook een bericht uitgebracht. Samen met COA kijk ik hoe invulling kan worden gegeven aan de aanbevelingen. De punten die de IGJ hierin aangeeft hangen voor een belangrijk deel samen met het feit dat het opvangen van asielzoekers in crisisnoodopvang niet ideaal is, maar is altijd nog te verkiezen boven geen opvang.

#### Vraag 7 en 8

Bent u van mening dat het voor een basisarts mogelijk is om adequate zorg te leveren zonder toegang tot een elektronisch patiëntendossier? Zou u uw antwoord kunnen toelichten?

Klopt het dat Arts & Specialist een offerte ter goedkeuring naar het COA heeft gestuurd om een elektronisch patiëntendossier aan te schaffen? Indien zo, is deze al geaccepteerd? Indien de offerte niet geaccepteerd is, waarom? Wordt er met spoed werk gemaakt aan het faciliteren van een elektronisch patiëntendossier dat gebruikt kan worden door basisartsen bij crisisnoodopvanglocaties?

#### Antwoord 7 en 8

Arts & Specialist heeft een offerte ter goedkeuring naar het COA gestuurd voor de inzet van praktijkverpleegkundigen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg. Wel heeft Arts & Specialist een passage opgenomen over het elektronisch patiëntendossier. Van een offerte voor een elektronisch patiëntendossier is in die zin dus geen sprake geweest. Het COA is in gesprek met de zorgpartners hoe de toegang tot een elektronisch patiëntendossier kan worden gerealiseerd.

Het vastleggen, verwerken en delen van medische gegevens binnen de zorg draagt evident bij aan het bieden van adequate zorg. Een elektronisch patiëntendossier kan hierin behulpzaam zijn. Echter, aan het vastleggen, verwerken en delen van medische gegevens zitten zeer strikte wettelijke beperkingen. Bij motie van de leden Kröger en Piri is verzocht om de Kamer zo spoedig mogelijk te informeren over de manier waarop en termijn waarbinnen tijdige en naadloze overdracht van medische dossiers kan worden gerealiseerd en welke middelen, voor zover niet reeds begroot, hiervoor nodig zijn. Samen met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzoek ik of en hoe invulling kan worden gegeven aan deze motie.

#### Vraag 9

Welke maatregelen worden er door het COA ondernomen wanneer de opvangtermijn van asielzoekers maanden langer duurt dan de korte periode waar noodopvanglocaties voor ontworpen zijn? Zijn er procedures die de leefbaarheid van noodopvanglocaties verbeteren voor asielzoekers die er voor een verlengde periode verblijven?

#### Antwoord 9

Er zijn grote verschillen tussen locaties. Het is echter niet zo dat een (crisis)noodopvanglocatie per definitie op alle vlakken slechter is dan een reguliere opvanglocatie van het COA. Het COA streeft ernaar om de begeleiding op noodopvanglocaties zoveel mogelijk op hetzelfde niveau te brengen als reguliere locaties, al is het daarbij wel afhankelijk van onder andere de mogelijkheden van de locatie zelf en het beschikbare personeel. Het is dan ook van belang om weer te komen tot voldoende reguliere opvangplekken, liefst stabiel en langdurig, zodat opvang in (crisis)noodopvanglocaties niet meer nodig is. Dit is niet alleen een opgave van het COA maar van een groot aantal partijen. Ondanks de medewerking van veel gemeenten lukt dat momenteel nog onvoldoende.

#### Vraag 10

Hoe komt het dat de Nederlandse overheid niet voorbereid was op de huidige asielcrisis? Worden er stappen ondernomen om de zorgcapaciteit van asielzoekers in de toekomst wel te garanderen?

#### Antwoord 10

Zowel in verschillende debatten als in diverse brieven ben ik ingegaan op de achtergronden ten aanzien van de opvangproblematiek. Dit is een dagelijkse opgave en brengt ook uitdagingen met zich mee op andere terreinen.

Desalniettemin ben ik van mening dat de medische zorg voor asielzoekers in de regel voor asielzoekers is geborgd. Met een hogere instroom, de daarmee samenhangende behoefte aan opvangcapaciteit en de krapte op de arbeidsmarkt zal de druk op de medische zorg voor asielzoekers naar verwachting niet minder worden.