

Vergaderjaar 1998–1999

19 637

Vluchtelingenbeleid

Nr. 452

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 1999

Deze brief stelt u op de hoogte van de stand van zaken rond het Koppelingsfonds en informeert u over **het beleid inzake monitoring van de gezondheidszorg aan vreemdelingen zonder wettig verblijf**.

1. Koppelingsfonds

Het Koppelingsfonds is door de Stichting Koppeling opgericht met als doelstelling het bieden van financiële compensatie aan artsen en hulpverleners die medisch noodzakelijke zorg hebben geboden aan onverzekerde vreemdelingen zonder wettige verblijfsstatus. Het fonds is op 1 juli 1998, tegelijk met de invoering van de z.g. Koppelingswet, operationeel geworden. Het Koppelingsfonds is niet in de Koppelingswet zelf geregeld maar kan worden beschouwd als een randvoorwaarde bij het invoeren van die wet. Hoewel de problematiek van onverzekerde vreemdelingen al voor de komst van de Koppelingswet tot problemen leidde was de verwachting dat de Koppelingswet tot een aanzienlijk verscherping van deze problematiek zou leiden. Om de gevolgen voor de zorgverleners te verzachten is een Koppelingsfonds noodzakelijk. Vanuit de begroting van het Ministerie van VWS is voor het Koppelingsfonds per jaar een bedrag van f 11 mln beschikbaar.

Vanwege het grote belang dat tijdens de parlementaire behandeling aan het adequaat functioneren van het Koppelingsfonds werd gehecht is afgesproken om na één jaar uw Kamer te informeren over de stand van zaken. De zeer korte verslagperiode legt overigens beperkingen op aan de conclusies die kunnen worden getrokken. Het gaat nog om indrukken en signalen.

Karakter Koppelingsfonds

De gezondheidszorg neemt in de Koppelingswet een bijzondere plaats in. Ook binnen de gezondheidszorg moet de Koppelingswet worden

uitgevoerd. Dat betekent dat de uitvoerders van de sociale ziektekostenverzekeringen erop moeten toezien dat vreemdelingen zonder wettig verblijf na 1 juli 1998 niet langer ingeschreven zijn in de bestanden en dat aan de controle op de rechtsgronden voor toetreden tot de sociale ziektekostenverzekeringen de toets van wettig verblijf wordt toegevoegd. De wijze waarop deze implementatie is verlopen zal naar voren komen in de evaluatie van de Koppelingswet en in de rapportage van de Ziekenfondsraad hierover.

Naast het afsluiten van de sociale ziektekostenverzekeringen voor vreemdelingen zonder wettig verblijf wordt van de gezondheidszorg verlangd dat zij aan iedereen, ongeacht wettige status of andere kenmerken, medisch noodzakelijke zorg blijft verlenen. De gezondheidszorg vormt daardoor samen met rechtshulp en onderwijs aan minderjarigen een van de publieke voorzieningen die een uitzondering vormen op de regel van de Koppelingswet dat het verblijf in Nederland van personen zonder wettig verblijf niet mag worden vergemakkelijkt door het gebruik van uitkeringen, verstrekkingen en subsidies. Artsen en hulpverleners in de gezondheidszorg zijn, zowel vanuit humanitair oogpunt als vanuit hun beroepsethiek, verplicht te allen tijden medisch noodzakelijke hulp te bieden. Bovendien is de Nederlandse staat, na ratificatie van een reeks internationale verdragen, ook verplicht deze uitzondering voor de gezondheidszorg te maken.

Het koppelingsfonds moet binnen deze gecompliceerde situatie met een beperkt budget enige financiële compensatie bieden aan artsen en hulpverleners. Tijdens de parlementaire behandeling van de Koppelingswet is al duidelijk gebleken dat de derving van inkomsten door zorgverleners een gevoelig punt vormt. Arts en hulpverlener moeten bij hun contacten met onverzekerde vreemdelingen niet alleen in overweging nemen dat zij in vele gevallen niet voor de door hen verleende behandeling zullen worden betaald, ook wordt van hen verlangd de afweging te maken of het om een medisch noodzakelijke behandeling gaat.

Tijdens de parlementaire behandeling is afgestapt van het aanvankelijke voornemen om de gezondheidszorg alleen open te stellen voor illegalen in het geval van medische zorg ter afwijking van acute levensbedreigende klachten. In plaats daarvan is gekozen voor de omschrijving medisch noodzakelijke zorg. Dit standpunt legt de beoordeling of medische hulp geïndiceerd en noodzakelijk is geheel bij de arts en hulpverlener. Dit schept op het eerste gezicht een heldere situatie. In feite is immers alle medische hulp die door erkende zorgverleners wordt geboden geïndiceerde hulp. Vrijwel alle zorg die in het verstrekkingenpakket van de sociale ziektekostenverzekeringen is opgenomen valt daaronder. Bij de afweging die arts en hulpverlener moeten maken speelt echter mee dat het hier een persoon betreft die geen uitzicht heeft op een zeker bestaan in Nederland. Dat maakt het verlenen van veel medische hulp problematisch.

De Stichting Koppeling en het Koppelingsfonds hebben zich in het afgelopen jaar dus voor een buitengewoon moeilijke problematiek geplaatst gezien. Bij de Stichting is veel expertise aanwezig over de problematiek van onverzekerden. Het is daarom ook de intentie van het Koppelingsfonds om meer dan alleen een mogelijkheid voor financiële compensatie te bieden. Men wil de knelpunten in de zorg aan onverzekerde vreemdelingen opsporen en de gezondheidszorg stimuleren om iets aan deze knelpunten te doen. Bovendien voorzagt het fonds een onbeheersbare declaratiestroom als het fonds rechtstreeks voor patiënten en hulpverleners toegankelijk zou zijn. Gelet op de problemen rond controle en verwerking hiervan zou zo'n opzet ook het gevaar inhouden dat het onverzekerd zijn voor ziektekosten wel erg aantrekkelijk zou worden. Deze overwegingen zijn terug te vinden in de werkwijze van het fonds.

Het Koppelingsfonds kan jaarlijks een beroep doen op een subsidie van de rijksoverheid van maximaal f 11 mln. De omvang van dit bedrag heeft voor de invoering van de Koppelingswet aanleiding gegeven tot veel kritiek. Het zou om een fractie van het werkelijk benodigde bedrag gaan. In de afgelopen korte aanloopperiode is deze vrees niet bewaarheid. Het is nog te vroeg om hier conclusies aan te verbinden. Eerst zullen de resultaten van monitoring en onderzoek moeten worden afgewacht. Gelet op de moeilijkheden die zich voordoen bij het verzamelen van betrouwbare gegevens is hiervoor de volle evaluatieperiode van drie jaar nodig.

Naast het feit dat het bestuur van het Koppelingsfonds zich steeds bewust is geweest van haar beperkte budget en daarom terughoudend heeft geopereerd vormt het gegeven dat algemene ziekenhuizen, die onder het regiem van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vallen, geen toegang hebben tot het fonds een belangrijke verklaring voor het bescheiden beroep dat tot nu toe op het fonds is gedaan.

De in het kader van de WTG gehanteerde richtlijn dubieuze debiteuren geeft algemene ziekenhuizen de mogelijkheid om met de financier afspraken te maken over oninbare rekeningen. Het gaat hierbij om afspraken vooraf voor de periode van een jaar. Deze korte periode stelt financiers en ziekenhuizen in staat om onverwachte ontwikkelingen tijdig te corrigeren. Omdat acute (EHBO, polikliniek) hulp en klinische verrichtingen veruit de kostbaarste medische zorg vormen scheelt dit aanzienlijk in het beroep dat op het fonds wordt gedaan.

Het fonds staat uitsluitend open voor subsidieverzoeken van artsen, hulpverleners en instellingen die gezondheidszorg aan onverzekerde vreemdelingen zonder wettig verblijf bieden. Hierbij is geen sprake van een declaratierelatie. Het fonds neemt uitsluitend aanvragen in behandeling die op regionaal niveau zijn opgesteld. Een instelling, doorgaans een GGD, dient namens een samenwerkingsverband een subsidieaanvraag in. Het gaat daarbij om een geverifieerde schatting van de kosten die het komend jaar op grond van historische gegevens zijn te verwachten. Aan deze kosten wordt de eis gesteld dat het gaat om knelpunten. Een knelpunt ontstaat wanneer sprake is van een onaanvaardbaar verlies van inkomsten en/of een schadelijk gevolg voor de reguliere patiëntenzorg. Onderdeel van de subsidieaanvraag vormt ook een toelichting op de wijze waarop in de toekomst met een knelpunt zal worden omgegaan. Het bestuur van het Koppelingsfonds beoordeelt de aanvragen na advies van een commissie van deskundigen te hebben ingewonnen. Vervolgens wordt het subsidie vastgesteld. De stichting dient op grond van het totaal van door haar goedgekeurde subsidies een subsidieaanvraag in bij het ministerie van VWS. Na toekenning van dit jaarlijks subsidie keert het Koppelingsfonds de goedgekeurde bedragen uit aan de instellingen die de samenwerkingsverbanden representeren. Deze instellingen verdelen het bedrag vervolgens weer over de partners in het samenwerkingsverband. Het ministerie van VWS gaat in de aanloopfase van het fonds soepel om met de verschillen tussen bevoorschotte en afgerekende bedragen. Het fonds mag deze verschillen behouden voor toekomstige aanvragen.

Nadere beschouwing

Het Koppelingsfonds is dus niet rechtstreeks toegankelijk en kent een getrapte procedure. Bovendien is geen sprake van vergoeding van alle gemaakte kosten. Voor de toegekende aanvragen geldt bovendien dat naar rato van het beschikbare budget wordt uitgekeerd. Voorts gaat het fonds uit van regio's waar de problematiek manifest is en waar hulpverleners en instellingen samenwerken. Het fonds heeft hiermee gekozen voor een moeizame en geleidelijke weg die echter het grote voordeel

heeft dat het veld wordt gedwongen om samen te werken en om de problematiek in kaart te brengen en structureel te benaderen. Het bestuur van het fonds heeft het zich met deze benadering niet gemakkelijk gemaakt. Tijdens de parlementaire behandeling is met deze werkwijze ingestemd omdat de verwachting gerechtvaardigd is dat zo een ontwikkeling zal worden ingezet waarbij per regio de knelpunten zullen worden aangepakt. Gelet op de grote verschillen in vraag en aanbod per regio vormt de regionale benadering het enig juiste vertrekpunt.

Een ander positief element in de werkwijze van het fonds vormt het niet primair stellen van de financiële compensatie. Er is ook aandacht voor de context: wat zijn de knelpunten en welke oplossingen heeft men daarvoor ontwikkeld. Ook de beperking, dat er sprake moet zijn van een aanzienlijke belasting van zorgverlener en/of zorg, voordat er over een structureel probleem kan worden gesproken, zal op termijn vruchten afwerpen.

Deze procedure is natuurlijk wel ingewikkeld. Het dwingt het bestuur van het Koppelingsfonds tot het in hoog tempo ontwikkelen van objectieve criteria voor het beoordelen van zeer uiteenlopende aanvragen. Ook hiervoor geldt dat de kost voor de baat uitgaat. Op deze wijze ontstaat toch een zekere eenheid in het vaststellen van moeilijk grijpbare begrippen als overbelasting van hulpverleners. Tot slot bevatten de subsidieaanvragen aan het Koppelingsfonds een schat aan gegevens over het beroep dat door illegalen op de gezondheidszorg wordt gedaan. Bij het onderzoek naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en naar de verbetering van monitoring kunnen deze gegevens een grote rol gaan spelen.

Voorlichting

De realiteit gebiedt te erkennen dat er nog de nodige verwarring en onduidelijkheid over het Koppelingsfonds bestaat. Daarvoor is een aantal redenen aan te geven. Hiervoor is reeds aangegeven dat de positie, waarin de gezondheidszorg zich bevindt door de aanwezigheid van onverzekerde vreemdelingen in Nederland, gecompliceerd is. Het is uit het oogpunt van voorlichting een moeilijk uit te leggen verhaal. Met name op het niveau van de individuele hulpverlener moet de rol van de gezondheidszorg nog worden verduidelijkt.

Het feit dat tot op heden geen incident met voor de patiënt fatale afloop is gemeld illustreert wel dat arts en hulpverlener nog steeds op de eerste plaats zorg verlenen en daarna pas kijken naar de financiële afwikkeling van de behandeling.

Een belangrijke conclusie is echter dat de voorlichting geïntensiveerd en verbeterd moet worden. De Stichting Koppeling zal hierbij een veel actievere rol moeten gaan vervullen.

Het Koppelingsfonds is met name bedoeld om inkomstenderving door de eerstelijnszorgverlener te compenseren. Hier blijkt dat de schaduwzijde van de gekozen gedegen benadering door het Fonds is dat *de regeling als ingewikkeld en verwarrend wordt ervaren*. Dit leidt in de praktijk tot veel vragen over de wijze waarop men een beroep op de middelen van het fonds kan doen.

Hier ligt een belangrijke taak voor de Stichting Koppeling. In het afgelopen jaar heeft men gelet op het beperkte budget, de onbekendheid van de omvang van de problematiek en de wens om de beschikbare middelen zoveel mogelijk te doen toekomen aan de gezondheidszorg voor onverzekerden zelf, bewust gekozen voor een low profile en zo weinig mogelijk overhead. Op het punt dat nu is bereikt in de aanloop van het Koppelingsfonds kan deze opstelling worden genuanceerd. Van het

Koppelingsfonds kan nu een actieve voorlichting worden gevraagd en een meer stimulerende rol in het opzetten van samenwerkingsverbanden in regio's waar die nog ontbreken. In het overleg tussen departement en het bestuur van de Stichting wordt deze zienswijze momenteel verder uitgewerkt. Met name het bevorderen van de komst van meer samenwerkingsverbanden heeft prioriteit. De indruk bestaat dat de gang van zaken in regio's waar relatief veel vreemdelingen zonder wettig verblijf aanwezig zijn, redelijk is te noemen. De lastigste problemen doen zich daar voor waar hulpverleners en instellingen slechts sporadisch in contact komen met onverzekerde vreemdelingen.

Conclusie

Onder voorbehoud vanwege de korte periode waarop nu kan worden teruggekeken kan worden vastgesteld *dat de sombere verwachtingen over het Koppelingsfonds niet zijn bewaarheid.*

Hier is voorzichtigheid geboden omdat er meer aan de hand is dan nu via signalen bekend is. De verslagen en werkplannen van het Koppelingsfonds en de resultaten van monitoring en onderzoek zullen hier in de toekomst een beter gefundeerd beeld van geven.

Het Koppelingsfonds *heeft in het eerste jaar ondanks de vele problemen goed gefunctioneerd.* De werkwijze van het fonds verdient waardering vanwege de gekozen regionale benadering en het accent op structurele knelpunten en de oplossing daarvan.

De aanloopperiode sinds het in werking treden van de Koppelingswet geeft een groei van het aantal samenwerkingsverbanden te zien die nog steeds doorzet.

In de tweede helft van 1998 dienden twaalf regionale samenwerkingsverbanden bij het Koppelingsfonds subsidieaanvragen in. Het Fonds ontving hiervoor f 2,5 mln subsidie uit de rijksbegroting. Voor 1999 hebben vijftien regionale samenwerkingsverbanden voor ruim f 5 mln aanvragen ingediend.

Na één jaar is duidelijk dat het bestaan en werkwijze van het Koppelingsfonds zonder terughoudendheid via een actief voorlichtingsbeleid onder de aandacht van het veld moeten worden gebracht.

Het Koppelingsfonds moet meer anticiperend optreden bij onderdelen van de gezondheidszorg die met onverzekerde vreemdelingen te maken krijgen maar de weg naar het fonds nog niet hebben gevonden. Een voorbeeld vormt de zorg rond zwangerschap en geboorte.

Tot besluit verdient het bestuur van de Stichting Koppeling alle waardering voor de wijze waarop zij in het moeilijke eerste jaar van het Koppelingsfonds met beperkte tijd en middelen het fonds verder heeft uitgebouwd.

2. Monitoring

Tijdens de parlementaire behandeling van het wetsontwerp Koppelingswet bleek bij alle betrokkenen de behoefte te bestaan om over meer en betrouwbaarder gegevens te kunnen beschikken. Het debat over gezondheidszorg en illegalen behoort idealiter aan de hand van feiten te worden gevoerd.

Het blijkt dat er weinig gegevens zijn verzameld over de *zorg* aan illegalen. Bovendien zijn de beschikbare cijfers moeilijk te interpreteren. Ook over de *gezondheidstoestand* van illegalen is weinig bekend. Door de positie van illegalen in de Nederlandse samenleving is het bijzonder moeilijk om gegevens over deze groep te verkrijgen.

Om discussie en beleid een beter empirisch fundament te geven is het noodzakelijk om de monitoring op dit punt te verbeteren. In het vervolg van deze brief informeer ik u over het beleid dat hiervoor is uitgezet.

Stand van zaken

Monitoring veronderstelt een continue activiteit, die na verloop van tijd een groeiende hoeveelheid informatie over een onderwerp oplevert en trends zichtbaar maakt. Gelet op de bijzondere kenmerken van illegalen hebben de Landelijke Vereniging van GGD'en en het Ministerie van VWS in 1998 aan TNO Preventie en Gezondheidszorg gevraagd om een kort onderzoek uit te voeren naar de *haalbaarheid van monitoring* van de gezondheidszorg en illegalen.

Uit dit onderzoek bleek dat monitoring van illegalen onvermijdelijk beperkingen zal kennen. Illegalen zullen niet snel een beroep op gezondheidszorg doen. Daardoor blijft het feitelijke aantal contacten met de zorg relatief laag en zal de in deze contacten gevonden morbiditeit geen goede weerspiegeling bieden van de totale ziektelast onder illegalen. De invloed van de Koppelingswet op het hulpzoekgedrag van illegalen is onduidelijk. Wanneer de drempel naar de gezondheidszorg hoger wordt zou het afnemen van het aantal contacten onterecht de indruk kunnen wekken dat de gezondheidsproblemen afnemen.

Om een beter inzicht te krijgen in de *stand van de epidemiologische kennis* over de gezondheidstoestand van illegalen is aan de Dienst Informatie en Analyse (DIA) gevraagd om na te gaan wat er in kwantitatieve zin bekend is over een aantal aspecten van de gezondheidstoestand van illegalen (tuberculose, zwangerschap, abortus, spoedeisende hulp, algemene gezondheidstoestand en sterfte).

Het DIA-rapport bevestigt dat er in kwantitatieve zin weinig bekend is over de gezondheidstoestand van illegalen. Alleen voor tuberculose (ca. 50 gevallen per jaar) en abortus (ca. 250 gevallen per jaar) is een *landelijke* schatting bekend.

Over de algemene gezondheidstoestand van illegalen, zijn in twee grote steden gegevens op basis van schriftelijke enquêtes onder huisartsen en in twee grote steden (met name Amsterdam) kwantitatieve registratiegegevens uit een beperkt aantal huisartspraktijken beschikbaar. Deze geven een schatting van het aantal gepresenteerde klachten onder onverzekerden en/of illegalen en een zeer globale indruk van het ziektepatroon en de ernst van aandoeningen in vergelijking met de algemene bevolking. Over spoedeisende gezondheidsproblemen, zoals gemeten aan de hand van het zorggebruik zijn slechts zeer fragmentarische gegevens beschikbaar. Er is geen duidelijke empirische schatting van het aantal zwangerschappen onder illegalen. Over sterfte onder illegalen zijn in het geheel geen gegevens beschikbaar.

De beschikbare gegevens laten al met al géén, of slechts voor een enkele aandoening en dan nog met veel onzekerheden omgeven, antwoord toe op de vraag of de gezondheidsproblemen van illegalen *omvangrijker, ernstiger of anders van aard* zijn dan die van de algemene Nederlandse of autochtone bevolking.

Voorts heeft DIA beschreven monitoring- en onderzoeksactiviteiten ondernomen worden door de GGD-en in de vier grote steden.

Het DIA-rapport vat de monitoring van de GGD'en van de vier grote steden als volgt samen.

De monitoring-activiteiten, die de GGD-en in de vier grote steden uitvoeren, verschillen sterk van elkaar en zijn in twee steden (Rotterdam en Utrecht) beperkt tot eenmalige enquêtes onder een aantal zorgvoorzieningen. De Haagse GGD heeft begin 1997, mede in verband met het tot stand komen van het Koppelingsfonds, een half jaar lang een pilot registratie-onderzoek onder enkele huisartspraktijken uitgevoerd naar de zorg aan onverzekerde illegalen. De Amsterdamse GG&GD kent de langste traditie en voert al een aantal jaren onder diverse zorgvoorzieningen in de basisgezondheidszorg en in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg een registratie-onderzoek uit naar de zorgverlening aan onverzekerden.

De onderzoeksactiviteiten van de GGD-en zijn gebaseerd op twee motieven: de algemene taak van GGD-en om de gezondheidstoestand van de bevolking te monitoren en de directe hulpverlenende en preventieve taken die de GGD-en op een aantal terreinen uitvoeren.

Overzicht GGD-onderzoeken naar zorggebruik (en/of gezondheidstoestand) van onverzekerden/illegalen

| | Amsterdam (ERK98) | Rotterdam (LIE94) | Utrecht (EPE97) | Den Haag (MAA98) |
|-------------------------------------|--|---|---|---|
| Doelgroep onderzoek | onverzekerden | illegalen | onverzekerde illegalen | illegale onverzekerden |
| Huisartsen/specifieke voorzieningen | 3 onderzoeken vanaf 1988; peilstations vanaf 1995; vooral Witte Jas en Kruispost | enquête alle huisartsen in 1994 | enquête alle huisartsen in 1996/97 | peilstations oktober 1996-april 1997 |
| Wat is via huisartsen onderzocht? | Patiëntengroep consulten klachten/diagnoses | patiëntengroep consulten gezondheidsproblemen verwijzingen financiering registratievorm | patiëntengroep consulten gezondheidsproblemen verwijzingen financiering problemen hulpverlening hulpzoekgedrag zwangerschap | patiëntengroep consulten diagnoses vervolgtraject kosten therapie (problemen hulpverlening) |
| Vroedvrouwen | peilstations | niet onderzocht | enquête alle vroedvrouwpraktijken | niet onderzocht |
| Ziekenhuizen (incl. EHBO) | registraties | interviews (financieel gericht) | interviews | niet onderzocht |
| Basisgezondheidszorg | diverse registraties | niet onderzocht | interviews | niet onderzocht |
| Ziekenfondsen | niet onderzocht | interviews | interviews | niet onderzocht |
| Sociale dienst | niet onderzocht | analyse aanvragen | niet onderzocht | niet onderzocht |

Uit de tabel blijkt allereerst dat de onderzoeksactiviteiten zich in één geval (met name in het monitoring-project in Amsterdam) meer op onverzekerden richten (waarvan illegalen dan een subgroep vormen) en in de andere gevallen (met name in enquête-onderzoek) meer op illegalen.

De volledige rapportage van DIA is als bijlage bij deze brief gevoegd en is ter inzage beschikbaar in de bibliotheek van de Tweede Kamer. In deze brief keren een aantal conclusies en relevante passages uit dit rapport terug.

Beleidsvoornemens

Om nog binnen de evaluatietermijn van de Koppelingswet door monitoring een beter inzicht te verkrijgen in de gezondheidstoestand van illegalen is gekozen voor twee sporen.

- a. Onderzoek:
 - Het TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) voert het onderzoek *Toegankelijkheid voor illegalen van de Nederlandse gezondheidszorg* uit. Doel ervan is om snel informatie te krijgen over knelpunten in de

toegang naar de zorg. Gelet op de beperkingen die voor onderzoek naar illegalen gelden zal naast het verzamelen van gegevens veel gebruik worden gemaakt van de kennis van personen die bij de zorg aan illegalen zijn betrokken om een interpretatie van de cijfermatige resultaten mogelijk te maken. TNO/PG zal haar onderzoek in april 2000 afronden.

- Het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) zal in opdracht van VWS in september beginnen met een onderzoek dat 22 maanden zal duren en zich richt op de poort van de gezondheidszorg. Het doel is om inzicht te krijgen in de wijze waarop huisartsen, verloskundigen en afdelingen spoedeisende hulp met zorgverlening aan illegalen omgaan. Een tijdelijke registratie van gezondheidsklachten van illegalen die de huisarts consulteren in een aantal huisartsenpraktijken in en buiten de grote steden maakt hier onderdeel van uit.

b. Monitoring:

Naast deze onderzoeken wordt getracht om de monitoring te verbeteren. Door de bijzondere positie, die illegalen in de Nederlandse samenleving innemen is het duidelijk dat ook het beschikken over gegevens over de gezondheidstoestand van deze groep van belang is. De verantwoordelijkheid voor de bescherming van de algemene gezondheidssituatie en de humanitaire plicht om personen – die geen of weinig beroep doen op de gezondheidszorg, niet in de steek te laten – noodzaakt tot het actief verzamelen van gegevens. Informatie over de gezondheidstoestand van illegalen kan ook relevant zijn voor inzicht in de knelpunten in het zorgaanbod. Het is duidelijk dat de wens om betrouwbare informatie over de gezondheidstoestand van illegalen te verkrijgen door epidemiologisch onderzoek niet eenvoudig te realiseren zal zijn. Dit komt door:

- de grote onzekerheid over het aantal illegalen en de sociaal-demografische samenstelling (*de epidemiologische noemer*) van deze groep;
- het grote aantal gezondheidsklachten (en zorgvoorzieningen) waarnaar gekeken kan worden (*de epidemiologische teller*).
- het verschil in hulpzoekgedrag tussen illegalen en ingezetenen: er zijn veel aanwijzingen dat illegalen langer wachten met het zoeken van hulp waardoor de klachten ernstiger zijn.

Bij het beleid over monitoring wordt gebruik gemaakt van de voorstellen inzake een monitoringstrategie die in het DIA-rapport zijn ontwikkeld.

Voor een monitoringstrategie, zal vooral aansluiting worden gezocht bij die instanties, die het continu en systematisch volgen van onverzekerden reeds tot hun taak rekenen. Het gaat daarbij vooral om de GGD'en in met name de grote steden. Zij hebben de algemene taak om de gezondheidstoestand van de bevolking te monitoren en hebben directe hulpverlenende en preventieve taken op een aantal terreinen.

Om een beter beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van illegalen is het van belang om voor de toekomst te kiezen voor het goed monitoren van een beperkt aantal gezondheidsaspecten. Dit verdient de voorkeur boven het fragmentarisch volgen van veel gezondheidsaspecten. De vraag op welke gezondheidsaspecten (en op welk doel) de monitoring zich zal richten zal in het overleg met GGD'en aan de orde komen.

Bij het nadenken over monitoringstrategie voor de gezondheidstoestand van illegalen past overigens bescheidenheid. Omdat illegalen zo veel mogelijk uit de Nederlandse samenleving worden geweerd zullen zij, als zij hulp zoeken, dit zoveel mogelijk doen zonder hun illegaliteit bekend te maken. Het monitoren van de gezondheidstoestand van een dergelijke «niet gewenste» groep kan wel verbeterd worden, maar zal daardoor altijd met veel onzekerheden omgeven blijven.

3. Tot slot

Deze brief komt op een moment waarop de problematiek rond illegalen nog voor veel vragen en opwinding zorgt. Het Koppelingsfonds verkeert nog in een aanloopfase waarin vooralsnog het verbeteren van de voorlichting over haar werkwijze grote prioriteit heeft. Monitoring is een onderwerp voor de langere termijn. In samenspraak met vooral de GGD'en van de vier grote steden dienen hier keuzen en afspraken te worden gemaakt. Het onderzoek dat tijdens de evaluatieperiode van de Koppelingswet wordt uitgevoerd naar knelpunten in de gezondheidszorg voor illegalen biedt uitzicht op meer duidelijkheid over wat er zich aan de poort van de gezondheidszorg afspeelt wanneer zich daar illegalen aanmelden.

Het is mijn voornemen uw Kamer periodiek te informeren over de informatie die uit onderzoek en monitoring beschikbaar zal komen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers