

Vergaderjaar 2008–2009

29 344

Terugkeerbeleid

## Nr. 70

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van de Camp (CDA), De Wit (SP), Van der Staaij (SGP), Arib (PvdA), ondervoorzitter, De Pater-van der Meer (CDA), voorzitter, Çörüz (CDA), Joldersma (CDA), Gerkens (SP), Van Velzen (SP), Van Vroonhoven-Kok (CDA), De Krom (VVD), Azough (GroenLinks), Timmer (PvdA), Griffith (VVD), Teeven (VVD), Verdonk (Verdonk), De Roon (PVV), Pechtold (D66), Heerts (PvdA), Thieme (PvdD), Kuiken (PvdA), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Van Toorenburg (CDA) en Anker (ChristenUnie).  
Plv. leden: Sterk (CDA), Langkamp (SP), Van der Vlies (SGP), Smeets (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Jager (CDA), Jonker (CDA), Roemer (SP), Jan de Vries (CDA), Weekers (VVD), Halsema (GroenLinks), Dijsselbloem (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Van Miltenburg (VVD), Zijlstra (VVD), Fritsma (PVV), Koşer Kaya (D66), Gill'ard (PvdA), Ouwehand (PvdD), Spekman (PvdA), Bouchibti (PvdA), Van Haersma Buma (CDA) en Slob (ChristenUnie).

<sup>2</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), Jan de Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (ChristenUnie) en Sap (GroenLinks).  
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéris (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (ChristenUnie), Halsema (GroenLinks) en De Wit (SP).

## VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 28 januari 2009

De vaste commissie voor Justitie<sup>1</sup> en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>2</sup> hebben op 16 december 2008 overleg gevoerd met staatssecretaris Albayrak van Justitie over:

- **de brief van de staatssecretaris van Justitie d.d. 26 februari 2008 over nieuwe aanpak na de opzegging van raamovereenkomst COA en GGZ Nederland, medische opvang asielzoekers (29 689, nr. 179);**
- **de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 november 1998 met een verslag van een schriftelijk overleg over de nieuwe aanpak na de opzegging van de raamovereenkomst COA en GGZ Nederland, medische opvang asielzoekers (29 689, nr. 229).**

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

**Voorzitter: Arib**  
**Griffier: Beuker**

## Vragen en opmerkingen uit de commissies

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. De hamvraag van dit debat is: wordt de medische opvang asielzoekers nu ontmanteld of niet? Het theoretische uitgangspunt van de uitwerking van het nieuwe voorstel is dat de asielzoeker hetzelfde aanbod moet hebben als de andere inwoners van dit land. Ik vind dat een onzinnig uitgangspunt. Iedereen die zich met hart en ziel inzet voor de medische zorg voor asielzoekers, weet dat. Moet niet het uitgangspunt zijn dat de asielzoeker de vorm van zorg krijgt die past bij zijn of haar situatie, omstandigheden en mogelijkheden en dat de toegang gewaarborgd is zoals voor ieder ander? In de zorg heeft iedereen de mond er vol van dat de patiënt centraal moet staan. Hoewel het steevast wordt ontkend, lijkt achter deze voorstellen een bezuinigingsagenda schuil te gaan. Het Centraal orgaan opvang asielzoekers (COA) wil af van de zorg op zijn terreinen. Waarom? Wat is er mis met goede zorg op de centra? Ik wil ingaan op vier aspecten: de invoeringstermijn, de gevolgen voor het personeel, de geboden zorg en de toegankelijkheid. Wat gaat er nu precies gebeuren op 1 januari 2009 met de zorgverlening

aan de asielzoeker? Het is nu half december en er is nog erg veel onduidelijk. De vacatures zijn nog niet ingevuld. Er zijn 80 vacatures voor de praktijkondersteuning voor huisartsen; zeven contracten zijn mondeling afgesloten. Zo zijn de berichten van vandaag. Hetzelfde geldt voor de doktersassistenten en de huisartsen. Ook de contracten die moeten worden afgesloten en die op 1 januari aanstaande zouden moeten ingaan, zijn nog niet allemaal getekend. Hoe kan de staatssecretaris de zorg vanaf 1 januari garanderen als een ander nu nog zo onduidelijk is? Kan zij bijvoorbeeld garanderen dat de contracten voor de kerst wel allemaal zijn getekend? Is het niet verstandig de invoeringstermijn uit te stellen om brokken te voorkomen? De zaken zijn immers nog niet op orde. De staatssecretaris is ervoor verantwoordelijk dat de invoering van deze nieuwe zorgstructuur goed verloopt en dient te voorkomen dat daaruit calamiteiten voortvloeien. Ons voorstel is om de operatie drie maanden uit te stellen zodat aan een betere overgang kan worden gewerkt. Als de staatssecretaris daartoe niet bereid is, wil zij dan wel de achtervang goed borgen? Zoals het nu gaat, lopen wij veel risico's.

Dan kom ik op het huidige personeel bij de medische opvang asielzoekers (MOA). Moet hier niet het principe «mens volgt werk» gelden? Er moet ook goed naar de menselijke kant worden gekeken. Zorgverzekeraar Menzis heeft aangegeven niet al het personeel over te kunnen nemen door het beperkte budget. Erkent de staatssecretaris dat sprake is van een bezuiniging bij de nieuwe gunning? Hoe zit het met de zorgverlening tijdens de kerstdagen? Is de vrees terecht dat de praktijkverpleegkundigen die ontslagen zijn, massaal hun vakantiedagen gaan opnemen? Klopt het dat er nog geen contact is geweest met het Meldpunt Asielzoekers met psychische problemen (MAPP)? Hoe wordt de zorg aan asielzoekers met psychische problemen gewaarborgd?

Het is de bedoeling dat de zorg niet meer op het terrein zelf wordt gegeven. Ik spreek nu over de curatieve zorg. In het begin nog wel, maar later niet meer. Wat is hiervan de reden? Functioneerde het huidige stelsel niet goed? Kan de staatssecretaris aangeven wat daar mis mee was? De verpleegkundige op het centrum speelt een cruciale rol. Zo is zij bijvoorbeeld een filter voor zorg. Het is niet goed voor te stellen dat de toekomstige praktijkondersteuner van de huisarts dat allemaal kan behappen op de huisartsenpraktijk. Is het niet evident dat wij spreken over een bijzondere groep in bijzondere omstandigheden die een bijzondere aanpak vergt? Wij hebben toch niet voor niets asielzoekerscentra? Hoe zit het overigens met de privacy als asielzoekers medische vragen stellen aan het niet medisch COA-personeel? Kan de staatssecretaris aangeven hoe de aansprakelijkheid en de verantwoordelijkheid op dit vlak zijn? Het gewone personeel van het COA valt immers niet onder de Wet BIG en het toezicht van de inspectie. Hoe lost de staatssecretaris dit op? Hoe borgt zij een goede toegankelijkheid en toegeleiding?

Het aantal huisartsen dat wordt gecontracteerd of dat men wil contracteren, verandert niet. Het aantal verpleegkundigen en het administratief personeel worden echter fors gereduceerd. Dat vind ik heel erg raar. Met hoeveel wordt die formatie dan gereduceerd en waarom gebeurt dat? Hoe kun je met zoveel minder mensen dan toch dezelfde kwaliteit leveren? Hoeveel uren per dag en per week zijn de MOA-medewerkers thans bereikbaar op het centrum en wat zal dat na 1 januari zijn? Is het bijvoorbeeld juist dat er nu 3,2 fte op 400 bewoners is en dat dit per 1 januari 2009 nog maar 1,8 fte is? Ik spreek nu over de curatieve zorg. Hoe kan de staatssecretaris dan zeggen dat de zorg gegarandeerd wordt? Een telefoonlijn en een landelijke centrale zullen het gebrek aan direct contact met de mensen, ofwel de zorg dichtbij, niet kunnen vervangen. Graag hoor ik hierop de reactie van de staatssecretaris. Dit moet toch ten koste gaan van de bereikbaarheid?

Ook zetten wij vraagtekens bij de tolkentelefoon. Het is niet goed voorstelbaar dat een asielzoeker die belt en die geen Nederlands spreekt, direct

een tolk aan de lijn krijgt die zijn taal spreekt. Hoe gaat de staatssecretaris dit garanderen? Hoe gaat zij om met alle kennis en protocollen die er thans zijn? Blijven die protocollen behouden en hoe wordt de kennis van de huidige MOA-medewerkers behouden? Blijft de expertise die is opgebouwd, behouden? Wie gaat zich bezighouden met de toekomstige ontwikkeling van de MOA-zorg? Kan de staatssecretaris aangeven hoeveel de MOA-zorg kost die Menzis gaat leveren en wat de kosten waren onder regie van de VGZ?

Mijn fractie wil de garantie van de staatssecretaris dat de zorg aan asielzoekers niet in gevaar komt per 1 januari. Krijgen wij deze garantie niet of onvoldoende, dan willen wij een motie indienen waarin de regering wordt verzocht de overname uit te stellen.

De heer **Van de Camp** (CDA): De heer van Gerven merkt op dat er wellicht een aantal open einden is omdat op 1 januari nog niet alles goed is geregeld. Dat kan ik begrijpen, maar hij wekt bij mij de indruk dat hij het geheel weer ter discussie wil stellen. Met deze operatie zijn wij nu twee jaar bezig. Er is een Europese aanbesteding geweest en er is een hele hoop «bureaucratie» geweest. Wat wil de heer Van Gerven nu eigenlijk? Wil hij ervoor zorgen dat het doorgaat en dat een en ander fatsoenlijk wordt afgehecht of wil de SP alles bij het oude laten?

De heer **Van Gerven** (SP): Wij willen een goede zorg voor de asielzoekers, een goede toegang tot de huisartsenzorg en een goede begeleiding op de centra zelf. Dat is wat wij willen. Ik heb een half jaar geleden een debat gevoerd met mevrouw Ferrier van het CDA. Zij zei dat het CDA ook voor een goede zorg op de centra zelf is. Die mocht niet verdwijnen; die moest worden geborgd. Dat vindt de SP ook. Wij zijn niet zo voor openbaar aanbesteden en dergelijke. Wij willen dat het COA en Menzis het goed regelen en dat de mensen op de centra met hun problemen bij praktijkverpleegkundigen terecht kunnen. Is toegeleiding naar een huisarts nodig of andere zorg, dan is dat daarmee goed geborgd en geregeld. Wij moeten die mensen niet in de kou laten staan.

De heer **Van de Camp** (CDA): Als ik de heer Van Gerven goed begrijp, wil hij het contract met Menzis per 1 januari 2009 laten ingaan, maar heeft hij een andere opvatting over de praktische uitwerking: waar wordt die zorg gegeven, in het centrum of bij de gewone dokter buiten het centrum?

De heer **Van Gerven** (SP): De invoering per 1 januari staat naar onze mening ter discussie. Wij horen dat de zaak niet op orde is. Wij willen daarom pleiten voor een uitstel. Veiligheid gaat voor snelheid. Bovendien zijn wij het niet eens met het uitgangspunt dat de zorg op de centra op termijn moet verdwijnen. Dat vinden wij niet haalbaar gelet op de problematiek van die mensen.

De heer **Van de Camp** (CDA): Voorzitter. Wij spreken over een dossier dat al lang loopt en dat, als het goed is, op 1 januari 2009 tot een afronding komt. In februari hebben wij schriftelijk overleg gevoerd. De collega's van de SP waren helaas niet in staat om daaraan deel te nemen, zij hebben er althans niet aan deelgenomen. In dat overleg heeft de staatssecretaris een groot aantal schriftelijke vragen beantwoord. Wij hebben toen geconstateerd dat het signaal op 1 januari 2009 op groen kan. Wat zijn nu de losse einden? Ik heb bijvoorbeeld een vraag over het maatschappelijk werk. Ik heb dezer dagen een mailtje gekregen waaruit blijkt dat de mensen van het maatschappelijk werk niet weten wat met het maatschappelijk werk op 2 januari gebeurt.

Hoe gaat de staatssecretaris dit volgen? De professionaliteit van het COA is ons bekend. Ik neem aan dat de staatssecretaris de uitvoering van het contract volgt en bekijkt wat goed gaat en wat fout gaat. In zoverre ben ik

het met de heer Van Gerven eens: medische zorg voor asielzoekers is een gevoelig onderwerp. Daarbij moeten wij de vinger aan de pols houden, maar ik ga niet zover als hij door nu te zeggen dat het moet worden opgeschort.

Wij hebben een mail gekregen van VluchtelingenWerk Nederland. Dat wordt altijd zeer gewaardeerd. Daarin stond de prachtige zin: slechts 80% van het personeel gaat over. Nou moet ik zeggen dat ik het voor deze markt een knappe prestatie vindt als bij reorganisaties of bij het opnieuw aanbesteden van contracten «slechts» 80% van het personeel overgaat en voor de overige 20% van het personeel een oplossing wordt gezocht.

Wat ons betreft gaan wij door. Laten wij niet opnieuw verwarring scheppen. Hierover is uitgebreid gesproken. Ik heb eigenlijk drie vragen: hoe volgt de staatssecretaris dit, wat is er aan de hand met maatschappelijk werk en is er nog iets meer te zeggen over de mensen die nu nog geen contract hebben gekregen?

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Ik ben het met het CDA eens dat verandering noodzakelijk is. Ook bij GroenLinks is er draagvlak voor een nieuw systeem. De «losse eindjes» mogen echter niet voor rekening komen van de asielzoekers in de centra. Ik neem aan dat het CDA het daarover met mij eens is. Continuïteit van zorg moet gegarandeerd zijn. VluchtelingenWerk Nederland heeft vooral gesproken over de 20% die niet wordt overgenomen omdat zij vrezen dat daardoor gaten vallen. Daarover is de heer Van de Camp toch ook bezorgd?

De heer **Van de Camp** (CDA): Ik kan beide vragen van mevrouw Azough met «ja» beantwoorden. De ondertoon van haar vragen herken ik en daar ben ik het ook mee eens.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb andere signalen vernomen over de 80% die overgaat. Volgens mij is dit percentage veel lager. Dat heb ik ook in mijn cijfers aangegeven. Ik hoor graag van de staatssecretaris hoe dat precies zit. Vindt de heer Van de Camp niet dat voor deze 20% een oplossing moet worden gevonden in de zin van «mens volgt werk» of dat voor hen anderszins werk gevonden moet worden? Dat is een dure plicht.

De heer **Van de Camp** (CDA): Ik heb zelf aan de staatssecretaris gevraagd wat er met die 20% gebeurt, maar ik ga niet zover als de heer Van Gerven. In dat opzicht ben ik misschien iets realistischer. Ik ga ervan uit dat dit soort veranderingen van spijs, met een Europese aanbesteding, op een aantal punten pijn zal doen. Voor die mensen moet goed gezorgd worden, maar het gaat mij te ver om te eisen dat 100% in dezelfde functie over moet gaan.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Over dit onderwerp hebben wij enige keren gesproken. Het «dreigt» nu tot een afronding te komen. Ik ben hierover cynisch, voorzitter, omdat wij er nu toch weer een debat over hebben.

In de antwoorden op de schriftelijke vragen staat dat de staatssecretaris een aantal terugvalopties heeft indien een en ander niet per 1 januari rondkomt. Gaat het per 1 januari rondkomen? En wat zijn dan die terugvalopties? Het is sowieso wel handig om dat te weten. De staatssecretaris legt in haar antwoorden uit waarom er geen pilots komen. Wij begrijpen dat dit niet gebeurt in verband met de uitvoerbaarheid van de contracten. Zij verwijst steeds naar een programma van eisen voor de curatieve zorg. Kan de Kamer daarover beschikken? Wij willen graag zien hoe dit programma is opgezet. Wellicht kan daardoor een aantal van onze vragen worden beantwoord.

Voor ons is het van belang dat wij ervoor zorgen dat het recht op zorg, dat iedereen heeft die in dit land legaal verblijft, goed wordt geregeld. De

mensen in de opvangcentra zijn in procedure. Daarmee zijn zij legaal in Nederland en daarmee komen zij in aanmerking voor reguliere zorg. Dat daarvoor gezien de complexiteit speciale zaken geregeld moeten worden, hebben wij met z'n allen onderkend. Ook anderen hebben er al naar verwezen. Wij moeten dat wel binnen de realiteit houden. Hoeft de zorg niet op het centrum plaats te vinden, dan zouden wij dat ook niet moeten willen.

De mensen die zich in de asielzoekerscentra bevinden, zijn in procedure, maar hoe gaat het eigenlijk met mensen die in een vertrekcentrum zitten? Die mensen willen wij toch niet naar een huisarts buiten het vertrekcentrum sturen? Zij zijn namelijk niet voor niks in dat vertrekcentrum: zij zijn daar om te vertrekken. Hoe gaat de staatssecretaris dat precies regelen? Valt dat onder dezelfde regeling?

Ik hoor verder graag hoe het precies zit met de resterende mensen, de 20% die de heer Van de Camp noemde.

De VVD wil dit debat afsluiten met: laten wij beginnen en kijken hoe het in de praktijk uitwerkt.

Hoe gaat de staatssecretaris dit monitoren en terugkoppelen naar de Kamer?

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Voorzitter. In de afgelopen jaren is GroenLinks niet altijd even enthousiast geweest over de beschikbare medische zorg voor asielzoekers. Hoewel je nooit kunt uitsluiten dat je met het wijzen op incidenten onrecht doet aan de vele gemotiveerde MOA's, hebben zich toch een aantal situaties voorgedaan die zorgelijk en soms zelfs levensbedreigend genoemd konden worden. Het systeem was daarbij inadequaat en bood niet de noodzakelijke zorg voor asielzoekers. Die indruk werd althans duidelijk gewekt. Dat was voor GroenLinks reden om in 2006 te zeggen dat het systeem onvoldoende deugde en dat verbetering nodig was. Ik ben er dan ook blij mee dat nu een aantal stappen lijkt te zijn gezet. Voor ons is de kern altijd geweest dat asielzoekers in AZC's recht hebben op precies dezelfde eerstelijnszorg als iedere andere Nederlander. Natuurlijk hebben wij daarbij oog voor de problemen van deze mensen: taalproblemen, geestelijke problemen, psychische problemen. De toegang tot de zorg moet echter gegarandeerd zijn. Dat betekent dat er geen barrières moeten zijn. De zorg zou daarom bijna linea recta toegankelijk moeten zijn als dat gewenst is. Praktische problemen moeten daarbij worden opgelost, of het nu gaat om taal of om vervoer.

Ik kijk even naar de stukken die op de agenda van dit algemeen overleg staan. Dat deze zorg linea recta toegankelijk is, blijkt daaruit nog duidelijk. Wij hebben niet meegedaan aan het schriftelijk overleg. Dat is voor kleine fracties nu eenmaal moeilijker. Ik heb wel veel waardering voor de goede vragen die door een aantal andere fracties zijn gesteld. Ik constateer echter dat de vragen in april zijn gesteld, dat de antwoorden pas in november zijn gegeven en dat die nog niet de helderheid bieden die je mag verwachten als je spreekt over de zorg. Ik maak mij dan ook enige zorgen over de overgang naar het nieuwe systeem. Deze moet toch binnen tien of twintig dagen tot stand zijn gekomen. Kunnen wij er wel helemaal op vertrouwen dat straks geen problemen ontstaan? Er mogen absoluut geen mensen tussen wal en schip vallen. Kan de staatssecretaris ons garanderen dat er geen problemen ontstaan in de overgangssituatie en hoe denkt zij deze garantie in te vullen?

In de schriftelijke antwoorden geeft de staatssecretaris aan dat zij geen brief met een concrete, volledige uitwerking wil sturen. Dat verbaast mij. Waarom is zij daartoe niet bereid? Ik verzoek de staatssecretaris daarom nu een aantal praktische, simpele vragen te beantwoorden.

Wat zijn nu precies de functies van al die verschillende mensen die een rol gaan spelen? Wat gaan de praktijkondersteuners nu precies doen? Wat is precies de functie van de niet medische gids? Wat gaat de praktijklijn inhouden? Wat is de betekenis van de inloopsprekuren? Dit is een voor-



lopige voorziening, maar wat moet ik mij daarbij voorstellen? Wat houdt het Centraal gezondheidscentrum nu precies in? In de schriftelijke antwoorden spreekt de staatssecretaris over een zorg van 24 uur per dag en zeven dagen per week, maar ik mag toch hopen dat de praktijklijn, het telefoonnummer dat beschikbaar wordt gesteld, vooral bedoeld is voor het maken van afspraken. Als wij op bezoek willen bij de dokter, moeten wij of naar het inloopspreekuur of een afspraak maken om op een van de dagen van de week op bezoek te komen. Ik neem aan dat die telefoonlijn niet bedoeld is om medische adviezen te geven. Dat zou ik zeer zorgelijk vinden. Graag hoor ik hierop concrete antwoorden. De functie van de niet medische gids vind ik redelijk helder. Ik vertrouw erop dat deze puur bestemd is voor het geven van antwoord op vragen zoals: waar zit de huisarts, hoe kom je er, wat is zijn telefoonnummer enz.

Ik hoor verder graag van de staatssecretaris dat het openbaar vervoer en de tolkenlijnen per 1 januari geregeld zijn en dat wij daar geen problemen mee zullen krijgen. Informatie over het gezondheidssysteem als zodanig en niet veel meer dan dat.

20% van de mensen die nu in het systeem werkzaam zijn, zullen daar straks niet meer werkzaam zijn. In hoeverre kunnen hierdoor problemen ontstaan?

Dit waren voor mijn fractie de belangrijkste vragen. Ik ben heel benieuwd naar het antwoord.

### **Voorzitter: Van de Camp**

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter. Wij debatteren hier vandaag niet zomaar. De afgelopen jaren heb ik over de zorg aan asielzoekers debatten mogen voeren, schriftelijke vragen gesteld en moties ingediend. Dit is gebeurd naar aanleiding van een aantal incidenten dat heeft plaatsgevonden. Indertijd was een belangrijk struikelpunt dat asielzoekers die plotseling ernstige medische klachten kregen, niet zomaar naar een arts konden. Zij hadden alleen via een praktijkverpleegkundige toegang tot een arts. Dat zegt niks over de kwaliteit van de praktijkverpleegkundigen, want die deden hun werk heel goed, maar het mag niet zo zijn dat deze verpleegkundige moet beoordelen of asielzoekers, die voor medische zorg verzekerd zijn, wel of niet naar een huisarts mogen gaan. Wij vonden en vinden het een grote verworvenheid dat de zorg voor iedereen toegankelijk is. Ook asielzoekers hebben recht op een goede toegang tot de zorg. Zij moeten gebruik kunnen maken van de eerstelijnszorg zonder tussenkomst van een verpleegkundige, net als iedere ingezetene van Nederland. Ik ben er blij mee dat dit met dit voorstel wordt geregeld.

Een ander belangrijk punt is de informatieoverdracht. Wij weten dat asielzoekers vaak verhuizen. Bij verhuizing of vertrek was de overdracht van medische informatie onvoldoende veilig en gedegen, met alle mogelijke gevolgen van dien. Ook dat wordt met dit voorstel geregeld. De jaren 2007 en 2008 zijn gebruikt om een nieuw zorgmodel voor asielzoekers te ontwikkelen. Het zorgcontract is gegund aan zorgverzekeraar Menzis, die dus vanaf 1 januari verantwoordelijk is voor de medische zorg aan asielzoekers. Op papier ziet het er goed uit: zeven dagen per week en 24 uur per dag bereikbare zorg gegarandeerd, inloopsprekuren, tolken, praktijkondersteuners onder regie van de huisarts en alle gegevens worden opgeslagen in een huisartseninformatiesysteem (HIS). Nu kan een asielzoeker rechtstreeks naar de huisarts, zoals dat voor iedere Nederlander geldt. Ook de informatieoverdracht via HIS lijkt goed en vooral veilig te zijn.

Er is echter niet voor niets aanleiding geweest om dit algemeen overleg te voeren. Volgens mij draait alles om twee vragen. Is de zorg voor asielzoekers per 1 januari 2009 werkelijk goed geregeld? Wat gebeurt er met het huidige personeel van de MOA en hoe wordt de opgebouwde exper-

tise bewaard? Daar wil ik graag van de staatssecretaris een antwoord op hebben. Is de zorg per 1 januari daadwerkelijk gegarandeerd?

Heeft Menzis voor de medische zorg iedereen voor 1 januari 2009 gecontracteerd? Ik wil graag de laatste stand van zaken vernemen. Gaat het inderdaad lukken voor 1 januari 2009?

Huisartsen spelen een centrale rol. Hoeveel huisartsen zijn gecontracteerd en zijn er voldoende huisartsen gecontracteerd? Krijgen zij hier extra voor betaald? In het verleden waren de huisartsen naar mijn mening niet zo happig op asielzoekers. Hoe wordt huisartsenzorg voor asielzoekers gegarandeerd? Hoe wordt gemonitord of huisartsenzorg voldoende is en voldoet aan alle kwaliteitscriteria? Zijn de huisartsen voldoende op de hoogte van de specifieke problemen van asielzoekers? Hoe zit het met het tarief voor de verloskundige? In het laatste debat dat de Kamer voerde met oud-minister Hoogervorst van VWS bleek dat huisartsen voor asielzoekers het dubbele tarief vergoed krijgen en niet zo veel asielzoekers zagen. Nu hoor ik dat de huisartsen een tarief van 250% krijgen, terwijl verloskundigen het achterstandstarief van 123% krijgen voor de hele cyclus van de verloskundigenzorg. Ik wil graag weten hoe dat kan. Waarom 250%?

Hoe zit het met de toegang tot de verloskundigenzorg? Het Nederlandse systeem is vrij uniek. Hoe wordt ervoor gezorgd dat asielzoeksters de juiste informatie en dezelfde toegang tot deze zorg hebben? Hoe voorkomen wij dat zwangere asielzoeksters te laat bij een verloskundige komen? Vorige week hebben wij een rapport ontvangen over babysterfte. Ook bij asielzoekers is dit een groot probleem. Zwangere asielzoeksters blijken volgens epidemiologisch onderzoek een veertien keer hogere kans te hebben om te sterven bij de bevalling. Hoe is hiermee rekening gehouden in de organisatie van de verloskundigenzorg voor asielzoeksters?

Er wordt door de MOA via mails gezegd – allerlei collega's hebben deze mails ontvangen en het werd ook vandaag duidelijk bij de aanbidding van de petitie – dat nog geen contract is afgestoten voor publieke gezondheidszorg. Hoe zit dit precies? Volgens mij is publieke gezondheidszorg gewoon een taak van de ggd. Waarom moet daar een apart contract voor komen?

Op welke wijze wordt voorzien in extern toezicht op het nieuwe zorgsysteem? Mijn collega's hebben al gevraagd om monitoring en om een evaluatie. Daarbij sluit ik mij aan. De zorgpartijen vallen onder het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Voor de niet medische gidsfunctie van het COA is niet voorzien in een toezichthouder. Op welke wijze wordt hierop toezicht gehouden? Het COA spreekt van een taskforce waarvoor het COA, Menzis en GGD Nederland heeft uitgenodigd. Is voorzien in de betrokkenheid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij deze taskforce?

**Voorzitter: Arib**

#### **Antwoord van de staatssecretaris**

Staatssecretaris **Albayrak**: Voorzitter. Het doet mij goed om zonder uitzondering alle aanwezige woordvoerders met veel aandacht en met compassie te horen spreken over de zorg aan asielzoekers. Die zorg is ook mijn zorg. Dat heeft te maken met de manier waarop wij de basisgezondheidszorg voor alle mensen in Nederland hebben geregeld. Aan de ene kant willen wij ook voor asielzoekers die nog procederen of uitgedeed zijn, de zorg openhouden. Aan de andere kant willen wij de betaalbaarheid van de zorg en het systeem als zodanig altijd tegen het licht houden, net zoals wij dat in de reguliere gezondheidszorg doen. De enige vraag die mij vandaag wordt gesteld is eigenlijk of met het nieuwe systeem dat per

1 januari ingaat, 1. de toegang en 2. de continuïteit en de kwaliteit van de zorg aan asielzoekers – curatief en publiek – zijn gewaarborgd. De wijze waarop de medische zorg wordt georganiseerd is aan het COA. Dat is een zbo. De staatssecretaris bemoeit zich niet met de bedrijfsvoering van het COA. De vragen die ik stel, zijn ook de vragen die de Kamerleden stellen: zijn de toegang en de continuïteit gewaarborgd? Gezien de stand van zaken van vandaag, 16 december 2008, kan ik zeggen dat dit het geval is. Uit alle contacten die ik heb met het COA en Menzis, maar ook uit de blik van de minister van Volksgezondheid, trek ik de conclusie dat invoering per 1 januari 2009 zorgvuldig kan plaatsvinden. In 1999 is het contract tussen GGD Nederland en de MOA-stichtingen getekend. Daarmee is de zorg aan asielzoekers anders georganiseerd dan de reguliere gezondheidszorg in Nederland. Sinds 1999 is wel het een en ander veranderd. Belangrijke wijzigingen hebben zich voorgedaan, zoals de toename van het aantal beschikbare huisartsen. Het kabinet heeft uitdrukkelijk uitgesproken dat de zorg aan asielzoekers zo veel mogelijk op een reguliere wijze moet worden georganiseerd. Het COA is gekrompen door een drastische terugloop van het aantal op te vangen asielzoekers sinds de invoering van de nieuwe Vreemdelingenwet. De overeenkomsten tussen GGD Nederland en de MOA-stichtingen waren daardoor echt aan een herziening toe. De Kamer heeft deze voortgang gevolgd en een aantal leden heeft de noodzaak tot verandering regelmatig onderstreept. Het COA heeft geprobeerd om met GGD Nederland verder te gaan en de bestaande contracten aan de nieuwe werkelijkheid aan te passen. Dat is niet gelukt. Vervolgens heeft het COA nagedacht over de vraag hoe het verder moest gaan. Het COA is met mijn instemming begonnen met het ontwikkelen van een visie op de gezondheidszorg aan asielzoekers. Deze visie is vervolgens onderworpen aan een breed haalbaarheidsonderzoek. Daarbij is met alle mogelijke partijen bekeken of het uitwerken van die visie haalbaar was. Uit deze consultatie kwam naar voren dat de voorgestelde uitgangspunten haalbaar werden geacht. Op basis daarvan is het COA verder gegaan met de offerteaanvraagprocedure en de Europese aanbesteding voor het curatieve deel. Afgelopen zomer is gebleken dat het contract kon worden gegund aan zorgverzekeraar Menzis. Ik zeg dit uitdrukkelijk omdat sommige leden hebben gevraagd waarom het zo lang duurt voordat er duidelijkheid en zekerheid is. Dat heeft dus met dit soort stappen te maken.

Menzis en het COA zijn vervolgens hard gaan werken aan de implementatie van de nieuwe organisatie van de medische zorg voor asielzoekers. Men is op dit moment zeer druk bezig met de werving van de nodige huisartsen, de praktijkondersteuners en de doktersassistenten. Deze werving door Menzis bevindt zich in de afrondende fase. Voor alle te vervullen vacatures zijn de gesprekken inmiddels gevoerd. Menzis heeft vandaag meegedeeld dat alle contracten binnenkort worden afgesloten. Menzis heeft verder aangegeven ook met het contracteren van de huisartsen op schema te liggen. Overigens wordt verwacht dat van alle praktijkondersteuners ongeveer 90% zal bestaan uit voormalige MOA-medewerkers. De kennis en de ervaring van de MOA-medewerkers blijft daarmee voor de zorg aan asielzoekers behouden. De door de Kamer gevraagde waarborg van de medische zorg lijkt mij daarmee geleverd. Het is belangrijk dat wij hebben bekeken hoe wij de overgangsfase maximaal van vangnetten konden voorzien. Ik vind het ook zorgvuldig om dat te doen. Deze vangnetten hebben wij gevonden. De huisartsen zullen in het hele jaar 2009 spreekuur blijven houden op de COA-locaties. Het COA heeft verder extra personeel ingezet om een gidsfunctie te vervullen voor alle asielzoekers die naar de huisarts moeten. Deze COA-medewerkers geven geen medische adviezen en bepalen ook niet of het nodig is dat iemand naar een huisarts gaat. Zij vervullen puur een gidsfunctie. Daarvoor zullen extra mensen bij het COA worden ingezet. Het is overigens niet zo nieuw als sommigen van de leden denken. Op een aantal COA-



locaties werkt het al zo. Daar worden mensen met medische klachten al naar een huisarts verwezen. Het COA-personeel heeft daar al ervaring opgedaan met deze gidsfunctie.

Menzis en het COA hebben verder een taskforce ingericht, enkel met het doel om meteen in te springen als zich in de overgangsfase problemen voordoen. Het behoeft geen betoog dat bij medische noodsituaties altijd gebruik zal worden gemaakt van de landelijke alarmdienst 112. Ook bij de publieke gezondheidszorg is continuïteit een punt van zorg. Met GGD Nederland moeten immers wederom afspraken worden gemaakt. Op dit moment is afgesproken dat de publieke gezondheidszorg in ieder geval in de huidige vorm wordt voortgezet. Daarmee is de publieke gezondheidszorg gewaarborgd, terwijl over bekostiging, tarieven en dergelijke nog nader wordt onderhandeld. Ik meen oprecht dat de uitvoering van de plannen voor de inrichting van het nieuwe zorgmodel ervoor zorgt dat de zorg aan asielzoekers meer in lijn wordt gebracht met de zorg die aan alle inwoners van Nederland wordt verleend en dat de zelfredzaamheid van de asielzoeker wordt bevorderd. Ik begrijp dat asielzoekers bijzondere aandacht behoeven. Deze bijzondere aandacht uit zich in de individuele contacten, de ervaring van het COA-personeel en in de garanties van het systeem van Menzis waarin de toegang en de continuïteit worden gewaarborgd. Ik vind het op zichzelf niet erg dat wij de zelfredzaamheid van de asielzoeker bevorderen. Als de asielzoeker een vergunning krijgt om in Nederland te blijven, heeft hij al meegedraaid in het reguliere systeem. De zorg is dan niet beperkt gebleven tot de specifieke gezondheidszorg, waardoor zij niet weten hoe het in Nederland werkt.

In het nieuwe zorgmodel is voorzien in een praktijklijn. Dit is een extra voorziening. Deze praktijklijn is 24 uur per dag beschikbaar. Dat betekent dat de asielzoeker zeven dagen per week 24 uur per dag toegang tot de huisartsenzorg heeft. Van acht uur 's ochtends tot vijf uur 's middags is er praktijkondersteuning en daarna, in de avond en de nacht en in het weekend, is er ondersteuning via de meldkamer. Dat is een extra voorziening bovenop de reguliere zorg in Nederland. Een extra voordeel van de praktijklijn is dat de tolkdiensten in de avond, de nacht en in het weekend efficiënter kunnen worden ingericht. In principe is de beschikbaarheid van tolken of de uitdaging op dit vlak na 1 januari niet anders dan nu. De eerste lijn via de huisarts, de tweede lijn via het inloopsprek uur en de derde lijn via het Gezondheidscentrum Asielzoekers, dat door Menzis wordt ingericht.

In de nieuwe situatie wordt dus gebruikgemaakt van de huisartsenpraktijk. De zorg wordt daar geleverd door een ambachtelijk duo, namelijk de huisarts en de praktijkondersteuner. Anders dan nu is de huisarts daarbij verantwoordelijk voor de aansturing van de praktijkondersteuning. Dat vind ik een vooruitgang. De taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden tussen het COA en de zorgverlener zijn daardoor eenduidiger en beter belegd. Ook dat vind ik een vooruitgang ten opzichte van de huidige situatie.

Mevrouw Arib zei al dat ik het echt een vooruitgang vind dat inzage in het medisch dossier bij overplaatsing of buiten kantooruren mogelijk wordt door elektronische gegevensuitwisseling en het huisartseninformatiesysteem. Dat zal veel huisartsen een nieuwe toegang geven tot het medische dossier. Nu is de inzage die nodig is bij overplaatsing van de asielzoeker of buiten kantooruren nogal eens gebrekkig geregeld. Menzis gaat gebruikmaken van een flexibel ingericht gezondheidscentrum voor asielzoekers. Daarbij worden ook afspraken gemaakt met detacheerders en leveranciers. Op dit moment missen wij die soms. Menzis zegt met deze manier van werken in staat te zijn om binnen 24 uur huisartsenzorg te regelen voor asielzoekers op een nieuw asielzoekerscentrum. In mijn ogen is hiermee zowel de toegang als de continuïteit in de gemaakte afspraken gewaarborgd.

De heer **Van de Camp** (CDA): Even voor mijn duidelijkheid. Ik schrok een beetje toen de staatssecretaris zei dat de werving is afgerond en dat de contracten worden getekend. Ik leid daar met mijn beperkte kennis van zaken uit af dat de zaak dan nog niet operationeel is op 1 januari. Vervolgens zei de staatssecretaris echter dat het spreekuur op de centra wordt gecontinueerd. Wat is op 2 januari operationeel? Zijn er al veel of weinig contracten getekend? Dit kwam op mij niet erg operationeel over, totdat de staatssecretaris het vangnet introduceerde.

Staatssecretaris **Albayrak**: De continuïteit zit vooral in dit vangnet. Voordat een en ander echt operationeel wordt in de maand januari zal nog werk verricht worden. Misschien had ik iets meer details moeten vermelden. Pas afgelopen maandag is tussen de vakorganisaties en Menzis overeenstemming bereikt over de arbeidsvoorwaarden. Ik spreek nu over het ex-MOA-personeel. Dat verklaart waarom er wel al heel veel gesprekken zijn gevoerd, maar de contracten nog niet getekend waren. Wat anders is dan men zich had voorgenomen, is dat de contracten nu voor onbepaalde tijd zijn. Menzis ging namelijk aanvankelijk uit van een aanstelling voor maximaal drie jaar. Deze wijziging is tot stand gekomen mede onder druk van het COA en Justitie. De arbeidscontracten worden deze week en de komende week gesloten. Dat is de informatie die ik van Menzis heb gekregen.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb vandaag, 16 december, een bericht gekregen van Menzis, die zo vriendelijk is om ook de Kamer op de hoogte te houden. Daaruit blijkt dat zeven contracten zijn afgesloten, terwijl wij er 80 nodig hebben. Dan denk ik dat het niet operationeel is. Onze zorg is daarom dat dit systeem op 1 januari niet operationeel kan zijn.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): De staatssecretaris spreekt over het vangnet en doelt daarbij op de huisartsen. Ik wil graag weten wie de functie op zich gaat nemen van de praktijkverpleegkundige. Die functie moet natuurlijk ook gecontinueerd worden. De praktijkondersteuners komen onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Dat is een goede zaak, maar betekent dit ook dat zij op de huisartsenpraktijk werken? Ik kreeg de indruk dat zij bij het GCA gaan werken. De functie van hen is mij nog niet helemaal duidelijk.

Staatssecretaris **Albayrak**: Het vangnet is er, maar het nieuwe systeem gaat vanaf 1 januari 2009 gewoon draaien. Het vangnet is een extra voorziening. De huisartsen blijven in het nieuwe systeem de spreekuren houden. Dat is inclusief de praktijkondersteuner. De huisarts bepaalt wie naar het spreekuur gaat.

De heer Van Gerven heeft informatie van de medewerker van Menzis gekregen. Ik ken die mail en die aantallen. Ik heb een mail van de voorzitter van de raad van bestuur. Hij zegt dat de nu circulerende getallen – de getallen die de heer Van Gerven heeft – over de contractering van huisartsen en praktijkondersteuners slechts een tussenstand betreffen en geen afspiegeling zijn van de feitelijke situatie, die per dag wijzigt. Deze week en volgende week worden de andere contracten afgesloten. Vanaf afgelopen maandag is pas echt groen licht gegeven. Uitstel is dus niet nodig. Voorzitter. De contracten met de MOA zijn al beëindigd. Ik zie voldoende waarborgen voor de kwaliteit. De taskforce is er echt om meteen in te springen als zich problemen voordoen. Mocht de Kamer gaandeweg zien dat zaken niet voldoende worden opgepakt, dan hoor ik dat graag. Ik denk dat wij er een goed zicht op hebben en dat de taskforce zijn functie goed zal vervullen, maar ik ga ervan uit dat de Kamer hierin een rol zal blijven vervullen.

Het COA-personeel valt inderdaad niet onder de Wet BIG, maar het COA heeft geen zorgtaken. Als het COA-personeel iets fout doet, valt dat onder

de normale personele sturing van het COA. Dat bedoelde ik met de niet medische gidsfunctie in het nieuwe systeem.

Voor de MOA-medewerkers is uiteraard voorzien in een sociaal plan. Dat is er voor de mensen die ervoor hebben gekozen om niet bij Menzis te solliciteren of die niet konden worden geselecteerd. Dit sociale plan voorziet erin dat per 1 januari drie maanden vrijstelling van werk wordt gegeven zodat men naar werk kan zoeken. Als onverhoopt geen aansluitend werk kan worden gevonden, is er een recht op wachtgeld.

Welke kosten zijn gemoeid met de aanpassing van de medische zorg? Op dit moment wordt nog gesproken over de tarieven. De exacte bedragen die hiermee zijn gemoeid, kan ik dus nog niet geven. De inzet is dat de nieuwe organisatie van de medische zorg ten minste past binnen de bestaande financiële kaders en dat waar mogelijk besparingen worden gerealiseerd. Het is dus geen harde bezuiniging. Het is vooral een stroomlijning en een kwaliteitsverbetering.

De heer Van Gerven vraagt of de vakantiedagen van de MOA-medewerkers de continuïteit tijdens de feestdagen bedreigen. GGD Nederland garandeert de continuïteit van de zorg tijdens de feestdagen. Op dit moment is er geen indicatie dat er een probleem zou zijn door het massaal opnemen van vakantiedagen door de mensen die niet terugkomen. Deze vraag past ook niet bij het beeld dat ik heb van de gemiddelde MOA-medewerkers. Als je met deze mensen spreekt, blijkt dat hun eerste zorg de zorg aan asielzoekers is. Dat massaal vakantie wordt opgenomen, vind ik niet passen bij het beeld dat ik door de jaren heen van de medewerkers heb gekregen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): In de discussie ontbreekt de stem van de asielzoekers. In de vorige situatie was dat ook een groot probleem. De inspectie schrijft in haar rapport dat het allemaal in orde is, maar als je met asielzoekers praat, hoor je een heel ander verhaal. Ik wil heel graag dat de staatssecretaris erop toeziet dat ook de asielzoekers zelf kunnen aangeven of dit soort dingen goed is geregeld of niet.

Staatssecretaris **Albayrak**: Ik spreek natuurlijk ook wel eens asielzoekers. De asielzoekers vinden vaak een ingang via belangenbehartigers, bijvoorbeeld VluchtelingenWerk Nederland. Daar hebben wij regelmatig contact mee. Ik kan natuurlijk niet bij elke asielzoeker nagaan of hij of zij wel tevreden is, maar ik heb genoeg contacten met organisaties die hun belangen behartigen.

De heer Van Gerven vraagt of er contact is geweest met het MAPP. Wij hebben vanaf het begin contact gehad met alle stakeholders, dat is inclusief de vertegenwoordigers van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. De contacten met het MAPP zijn vooral verlopen via de ggz. Hij vraagt wat er eigenlijk mis was met het huidige stelsel. Gelet op het verzoek van de voorzitter om kort te zijn, denk ik dat het te uitvoerig is om dat hier nog eens breed uit te leggen. Ik meen dat uit mijn inleiding blijkt dat het nieuwe systeem een aantal verbeteringen brengt en dat het veel beter past bij de manier waarop wij in Nederland medische zorg aan alle inwoners verlenen.

De heer Van de Camp vroeg hoe wij het maatschappelijk werk hebben geregeld. Het maatschappelijk werk vormt een onderdeel van het contract met Menzis. Dit deel is bij een onderaannemer gelegd. Menzis registreert. Maatschappelijk werk is voor de asielzoeker bereikbaar via de huisarts en via de praktijkondersteuners. Het is dus een onderdeel van het contract. Het programma van eisen, waar de heer Zijlstra naar vroeg, is getoetst door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Dit rapport kan aan de Kamer beschikbaar worden gesteld. Ik hoor de heer Zijlstra nu «graag» zeggen. Wij zullen ervoor zorgen.

Verder vraagt hij naar de dossieroverdracht van de vreemdelingenbewaring aan de vertrekcentra. Dat iemand zich in Nederland in een vertrek-

centrum bevindt, bepaalt niet of iemand wel of niet medische zorg krijgt. De vertrekcentra in Nederland zijn geen gesloten centra. Voor de vertreklocaties geldt hetzelfde als voor de grote COA-locaties. Overigens is het onderscheid tussen vertrek- en integratiecentra door de jaren heen al zeer diffuus geworden. In de gesloten setting van de vreemdelingenbewaring zijn verpleegkundigen en artsen beschikbaar. Omdat het een gesloten setting is, gaat een en ander via een andere route. Wij sturen de mensen van de vreemdelingenbewaring niet naar de huisartsen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat neemt al een stuk van mijn zorgen weg. Een van de huidige argumenten die pleiten voor het huidige systeem is dat de asielzoekers op deze manier het systeem leren kennen. Dat geldt voor een deel van de mensen in de AZC's, maar dat geldt natuurlijk voor niemand in de vertrekcentra. De VVD ziet daarom graag dat de mensen in het vertrekcentrum niet worden aangemoedigd om het systeem in Nederland te leren kennen. Wij zijn immers bezig om hen voor te bereiden op terugkeer.

Staatssecretaris **Albayrak**: Ik kan de heer Zijlstra geruststellen. Recht op zorg in de vertrekcentra geeft geen recht op verblijf. Daarmee is de belangrijkste zorg van de heer Zijlstra volgens mij weggenomen. Het feit dat zij wennen aan het systeem geeft ook geen recht op verblijf. Ik denk dat het te ver gaat om een onderscheid te creëren in het type COA-locaties en vervolgens weer een soort van MOA-voorziening voor de vertrekcentra te introduceren. Dan zouden wij immers doorgaan met het geven van de zorg op locatie.

De 20% van het personeel dat niet mee overgaat, valt vanaf 1 januari onder het sociaal plan dat ik net noemde.

De heer Zijlstra vraagt of een en ander kan worden gemonitord en of de Kamer over het verloop kan worden geïnformeerd. Wij hebben redelijk goed voorzien in een overgangstermijn. Er zijn genoeg antennes, onder andere in de vorm van een taskforce, om te kijken of het allemaal gaat zoals wij het op papier hebben bedacht en gepresenteerd. Het is uitdrukkelijk aan het COA om toe te zien op de zorgvuldige uitwerking van die medische zorg. Het COA informeert mij over het verloop ervan. Als zich incidenten voordoen, of het verloopt anders dan verwacht, dan zal ik de Kamer hierover informeren.

Mevrouw Azough stelde veel gedetailleerde vragen over de praktijk. Misschien is het goed als de vaste Kamercommissie in het voorjaar een werkbezoek aflegt, zodat zij kan zien hoe het in de praktijk gaat. Dat wil ik haar graag aanbieden.

De heer **Van de Camp** (CDA): Maar wij hebben niet zulke goede ervaringen met georganiseerde werkbezoeken. Mogen wij dan zelf het moment en de plek bepalen?

Staatssecretaris **Albayrak**: Ja, zeker. Misschien is het goed om dat te doen als de praktijk al een stuk verder is. Dan kan de Kamer zien hoe het loopt. Als de Kamer meteen in januari wil komen kijken, vind ik dat ook prima.

Mevrouw Azough vraagt mij te garanderen dat zich geen problemen voordoen bij de overgang. Ook nu kan ik niet garanderen dat zich geen incidenten zullen voordoen. Het risico op incidenten bestaat immers altijd. Ik denk dat het wel goed is om, als er incidenten zijn, te bekijken of deze te maken hebben met de overgangssituatie. Daar zullen wij nauwlettend naar kijken. Ik vertrouw erop dat de kans of het risico op incidenten door deze nieuwe situatie niet zal toenemen. Anders zou ik niet durven uitspreken dat de continuïteit en de toegang gewaarborgd zijn, zoals ik dat net heb gezegd.

Verder is gevraagd naar de concrete invulling van een aantal functies, onder andere van de niet medische gids. Ik zei net al dat het puur om informatieverstrekking gaat, zoals bij het vinden van bijvoorbeeld een huisarts. Het gaat om praktische vragen die mensen kunnen hebben. De praktijkondersteuner en de arts worden samen een ambachtelijke eenheid die BIG-geregistreerd is. De praktijkondersteuner zal vaak de eerste beoordeling verrichten en werkt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Het Gezondheidscentrum Asielzoekers doet vooral de telefonische beoordeling, dus de triage, een soort voorsorteren. Dat zal gaan conform de huidige praktijk en de geldende professionele standaarden in de gezondheidszorg.

Gevraagd wordt waar de nieuwe praktijkverpleegkundigen worden gestationeerd. Wij spreken niet meer van praktijkverpleegkundigen, maar van praktijkondersteuning van de huisarts. In de reguliere praktijk bestaan meer gelijkwaardige functies dan alleen de praktijkverpleegkundige.

Vandaar dat wij liever spreken over de praktijkondersteuning. De fysieke plaatsing zal zijn bij de huisarts in de lokale praktijk.

Mevrouw Azough vraagt verder of er gaten gaan vallen omdat 20% minder personeel zal worden overgenomen. Dat is niet het geval. Het aantal benodigde fte's is zo berekend dat daarmee de toegang en de continuïteit gewaarborgd zijn. Dit dient wel gezien te worden samen met de andere voorziening die ik heb genoemd: de telefonische bereikbaarheid et cetera. Ik denk wel dat de zorg uiteindelijk efficiënter wordt ingericht, zodat met minder mensen kan worden gewerkt zonder dat de gaten vallen waarvoor mevrouw Azough heeft gewaarschuwd.

Mevrouw Azough vraagt verder naar de ontwikkeling van protocollen om de uniformiteit en de kwaliteit te bevorderen. Deze taak maakt onderdeel uit van de specificatie dienstverlening die tussen het COA en GGD Nederland is overeengekomen. GGD Nederland blijft deze taak in het vervolg uitvoeren.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Ik vroeg inderdaad hoe de telefoonlijn precies gaat werken. De staatssecretaris spreekt over triage, maar wat zal de filterfunctie daarvan precies zijn? Kan dit er ook toe leiden dat mensen worden tegengehouden, zodat zij als een barrière gaat fungeren? Dat mag naar mijn mening absoluut niet de bedoeling zijn.

Staatssecretaris **Albayrak**: Heeft u zelf al eens met een huisartsenpost gebeld? Ook daar wordt gevraagd waar je voor belt: wat is de klacht, moet u echt bij de arts zijn of kan het anders worden opgelost? Daar is het echt niet anders. Dat is de reguliere gezondheidszorg die alle Nederlanders via de eerste contacten aangeboden krijgen. Ik vind dat niet meer dan normaal.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Een van de grootste problemen in het huidige systeem is dat er een drempel is. Ook al wilde de praktijkverpleegkundige dat zelf vaak niet, zij vormde dan toch een soort barrière. Je kunt wel informatie opvragen bij de huisarts, maar mijn schrik is dat dit ertoe leidt dat mensen zich laten afwenden, op het AZC blijven en niet de zorg zoeken die noodzakelijk is. Een telefonische beoordeling is in de praktijk van de reguliere zorg ook heel lastig gebleken.

Staatssecretaris **Albayrak**: De uitwerking van dat punt in de praktijk zullen wij goed moeten monitoren. De complicatie bij deze doelgroep zit hem vaak in de taal en de beschikbaarheid van tolken. Ik meen dat de inzet van tolkentelefoons efficiënter wordt zoals het nu wordt geregeld. Overdag is de praktijkondersteuner tot vijf uur 's middags aanwezig. Daarna moet het telefonisch en dan lijkt het mij goed om te kijken of iemand daadwerkelijk toegang heeft tot de zorg die hij gaat krijgen. Als wij gaan bekijken of het werkt, zal ook dit aspect worden bekeken. Het kan



best zijn dat iemand op dat moment toekan met pijnstillers. Dat krijgt de gemiddelde Nederlander ook te horen. Dringt iemand echter aan omdat hij denkt dat het echt iets anders is, dan kiezen de meeste mensen die aan de telefoon zitten het zekere voor het onzekere en dan laten zij even iemand langskomen. Ik denk dat dit bij asielzoekers niet anders zal zijn. Ik denk wel dat wij er goed op moeten letten dat de toegang – de taal et cetera – goed verloopt. Wellicht is dat iets voor het werkbezoek dat ik de commissie heb aangeboden.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Dat was een van de problemen in de vorige constructie van de MOA. Natuurlijk zijn er protocollen voor de huisartsenpost, maar uiteindelijk is alleen de arts opgeleid en juridisch bevoegd. Alleen de arts kan een diagnose stellen. Hij kan zeggen of er sprake is van een infectie of oordelen dat iemand verwezen moet worden. Dat is niet ter beoordeling van degene die achter de telefoon zit. Volgens de Wet BIG mag dat ook niet. Het probleem mag niet worden verschoven. De knelpunten die zich bij de MOA voordeden, willen wij graag opgelost zien. Een van die knelpunten is dat de asielzoekers, als zij hoge koorts hebben of iets dergelijks, moeten kunnen bellen en dat er een huisarts aan te pas komt. Er mag geen drempel tussen komen.

Staatssecretaris **Albayrak**: Het is belangrijk dat de praktijkondersteuner altijd werkt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Dat is straks ook zo in het Gezondheidscentrum Asielzoekers. Het inlooppreekuur is de eerste lijn. Dat is het directe contact met de lokale huisarts/praktijkondersteuner. Dat is afhankelijk van hoe de huisarts dat zelf heeft geregeld.

Mevrouw Arib vraagt naar de huisartsen. Er zijn 55 locaties. Daarvoor zijn ongeveer 100 huisartsen nodig. Zoals bekend werken meer huisartsen in één praktijk. Het is de bedoeling dat er 65 hoofdcontracten worden gesloten.

Dan het huisartsentarief. Met Menzis is afgesproken om op termijn naar een regulier tarief over te gaan. Ik heb de indruk dat mevrouw Arib daar als woordvoerder op het vlak van de volksgezondheid veel meer over weet dan ik.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Wat is een redelijke termijn?

Staatssecretaris **Albayrak**: Binnen een jaar.

Waarom wordt een apart contract afgesloten voor de publieke zorg?

Zowel de publieke zorg als de curatieve zorg maakt op dit moment onderdeel uit van het huidige contract. Bij het opzeggen moest ook een nieuw contract worden afgesloten voor de publieke zorg. Toen het curatieve deel wegging, moest het andere in een ander kader worden gegoten.

In mijn inleiding heb ik al iets gezegd over de gesprekken met GGD Nederland. Daarbij gaat het vooral om de tarieven. Zolang wij die gesprekken nog voeren, zal de zorg die nu wordt verleend, worden gecontinueerd. Die is dus gewaarborgd.

Dan de verloskundigen, de tarieven en de kwaliteit van de verloskundigenzorg. Ik onderschrijf het standpunt van mevrouw Arib dat ook zwangere asielzoekers de toegang tot verloskundige zorg moeten hebben. Het tarief is conform de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit. Dat is dus regulier. De inhoud van de verloskundige zorg is volledig conform de eisen die in Nederland gelden voor de verloskundigenzorg in het algemeen. Ik hoop hiermee alle vragen te hebben beantwoord.

## Nadere gedachtewisseling

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik ben niet erg gelukkig met de beantwoording van de staatssecretaris. Als een van de aspecten van het nieuwe systeem noemt zij de zelfredzaamheid, die moet worden bevorderd. Ik beschouw dit toch als een soort drogreden om te kunnen bezuinigen. Zij heeft mij namelijk niet kunnen uitleggen hoe je met 1,8 fte dezelfde zorg kunt bieden als met 3,2 fte. Dat is immers wat er feitelijk gebeurt bij de toeleiding naar de huisartsen. Waarom halveert de staatssecretaris niet ook het aantal huisartsen? Dat kan dan wellicht ook efficiënter. Het huisartsenaanbod gaat een op een over, maar zij bezuinigt wel op de verpleegkundigen en de administratieve hulp. Ik kan dat niet begrijpen. Verder heeft de staatssecretaris wel de cijfers, maar geeft zij deze niet. Wat kostte de zorg nou in het huidige systeem? Wij kunnen dat op de begroting niet terugvinden. De staatssecretaris kan ons dat toch vertellen? Wat gaat het volgend jaar kosten? Ik doel dan op zowel het publieke als het niet publieke deel.

Kan de staatssecretaris een overzicht geven van alle contracten per 1 januari? De staatssecretaris zegt dat de situatie wijzigt per minuut. Dat zal inderdaad zo zijn, maar de huidige situatie is onbevredigend. Heel veel contracten zijn nog niet gesloten. Hoe is de situatie op 31 december? Wij zouden graag een overzicht van alle contracten willen ontvangen.

De sociaal geneeskundigen, die veel preventief werk doen, vallen er helemaal tussenuit. Zijn deze wegbezuinigd? Zij spelen een belangrijke rol, vooral bij de ggz, de bemoeizorg en dergelijke. Graag hoor ik hierop een reactie.

Dan de 80 of 90%. Dat percentage heeft betrekking op het oude personeel dat wordt overgenomen. Vergeleken met de oude situatie wordt echter twee derde van het personeel niet overgenomen. Hier worden appels met peren vergeleken.

De heer **Van de Camp** (CDA): Voorzitter. Ik dank de staatssecretaris voor de gegeven antwoorden. De fractie van het CDA vindt dat het nieuwe systeem per 1 januari 2009 van start kan gaan. Ik ben niet echt enthousiast over de huidige status van de contracten, de werving en de praktische implementatie. Ik ga er dan ook van uit dat het vangnetsysteem in 2009 ervoor zorgt dat degene die medische hulp nodig heeft, die ook krijgt. Ik blijf toch nog even doorpraten over het maatschappelijk werk. De mededeling dat het maatschappelijk werk is opgenomen in het contract met Menzis zegt nog niks over de feitelijke beschikbaarheid van het maatschappelijk werk. Ik heb ook zo mijn maatschappelijke contacten. Ik heb een mailtje voor mij liggen uit het asielzoekerscentrum in Rotterdam. Daar wist men op 12 december totaal nog niet welk maatschappelijk werk kan worden aangeboden op 2 januari of in welke vorm dat zou moeten gebeuren. De desbetreffende maatschappelijk werkster probeert nu de zorg enigszins neer te leggen in de wijk rondom het AZC. Papieren contracten zijn geduldig, maar de feitelijke beschikbaarheid is een tweede. Ik vraag daar nog de aandacht voor.

De heer **Zijlstra** (VVD): Voorzitter. Wij gaan beginnen en dat is goed. Ik deel de zorg die anderen hebben uitgesproken. Het is vijftien dagen voor 1 januari. De staatssecretaris heeft echter helder aangegeven dat er een vangnet is. De VVD-fractie denkt dat de staatssecretaris dat vangnet wel enige tijd nodig zal hebben voordat echt alles op de rails staat. Onder druk van het COA en Justitie is ervoor gezorgd dat de contracten voor onbepaalde tijd zijn afgesloten. De staatssecretaris wil naar de reguliere tarieven overgaan, maar er is überhaupt nog geen tariefsafpraak. Deze combinatie vind ik wel interessant. De staatssecretaris heeft het voornemen binnen één jaar naar het reguliere tarief te gaan. Door de druk die de staatssecretaris zelf heeft opgelegd, heeft zij het zich niet makke-

lijker gemaakt. Waarom heeft zij dit gedaan? Er is uitdrukkelijk gekozen voor een aanbesteding. Dat betekent dat de partij die het contract aangaat, ook dit soort zaken moet regelen, tenzij de staatssecretaris het in de aanbesteding heeft gezet, maar daar stond het niet in. Waarom heeft zij die druk uitgeoefend?

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Voorzitter. Ik wil mij aansluiten bij het verzoek van mijn collega's om een precieze invulling van de afspraken die de komende tijd praktijk moeten worden.

Ik heb toch nog een vraag over de 20% minder praktijkverpleegkundigen. De vraag die daarbij centraal staat, is hoe het kan dat straks nog maar 80% van de praktijkverpleegkundigen nodig is om precies dezelfde kwaliteit zorg te leveren. Graag hoor ik hierop een concreet antwoord.

Ik heb niet zozeer behoefte aan een werkbezoek, als wel aan een concreet overzicht op korte termijn waaruit blijkt hoe het precies zal gaan. In 2006 hebben wij bij het debat over de medische opvang gemerkt dat heel veel gegevens pas duidelijk werden toen de praktijk concreet werd. Het zou een goed ding zijn als wij dat proberen te voorkomen door veel van de nu gestelde vragen, zowel over de precieze functies van de verschillende personeelsleden in het GCA als over de financiële onderbouwing daarvan, nu te beantwoorden. Ik moet zeggen dat ik ervan uitging dat er financieel absoluut niks meer mocht veranderen. Ik ben dan ook benieuwd naar de cijfers van de heer Van Gerven. Dit mag natuurlijk geen verkapte bezuinigingsmaatregel zijn. Graag ontvang ik hierover op korte termijn een duidelijke beleidsbrief. Dit is ook in de schriftelijke ronde gevraagd, maar hierop is nog geen toezegging gevolgd.

#### **Voorzitter: Zijlstra**

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik dank de staatssecretaris voor de beantwoording van de vragen, alhoewel een van mijn vragen niet is beantwoord. Het ging daarbij om het externe toezicht op het nieuwe systeem van zorg. De zorgpartijen vallen onder de inspectie, maar wie ziet bijvoorbeeld toe op een goede invulling van de gidsfunctie van het COA?

Het blijft mij verbazen dat de huisartsen er telkens weer in slagen dat het tarief 250% is. Ik zeg niet dat dit onmiddellijk moet worden afgeschaft, maar ik verwacht wel dat daarvoor asielzoekers op een kwalitatief goed niveau worden geholpen. Ik begrijp dat dit tarief binnen een jaar zal zakken naar het normale tarief, maar in dat jaar wil ik kunnen zien dat die 250% daadwerkelijk ten goede is gekomen aan de zorg voor de asielzoekers. Wordt dat gemonitord? Waarom wordt voor de huisartsen zo'n hoog tarief vastgesteld en voor de verloskundigen, die te maken hebben met zwangere asielzoekers die vaak ook later gebruikmaken van verloskundigenzorg, niet? Hoe komt dat? Is de ene groep veel beter in het lobbyen? Hoe zit dat precies? Dat komt niet helemaal overtuigend over.

Ik wil dat de Kamer over een aantal maanden een rapportage krijgt over de voortgang. Het gaat er mij niet om, dan alles opnieuw ter discussie te stellen, want dit heeft ook jaren geduurd, maar het gaat er mij wel om dat de Kamer tijdig kan zien wat verbeterd kan worden en waar de zwakke punten zitten. Dan kan de Kamer tijdig aan de bel trekken, want het gaat toch om een heel belangrijke en cruciale vorm van zorg aan een kwetsbare groep.

#### **Voorzitter: Arib**

Staatssecretaris **Albayrak**: Voorzitter. Ik probeer de Kamer zo goed mogelijk te bedienen. Op een aantal vragen kan ik alleen zeggen dat de toegang en de continuïteit zijn gewaarborgd. Ik aarzel echt om over de bedrijfsvoering van het COA of de hoogte van tarieven gedetailleerd van gedachten te wisselen. Dat ga ik dan ook niet doen. Ik ben wel bereid om de Kamer

voor de zomer een brief te sturen over de stand van zaken: wat is er gebeurd, zijn er gaten gevallen, was er continuïteit? Dan kan de Kamer beoordelen of mijn uitspraken van vandaag terecht waren of niet. Dat is de controlerende functie van de Kamer. Ik denk niet dat wij hier moeten discussiëren over de tarieven of over de vraag of er wel voldoende mensen achter de telefoon zitten en hoeveel mensen waar wat gaan doen. Dat valt echt onder de bedrijfsvoering van het COA. Het COA is een zbo. Ik ben echter zeer welwillend want ik vind dat ik hier niet mag weggaan zonder dat ik de zorgen in ieder geval op hoofdpunten heb geadresseerd. De heer Van Gerven zegt dat het streven naar zelfredzaamheid een verkapte bezuiniging is. Zelfredzaamheid is niet: red jezelf maar. Ik wil er juist van af dat van de asielzoekers een «zielige» groep wordt gemaakt, waar een apart systeem voor moet gelden zodat zij bij de reguliere gezondheidszorg worden weggehouden. Dat systeem heeft zijn voordelen gehad, maar is sinds 1999 op delen door de tijd achterhaald. Dat systeem vervangen wij door een beter functionerend en efficiënter systeem. Als dat geld oplevert, is dat goed. Ik heb al gezegd dat het COA zo is gekrompen dat wij alleen al daarom anders en efficiënter moeten gaan werken op die locaties. Het is dus zeker niet: red jezelf maar. Sterker nog, ik vind het een vooruitgang dat de asielzoekers onder het reguliere zorgsysteem van Nederland vallen, dat zij direct toegang krijgen tot een huisarts en dat zij niet onder een apart systeem hoeven te vallen. Ik denk dat dit haalbaar is zonder dat daarmee de toegang tot de zorg wordt aangetast en zonder dat daardoor in de overgangsfase de continuïteit gevaar loopt.

De heer Van Gerven sprak ook over het aantal zorgverleners per 400 asielzoekers. Zoals de heer Van Gerven het zegt, lijkt het een teruggang, maar het is nog altijd zo'n 30 keer meer dan bij de gemiddelde Nederlander. Die zorg is dus goed geregeld. Het aantal huisartsen en het aantal praktijkondersteuners is niet zodanig dat de toegang tot de zorg daardoor achteruitgaat. Ook niet als dat met minder mensen gebeurt.

Hij vraagt ook wat het kost. Ik heb er geen belang bij om de cijfers niet te geven. Wij bekostigen door middel van nacalculatie. Ik kan daardoor nog niet zeggen wat de bedragen zijn voor 2008. Ik kan wel zeggen wat de bedragen zijn voor 2005, 2006 en 2007. De zorgkosten per asielzoeker waren in 2005 € 3650, in 2006 € 4750 en in 2007 € 4560.

Dan de vraag van de heer Van Gerven over de sociaal geneeskundigen. Bij het ontstaan van de MOA-stichtingen waren de psychisch-sociale gesprekken de taak van de sociaal geneeskundige. In de meeste regio's is deze taak al overgenomen door de praktijkverpleegkundigen en soms zelfs door de huisarts. In de nieuwe organisatie is die taak gelegd bij de huisarts, die daarbij kan worden ondersteund door de praktijkondersteuner. Gelet op het aantal mensen dat bereid is over te gaan, zullen dit vaak de mensen zijn die voorheen praktijkverpleegkundige bij de MOA waren. Ook is het mogelijk dat de patiënten worden doorverwezen naar het maatschappelijk werk.

De huisarts kan in de toekomst wellicht worden ondersteund door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, een specialisatie onder de verpleegkundigen. Dat is een ontwikkeling die in de reguliere zorg al aan de gang is. Op de locaties waar de sociaal geneeskundigen nog een belangrijke rol spelen, zal de overgang van deze taak naar de huisartsen mogelijk een knelpunt zijn, maar er zijn voldoende mogelijkheden voor Menzis om dit in overleg met de betrokken huisartsen vorm te geven door middel van verwijzing naar algemeen maatschappelijk werk of door de inzet van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Dat het een punt van aandacht is, is evident.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik constateer dat de staatssecretaris gewoon 20 sociaal geneeskundigen wegbezuinigt. Zij hadden een belangrijke preventieve functie op het terrein van de ggz, een uiterst ingewikkeld

terrein. De staatssecretaris zegt dat de huisarts dat misschien wel gaat doen, maar dat gaat gewoon niet lukken. Het kan volgens haar efficiënter en regulier. Zij zegt zelf dat in de toegeleiding 30 keer meer wordt uitgegeven dan regulier, maar dat zegt mij helemaal niets. Je moet uitgaan van de concrete behoefte. In de oude situatie was het al niet zo dat de huisarts niet bereikbaar was. Integendeel. Er worden allerlei beren op de weg gezet om dit nieuwe systeem mogelijk te maken. De staatssecretaris kan mij niet uitleggen dat de kwaliteit overeind blijft als je de toeleidingsfunctie halveert. De staatssecretaris geeft daar geen helder antwoord op.

Staatssecretaris **Albayrak**: Wij zullen het niet met elkaar eens worden. De heer Van Gerven trekt andere conclusies dan ik uit de plannen die nu voorliggen. De psychosociale hulpverlening aan asielzoekers blijft. Deze zal in de toekomst ook geregeld zijn. Deze functie is bij de huisartsen of de praktijkondersteuner gelegd. Dat de heer Van Gerven deze regeling niet voldoende vindt, kan ik helaas niet veranderen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): De heer Van Gerven kan niet met droge ogen beweren dat de huisartsen in de vorige situatie wel bereikbaar waren. Dat is namelijk niet zo. Dat kan hij nagaan in allerlei verslagen.

De heer **Van Gerven** (SP): Er zijn incidenten geweest. Die zullen er straks ook zijn. Op basis daarvan moet je niet het kind met het badwater weggooien, maar dat dreigt nu wel te gebeuren.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik begrijp dat de staatssecretaris geen antwoord kan geven op mijn vraag naar de tarieven. Misschien kan dat wel schriftelijk. De Kamer gaat daar immers wel degelijk over. Ik begrijp dat VWS daar samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging een belangrijke rol in speelt. Misschien kan dan ook een vergelijking worden gemaakt met de tarieven voor verloskundigen.

Staatssecretaris **Albayrak**: Dat laatste kan ik toezeggen als dat mag worden opgenomen in de rapportage die voor de zomer naar de Kamer zal worden gestuurd.

De heer Van Gerven sprak over de 80% die wordt overgenomen. Hij zei dat ik appels met peren vergeleek. Met dit systeem, ook met het aantal mensen dat overgaat, is de continuïteit gewaarborgd. Dat is het allerbelangrijkste. Daarop heeft zijn zorg lijkt mij betrekking. Dat ziet er goed uit. Voor degenen die daarvoor niet gekozen hebben of voor degenen die niet overgaan, is er een sociaal plan. Met deze groep zal dan zorgvuldig worden omgegaan.

De heer Van de Camp vraagt naar de feitelijke beschikbaarheid van de maatschappelijk werkers. Hij geeft daarbij een voorbeeld uit Rotterdam. Ik zei net al dat vooral de praktijkondersteuners zullen zorgen voor de toegeleiding naar maatschappelijk werk. Dit is natuurlijk afhankelijk van de situatie op locatie. Daar is het niet anders dan voor de andere inwoners van een wijk waarin een AZC staat, zoals in Rotterdam-Zuid. De discussie over de vraag naar de beschikbaarheid van maatschappelijke opvang is een andere dan de discussie over de vraag of dit systeem een nadeel oplevert voor de asielzoekers. Ik zei al dat dit onderdeel is opgenomen in de contracten met Menzis. Dit zal door de zorgpartners van Menzis worden opgenomen.

De heer Zijlstra heeft ook gevraagd naar de tarieven. Die vraag wil ik beantwoorden als wij een paar maanden verder zijn en iets meer zicht hebben op de ontwikkeling.

Hij sprak verder over de druk die is uitgeoefend bij de arbeidsvoorwaarden. Ik hecht erg aan de continuïteit van de zorg. Daarom vind ik het belangrijk dat de MOA-medewerkers maximaal overgaan naar het nieuwe stelsel. De arbeidsvoorwaarden spelen daarbij inderdaad een belangrijke



rol. De bedrijfsvoering laat ik denk ik met recht over aan het COA. De precieze invulling is uiteraard aan de contractpartners, maar ik vind dat het COA de discussie vanuit de zorggedachte maximaal heeft gevoerd.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): Ik sprak over de 20%. Hoe komt het dat er straks met 20% minder toch 100% dekking is? Waarom is het zoveel gevraagd om toch die beleidsbrief te sturen met daarin meer details over de precieze functies? Dat is toch niet zo ingewikkeld?

Staatssecretaris **Albayrak**: 100% van de plannen die er nu zijn, wordt gedekt. Wij hebben gekozen voor een overgangsjaar en voor randvoorwaarden in de vorm van een taskforce et cetera. Daarbij zal vooral naar de kinderziekten worden gekeken. Dat dit niet 100% is van hetgeen er voorheen was, is evident, want dan hadden wij niet hoeven overgaan op een nieuw stelsel.

Mevrouw Azough vraagt heel veel details over de bedrijfsvoering van het COA in een beleidsbrief. Mijn bedoeling is om haar verzoek te combineren met het verzoek van mevrouw Arib om zicht te krijgen op de ontwikkeling en daarop in te gaan in de genoemde brief. Ik hoop dat de vragen van mevrouw Azough ook in die brief een plek zullen krijgen.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wij vinden dat prima. De staatssecretaris heeft duidelijk aangegeven dat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg over-eind blijven. Die toezegging wordt op dat moment naar ik hoop gerealiseerd.

Ik kom even terug op de 20%. De staatssecretaris heeft in eerste instantie aangegeven dat het om 10% gaat.

Staatssecretaris **Albayrak**: Het is 20% van al het personeel. Mevrouw Arib heeft nog een vraag gesteld over het toezicht op de niet medische gidsfunctie. Ik meende dat ik deze vraag al had beantwoord in eerste termijn. Het is een niet medische functie. Het is echt niet de bedoeling dat de COA-medewerkers medische adviezen of medische zorg gaan geven. De COA-medewerkers die deze gidsfunctie krijgen – hoe bel je op, wat moet je zeggen, hoe maak je een afspraak? – vallen onder de verantwoordelijkheid van het COA zelf. Voor klachten over het handelen van de COA-medewerkers heeft het COA een klachtenregeling die ook toegankelijk is voor de asielzoekers.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb nog gevraagd om een overzicht van de contracten op 31 december 2008.

Staatssecretaris **Albayrak**: Vanaf 1 januari 2009 is de continuïteit gewaarborgd. Dat is wat de Kamer van de staatssecretaris moet weten. Als wij zes maanden verder zijn, dan kan ik de Kamer een overzicht geven. Daaruit zal blijken welke gaten er wel of niet zijn gevallen. Ik denk dat ik mij daartoe moet beperken. Wij moeten ertegen waken dat de Kamer met de staatssecretaris spreekt over de bedrijfsvoering van een zbo aan de hand van brieven met details daarover. Op die manier gaan wij in Nederland niet met zbo's om. De Kamer kan mij altijd over de hoofdlijnen ter verantwoording roepen. De informatie zal ik de Kamer met plezier geven als wij daar zicht op hebben.

De heer **Van Gerven** (SP): Hierover bestaat dan zeker een verschil van mening. 1 juli is toch echt iets anders dan 1 januari. De staatssecretaris zegt dat het allemaal goed komt, maar de signalen van vandaag wijzen erop dat nog maar de helft van de contracten of nog minder, is getekend. Nog allerlei dingen zijn onduidelijk: de sociaal geneeskundigen, het maatschappelijk werk en ga zo maar door. Wij zijn er niet gerust op dat die zorg

adequaat is geregeld. Dat is het punt en daarom heb ik deze vraag gesteld. Als de staatssecretaris zegt dat het allemaal goed komt, kan zij ook rustig de cijfers geven.

Mevrouw **Azough** (GroenLinks): De staatssecretaris stuurt ergens in juli, voor het zomerreces, een rapportage over de gang van zaken. Is het mogelijk om een summier rapportage te geven van de tussenstand in maart? De staatssecretaris trekt nu een gezicht, maar eerlijk gezegd snap ik dat niet. Het gaat hier om een fundamentele zorg waarvoor de staatssecretaris politiek verantwoordelijk is.

De heer **Zijlstra** (VVD): Ik vind dat de Kamer haar rol in de gaten moeten houden. Volgens mij controleren wij het kabinet. De staatssecretaris heeft gezegd dat de toegang, de kwaliteit en de continuïteit zijn gewaarborgd. Daar houden wij de staatssecretaris aan. Zij heeft ook gezegd dat zij het zal melden als er iets gebeurt wat het vermelden waard is. In juli krijgen wij een overzicht. Als dan of tussentijds blijkt dat haar uitspraak niet gerechtvaardigd kan zijn, zullen wij een debat voeren en dan heeft de staatssecretaris een probleempje. Volgens mij moeten wij het op die manier in dit huis doen. Als de Kamer gaat meebesturen, moeten wij nog een paar honderd mensen aanstellen. Dat lijkt mij niet verstandig.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik sluit mij van harte aan bij de laatste opmerking van de heer Zijlstra. De Kamer moet de toegang en de kwaliteit van de zorg in de gaten houden. Bereiken de Kamer tussendoor andere signalen, dan zijn altijd een apart debat of schriftelijke vragen mogelijk. Ik heb er geen behoefte aan om op de stoel van de staatssecretaris te gaan zitten. Het gaat ook om individuele situaties en die wil ik niet weten. Dat is ook niet mijn rol. Ik wacht graag de rapportage over de voortgang van de ontwikkelingen af.

Staatssecretaris **Albayrak**: De heer Zijlstra sprak een van de belangrijkste zinnen in dit interruptiedebat uit en dat is een herhaling van wat ik heb gezegd. Als wij tussentijds denken dat iets verkeerd gaat, wat dan ook, dan zal ik niet wachten tot juni of juli voordat de Kamer een brief krijgt. Dat is wat de Kamer van mij mag verwachten. Ik zal maximaal zicht houden op de uitwerking van deze contracten in de praktijk, met alle randvoorwaarden, het overgangsjaar, de taskforce en de extra voorzieningen voor de asielzoekers. Dit sterkt mij in de conclusie dat ik erop kan vertrouwen dat de continuïteit van en de toegang tot de zorg per 1 januari 2009 met Menzis is gewaarborgd. Een systeem dat vrij is van incidenten kennen wij in Nederland niet. Bij elk incident zullen wij bekijken of het iets te maken heeft met het systeem dat wij met z'n allen hebben opgezet. Natuurlijk is het in eerste instantie mijn verantwoordelijkheid om erop toe te zien dat dit in de praktijk werkt. Bij de eerste aanwijzing dat dit niet zo is, zal ik optreden en dan zal de Kamer daarover horen.

De voorzitter van de vaste commissie voor Justitie,  
De Pater-van der Meer

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

Adjunct-griffier van de vaste commissie voor Justitie,  
Beuker