

Vergaderjaar 2013–2014

**19 637**

**Vreemdelingenbeleid**

**Nr. 1761**

**BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VEILIGHEID EN  
JUSTITIE EN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN  
EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 november 2013

In februari 2013 kondigde de Nationale ombudsman aan onderzoek te doen naar de medische zorg voor vreemdelingen<sup>1</sup>. Het rapport van dit onderzoek werd op 3 oktober jl. gepubliceerd.

Bij brief van 16 oktober jl. is dit rapport door ons aan de Tweede Kamer aangeboden waarbij is aangegeven dat de Kabinetsreactie in de loop van november 2013 zou volgen.

Onze reactie op de aanbevelingen in dit rapport moet worden gelezen in het licht van de onderzoeken die mede zijn en worden gedaan naar aanleiding van het overlijden van de heer Dolmatov. Ook hierin is aandacht voor de (overdracht van) medische zorg voor asielzoekers en andere vreemdelingen. Ook in die onderzoeken zijn en worden aanbevelingen gedaan, waarop voor een deel reeds acties zijn ondernomen. In de brief van 13 september 2013 (Kamerstuk 19 637 nr. 1721), die een reactie is op diverse rapporten die zijn uitgebracht, is onder andere uitgebreid ingegaan op de (voorgenomen) wijzigingen met betrekking tot vreemdelingendetentie en de dagbesteding op de asielzoekerscentra. Een deel van de aanbevelingen is mede daarom al opgepakt voor het uitkomen van het rapport van de Nationale ombudsman.

Bijgaand treft u deze Kabinetsreactie aan. Eerst wordt een algemene reactie op het rapport gegeven. In de bijlage wordt nader ingegaan op de afzonderlijke aanbevelingen.

---

<sup>1</sup> De Nationale ombudsman gebruik in het rapport de termen (uitgeprocedeerde) asielzoekers en ongedocumenteerden.

## **Algemeen**

Het rapport geeft een beeld van hoe de medische zorg voor vreemdelingen in Nederland is ingericht. Uit het rapport wordt duidelijk dat de situatie tussen de locaties van het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA), bewaringslocaties en «op straat» verschilt van plek tot plek, en van individu tot individu. Uit het rapport is lastig op te maken of bevindingen betrekking hebben op een individueel geval of meer algemeen van aard zijn. Desalniettemin doet de Nationale ombudsman diverse aanbevelingen in het rapport die er aan kunnen bijdragen dat de medische zorg aan vreemdelingen verbetert.

Als hoofdconclusie stelt de Nationale ombudsman dat de overheid teveel denkt vanuit systemen, en te weinig vanuit de uitwerking die dat systeemdenken heeft op de leefwereld van diegenen waar het beleid voor gemaakt wordt. Wij zijn van mening dat het echter bij uitstek de taak van de overheid is om hier de juiste balans in te vinden. Maatschappelijke belangen als beheersbaarheid van kosten, zeker in financieel krappe tijden, veiligheid en beheersbaarheid in opvang- en bewaringslocaties en instandhouding van het stelsel waarin vreemdelingen die geen verblijf wordt toegestaan in Nederland ook daadwerkelijk werken aan hun terugkeer en illegaal verblijf wordt ontmoedigd, moet de overheid in haar afweging meenemen.

Aan de andere kant begrijpen wij dat deze systemen voor individuele vreemdelingen soms problemen opleveren. In de balans die in dit kader wordt gezocht moet tegelijkertijd de toegankelijkheid en inhoud – zowel als de kwaliteit – van de medische zorg geborgd zijn, ongeacht de situatie waarin de vreemdeling zich bevindt. De constatering dat er vanuit verschillen tussen culturen verschillende verwachtingen bestaan omtrent de medische zorg, er vaak sprake is van «achterstallig medisch onderhoud» en er óók sprake kan zijn van situaties waarin vreemdelingen hopen toelating tot Nederland te krijgen op medische gronden, maakt het hanteren van de juiste balans extra complex.

Om de balans te vinden is in de vormgeving van de medische zorg voor vreemdelingen de verantwoordelijkheid van de overheid tweeledig. Aan de ene kant is het Ministerie van Veiligheid en Justitie verantwoordelijk voor het inkopen en het inrichten van de zorg op asielzoekerscentra en vreemdelingen in vreemdelingenbewaring. Aan de andere kant kent het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een stelselverantwoordelijkheid om reguliere zorg in te richten, zodat de zorg toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit is en blijft.

## **Medische zorg aan vreemdelingen**

Met deze complexiteit in ogenschouw genomen, zijn wij van mening dat de medische zorg voor vreemdelingen in zijn algemeenheid goed is geregeld. De door de Nationale ombudsman aangehaalde visie en taakopvatting van de overheid blijft dan ook onveranderd. Iedere vreemdeling heeft recht op toegang tot de medische zorg onafhankelijk van de verblijfsrechtelijke status. Of dit nu geldt in de opvang van het COA, vreemdelingenbewaring of op straat. De toegang tot de Nederlandse medische zorg is volgens ons over het algemeen laagdrempelig. Organisaties als VluchtelingenWerk Nederland, Pharos, Lampion en Dokters van de Wereld helpen de vreemdeling hierbij om zijn weg in Nederland, inclusief de gezondheidszorg, te vinden.

Het uitgangspunt is daarnaast dat de medische zorg voor vreemdelingen zoveel mogelijk moet aansluiten bij de reguliere medische zorg. Hiertoe is voor de vergoeding van de zorg voor asielzoekers een zorgpakket

samengesteld dat (vrijwel) gelijk is aan het pakket voor Nederlandse ingezetenen. Dit betekent echter ook dat in de huisartsenpraktijk gewerkt wordt met een huisartsassistent, een praktijkverpleegkundige en een consulent geestelijke gezondheidszorg, die werken onder de verantwoordelijkheid van de huisarts en dat niet bij iedere (medische) klacht direct een bezoek aan de huisarts aan de orde is.

Voor illegalen (waaronder uitgeprocedeerde asielzoekers) en andere onverzekerbare vreemdelingen is de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) in het leven geroepen. De regeling biedt zorgaanbieders financiële tegemoetkoming als een persoon de gevraagde zorg zelf niet kan betalen. Dat betekent dat de arts de zorgvraag beoordeelt en behandeling start of de betrokken persoon zo mogelijk doorverwijst naar de medische specialistische zorg. De onverzekerbare vreemdeling dient de zorg zelf te betalen. Indien dit niet mogelijk is, kan de zorgverlener zijn declaratie voor de behandeling indienen bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), dat de bijdrageregeling uitvoert.

De Nationale ombudsman constateert dat toegankelijkheid van de medische zorg voor sommige illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen moeilijk is. Wij zijn ons er van bewust dat – ondanks de wijze waarop de toegang tot de medische zorg is ingericht – het voor deze mensen soms lastig is om de weg naar de medische zorg te vinden en de juiste zorgverlener te benaderen. Dit kan te maken hebben met de onbekendheid met het Nederlandse zorgstelsel, wantrouwen naar de Nederlandse overheid, doordat er in het systeem zaken voor verbetering vatbaar zijn, of omdat wet- en regelgeving bepaalde voorwaarden stelt. We zien dat ook bij andere groepen zoals kwetsbare ouderen, chronisch zieken en patiënten met een lage sociaal-economische status. Bij de organisatie van de medische zorg voor vreemdelingen is hier ook oog voor en we proberen dit zo goed mogelijk te regelen, waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke (kwetsbare) positie van vreemdelingen. Wij zijn dan ook van mening dat het probleem niet zit in het onvoldoende aanwezig zijn van het juiste zorgaanbod maar meer in de ervaren cultuurverschillen en verschillen in verwachtingen die de (uitgeprocedeerde) asielzoeker van de zorgverlener heeft.

Het kan hierdoor inderdaad voorkomen dat betrokkene niet de weg naar de juiste zorg weet te vinden. Maar zoals eerder in deze brief gesteld, heeft de onverzekerbare vreemdeling recht op medisch noodzakelijke zorg. Het is aan de zorgverlener om te bepalen welke zorg medisch noodzakelijk is. Indien de onverzekerbare vreemdeling of zijn/haar vertegenwoordiger een klacht heeft over de toegang of de kwaliteit van de medische zorg, dan kan dit relatief laagdrempelig worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ heeft de medische zorg voor vreemdelingen als aandachtsgebied en verricht van daaruit ook onderzoek.

### **Toelatingsbeleid**

Dat verblijf in de illegaliteit over het algemeen niet bevorderlijk is voor de gezondheidssituatie van vreemdelingen wordt niet bestreden. Maar ook ketens en systemen hebben grenzen. Vanuit dat kader realiseren wij ons terdege dat het niet altijd eenvoudig is de vreemdeling met of zonder verblijfsrecht actief van informatie te voorzien over de mogelijkheden om in Nederland zorg te ontvangen. Daarnaast is de continuïteit van medische zorg kwetsbaar door onder andere verplaatsingen binnen de vreemdelingenketen, het ontbreken van een vaste woon- en verblijfplaats of het wisselen of ontbreken van verblijfsrecht.

Om die reden probeert Nederland de vreemdeling zo snel mogelijk duidelijkheid te verschaffen over zijn of haar positie.

Nederland kent hiervoor een zorgvuldige toelatingsprocedure met een groot aantal waarborgen als gesubsidieerde rechtsbijstand, ondersteuning door VluchtelingenWerk Nederland en de mogelijkheid om beroep en hoger beroep aan te tekenen. Met de invoering van de verbeterde asielprocedure wordt een steeds groter aantal beslissingen op de asielverzoeken genomen in de algemene asielprocedure. Circa zestig procent van de asielzoekers weet reeds na enkele weken (de rust- en voorbereidingstermijn meegerekend) of positief of negatief besloten is op het asielverzoek. De overigen weten dit veelal binnen een half jaar. Voor diegenen die worden afgewezen geldt dat zij Nederland dienen te verlaten.

Een deel van de vreemdelingen verkiest leven in de illegaliteit boven de terugkeer naar het land van herkomst. Het leven in de illegaliteit brengt echter ook risico's met zich mee, waaronder de door de Nationale ombudsman genoemde gezondheidsrisico's. Het Kabinet hecht juist daarom aan het ontmoedigen van illegaal verblijf en het sterk inzetten op terugkeer.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,  
F. Teeven

De Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

### 1. Medische zorg op COA-locaties

In relatie tot deze aanbevelingen is het onderzoek dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2010 en 2011 heeft gedaan naar het nieuwe zorgmodel en de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers van belang. In het voorwoord in het rapport van september 2011 zegt de IGZ:

*«Het nieuwe zorgmodel (voor de zorg aan asielzoekers) biedt naar de mening van de inspectie goede mogelijkheden voor een toegankelijke huisartsenzorg en een verantwoord bereik van de publieke gezondheidszorg, mits er voldoende oog is voor risico's in het zorgmodel, zoals de mate van zelfredzaamheid die van asielzoekers wordt verwacht. De inspectie benoemt een aantal risico's in de beschouwing. Deze risico's zijn nooit volledig uit te sluiten. Het is echter de verantwoordelijkheid van de betrokken organisaties en professionals om deze binnen de beschikbare mogelijkheden goed in beeld te hebben en door adequate maatregelen zoveel mogelijk te beperken.»*

Wij zijn van mening dat de betrokken organisaties en professionals de risico's inderdaad goed in beeld hebben en daar waar van toepassing ook de adequate maatregelen nemen.

*A. Geef invulling aan het feit dat medische zorg voor asielzoekers een kwetsbare groep betreft, niet alleen door te zorgen voor inhoudelijk aangepaste zorg, maar ook door de toegang tot zorg daarop aan te passen. Bevorder een goede toegang tot medische zorg door onbedoelde drempels weg te nemen.*

Wij zijn van mening dat er in principe sprake is van goede, laagdrempelige en adequate medische zorg op de COA-locaties. Hierin is ook rekening gehouden met het feit dat er sprake is van een kwetsbare groep. Om die reden zijn namelijk de volgende zaken geregeld:

- huisartsenzorg op de COA-locaties<sup>2</sup>; hierdoor hoeven asielzoekers niet onnodig te reizen;
- faciliteiten voor de inzet van tolken (bemiddeling en vergoeding);
- gebruik van een landelijk huisartseninformatiesysteem (HIS); hierdoor is overdracht van medische informatie tussen huisartsen geregeld in geval van verhuizingen;
- een landelijke telefonische huisartsenvoorziening (de Praktijklijn GC A) die 24 uur per dag, zeven dagen in de week beschikbaar is voor asielzoekers en zorgverleners, inclusief tolkeninzet;
- een niet-medische gidsfunctie van COA medewerkers; medewerkers van COA ondersteunen en begeleiden de asielzoekers bij het vinden van de medische zorg en lichten voor over de organisatie van de zorg in Nederland.

Ondanks deze doelgroep specifieke inrichting van de medische zorg voor asielzoekers kan het inderdaad voorkomen dat er toch (onbedoelde) drempels worden ervaren. Zo is gebleken dat op bepaalde momenten – bijvoorbeeld bij het inschakelen van de lokale huisartsenpost gedurende avond, nacht en weekend (ANW) – de wachttijd bij de Praktijklijn kan oplopen. Hier liggen verbetermogelijkheden in de samenwerking tussen de lokale huisartsenposten en de Praktijklijn. Het Gezondheidscentrum Asielzoekers (GC A) onderzoekt in samenspraak met het COA of de

<sup>2</sup> Met uitzondering van het asielzoekerscentrum in Nijmegen. Hier gaat de asielzoeker naar de reguliere huisartspraktijk.

Praktijklijn (ANW) op een andere manier kan binnen komen bij de huisartsenposten (collegiaal overleg), waardoor deze niet in de wachtrij van patiënten terecht komt en de wachttijd verkort kan worden.

Dat de huisartsen door de praktijkverpleegkundigen teveel worden afgeschermd wordt niet herkend. Uit de dagelijkse praktijk, maar ook uit de tevredenheidsonderzoeken van het GC A, blijkt dat de asielzoekers de huisartsenpraktijk in zijn algemeenheid goed weten te vinden en daar ook tevreden over zijn. Wel is voorstelbaar dat er bij de asielzoekers andere verwachtingen op dit punt zijn. Hier wordt bij een andere aanbeveling nog op terug gekomen.

De kritiek dat er in sommige wachtruimten in de huisartsenpraktijk onvoldoende privacy zou zijn wordt gedeeld. Het COA heeft eerder dit jaar met het GC A de toepassing van de reguliere normen voor de huisartsenpraktijk onderzocht. Dit heeft geresulteerd in een programma van eisen ten aanzien van de inrichting van het GC A op locatie en een overzicht van de gewenste aanpassingen. Op dit moment worden er plannen gemaakt om in de loop van 2014 de verbeteringen op de diverse locaties te realiseren. Te denken valt aan nieuwe baliemeubels, het op een andere plek situeren van de balie of het aanbrengen van extra wanden. Deze aanpassingen bevorderen, naast de privacy, ook de inzet van de tolkdiensten door het GC A. Ten aanzien het bellen van de Praktijklijn heeft het COA in het voorjaar van 2011 iedere locatie voorzien van twee mobiele telefoons. Met deze telefoon kan de asielzoeker zelf een ruimte opzoeken om zo in voldoende privacy het gesprek te voeren. De vaste telefoons staan bewust in de nabijheid van de receptie zodat er indien nodig (24 uur per dag, zeven dagen per week) ondersteuning kan worden geboden bij het gebruik.

Triage op afstand – door de Praktijklijn – past binnen het reguliere model van medische zorg in Nederland. In Nederland is het heel gebruikelijk en geaccepteerd dat telefonisch een afspraak wordt gemaakt met de huisarts of de huisartsenpost. Ook in die gevallen vindt triage op afstand plaats. Dit leidt niet tot onaanvaardbare gezondheidsrisico's. Voor de medische zorg voor asielzoekers is dat naar onze mening niet anders. De medewerkers van de Praktijklijn zijn geschoold en gediplomeerd in de triage met deze specifieke doelgroep en de inzet van tolkdiensten. Wel kunnen ook hier andere verwachtingen spelen bij asielzoekers. Zoals aangegeven wordt op dat punt bij een andere aanbeveling nader ingegaan.

Zoals aangegeven is een van de specifieke voorzieningen binnen de medische zorg voor asielzoekers, de inzet en vergoeding van tolken. Hoewel deze voorziening goed functioneert en ook regelmatig wordt ingezet, komen er situaties voor waarin om welke reden dan ook geen tolk wordt bijgeschakeld, terwijl dit wel beter was geweest.

Menzis COA Administratie zal waar nodig en mogelijk in afstemming met TVcN (Tolk- en Vertaalcentrum Nederland) de voorlichting over het gebruik en de inzet van tolken intensiveren. Overigens wordt iedere zorgverlener jaarlijks in de contractering gewezen op de mogelijkheid van inzet van tolken.

Aan de, zoals door de Nationale ombudsman aangegeven, ongunstige ligging van COA-locaties zal op dit moment niets veranderen. Voor de opvang van asielzoekers maakt het COA gebruik van de locaties die beschikbaar komen in gemeenten die bereid zijn asielzoekers op te vangen. Hierdoor ligt een aantal locaties wat verder van gemeentekernen en basisvoorzieningen. Op die locaties borgt het inloopsprekuur de

laagdrempelige toegang tot de huisartsenzorg op de opvanglocaties. Het is echter ondoenlijk en onbetaalbaar om bijvoorbeeld ook de ziekenhuiszorg of specialistische zorg op de centra te realiseren. Hiervoor zal de asielzoeker moeten reizen. De kosten die voor het vervoer (met openbaar vervoer) worden gemaakt worden door het COA in principe vergoed. Daarnaast is op indicatie zittend ziekenvervoer mogelijk.

Op het aantal verhuisbewegingen is ook in reacties op andere onderzoeken en publicaties reeds ingegaan. Uitgangspunt voor het Kabinet is dat asielzoekers, en met name gezinnen met kinderen, zo min mogelijk verhuizen. Daartoe zijn ook diverse maatregelen getroffen. Een deel van de verhuisbewegingen is echter het gevolg van de verbeterde asielprocedure die op 1 juli 2010 in werking is getreden. Het verplaatsen van de rust- en voorbereidingstermijn en het verblijf dichtbij een aanmeldcentrum tijdens de algemene asielprocedure zijn maatregelen die juist mede in het belang van de asielzoeker zijn genomen. Hierbij draagt de gewijzigde asielprocedure tevens bij aan een kortere procedure, hetgeen uiteraard ook in het belang en voordeel van de asielzoeker is. Ook heb ik uw Kamer er eerder op gewezen dat een deel van de verhuizingen op het verzoek van de vreemdeling zelf gebeurt. Uiteraard is het wel van belang dat in geval van verhuisbewegingen de overdracht van medische zorg op een goede wijze geschiedt. Tussen COA en GC A zijn nadere afspraken gemaakt die de coördinatie van en een zorgvuldige overdracht bij verhuizingen moeten borgen.

*B. Overleg met het COA en met het Gezondheidscentrum Asielzoekers over het uitvoeringbeleid met betrekking tot het toekennen van zorgvervoer. De ketenpartners komen samen tot goede werkbare afspraken die recht doen aan het uitgangspunt dat de toegang tot zorg gewaarborgd moet zijn.*

Tijdige en goede beschikbaarheid van zittend ziekenvervoer is belangrijk. Vervoer zou in principe geen belemmering moeten zijn voor toegang tot medische zorg. Het COA onderzoekt op dit moment in overleg met Menzis COA Administratie (MCA) welke mogelijkheden er zijn om het vervoer efficiënter te regelen, waardoor de tijdige beschikbaarheid van zorgvervoer wordt verbeterd en de wachttijd kan worden verkort. Hiervoor wordt onder meer gekeken naar meer toegesneden taxivervoer en de mogelijkheid en wenselijkheid dat COA-locaties het taxivervoer rechtstreeks bij het taxibedrijf bestellen. Dit laatste draagt, naast de verhoogde efficiëntie, potentieel ook bij aan een positievere beleving van de beschikbaarheid en wachttijd bij vreemdelingen en de COA-medewerkers ter plaatse.

De focus in de verbeterslag ligt op het meer acute vervoer. Anders dan in de reguliere zorg wordt zittend ziekenvervoer bij asielzoekers ook ingezet in situaties waarin ambulancevervoer niet aan de orde is maar er wel ad hoc en in korte tijd taxivervoer nodig is. Dit stelt hogere eisen dan gebruikelijk aan de aanrijtijden van vervoerders<sup>3</sup>. Het COA is daarnaast met Menzis COA Administratie in gesprek over de mogelijkheden de indicatiestelling te verruimen, met in achtneming van het uitgangspunt zoveel als mogelijk aan te sluiten bij de reguliere zorg. Het verruimde beleid gaat naar verwachting in het eerste kwartaal 2014 van start. Voor schrijnende gevallen blijft een coulancregeling van toepassing.

---

<sup>3</sup> Het Nederlandse taxivervoer is niet berekend op (semi)snel, zeker niet in avond, nacht en weekend.



*C. Draag zorg voor meer kennis bij asielzoekers en bij zorgverleners over verschillende, vaak cultuurbepaalde, gezondheidssystemen. Wat kan een asielzoeker verwachten van het Nederlands gezondheidssysteem? Hoe werken gezondheidssystemen in andere landen?*

Uit het rapport blijkt dat een deel van de onvrede over de medische zorg voor asielzoekers is terug te voeren op het verwachtingspatroon dat de asielzoekers hebben van de zorg in Nederland. Dit wordt door ons niet bestreden. Aan de andere kant wordt de asielzoeker op dit moment herhaaldelijk en vanuit verschillende invalshoeken voorgelicht over de gezondheidszorg. Het COA (niet-medische gidsfunctie, maar ook zorgverleners (waaronder het GC A) zijn hiervoor verantwoordelijk. Daarnaast kunnen asielzoekers terecht bij VluchtelingenWerk Nederland die asielzoekers kunnen helpen bij het vinden van hun weg in Nederland. Verbeteringen liggen vooral in het verstevigen van de samenhang in de voorlichting. Het COA neemt daarom het initiatief om met de betrokken organisaties de verschillende voorlichtingsinspanningen te toetsen en af te stemmen. Daarbij zal ook aandacht zijn voor analfabetisme en laaggeletterdheid.

Aan de zorgverlenerskant vindt gerichte contractering plaats door Menzis COA Administratie. Hierbij is aandacht voor affiniteit met de doelgroep. Meer in het algemeen wordt het in Nederland tot de verantwoordelijkheid van de zorgverlener gerekend om adequaat rekening te houden met de achtergronden en beelden van de cliënt (culturele sensitiviteit). Organisaties als Pharos bieden hierin waar nodig ondersteuning.

*D. Informeer en overleg met het Gezondheidscentrum van de betreffende COA locatie over procedurele stappen als overplaatsen, in bewaring nemen of op straat zetten. Dit is van belang voor de continuïteit van de zorg, in verband met lopende of geplande onderzoeken of behandelingen en in verband met een goede overdracht van medische dossiers aan nieuwe zorgverleners.*

Net als de Nationale ombudsman vinden wij continuïteit van zorg zeer belangrijk. Dit is ook een onderwerp dat veel aandacht heeft gekregen naar aanleiding van het overlijden van de heer Dolmatov.

In dat kader worden momenteel verbeteringen doorgevoerd. Het onderzoek van de Nationale ombudsman wordt hierin betrokken. Daar waar er nog aanvullende afspraken nodig zijn tussen het GCA, COA en DJI zullen die worden gemaakt.

*E. Zorg voor een betere samenwerking tussen COA en het Gezondheidscentrum. Bij organisatorische wijzigingen die gevolgen kunnen hebben voor de medische zorg aan asielzoekers, zoals een wijziging in het type opvanglocatie van een AZC naar een gezinslocatie, zou het Gezondheidscentrum door COA als ketenpartner moeten worden gezien en eerder betrokken moeten worden. Op die manier kan het Gezondheidscentrum de consequenties van het beleid voor de medische dienst en de gezondheidszorg voor asielzoekers tijdig overzien en daarop anticiperen.*

Goede communicatie en samenwerking is altijd van belang. Zeker waar het betrekking heeft op de gezondheidszorg. Om de samenwerking tussen het GC A en het COA op de asielzoekerscentra te verbeteren, worden sinds het voorjaar van 2013 op alle COA-locaties gesprekken gevoerd die de onderlinge samenwerking verbeteren. In deze overleggen wordt onder meer aandacht besteed aan de verantwoordelijkheden en werkwijze van de betrokken medewerkers, de wederzijdse verwachtingen en de



afstemmingsmomenten. Waar nodig leiden deze overleggen tot nadere werkafspraken.

Ook aan de samenwerking met de Praktijklijn wordt gewerkt. Medewerkers van de Praktijklijn nemen deel aan de workshops die op de locaties worden georganiseerd. Omgekeerd bezoeken COA-medewerkers de Praktijklijn. Dit versterkt de wederzijdse kennis van en het begrip voor elkaars werkpraktijk.

## **2. Medische zorg in vreemdelingendetentie**

*A. Geef invulling aan het feit dat medische zorg in vreemdelingendetentie een specifieke groep betreft, niet alleen door te zorgen voor inhoudelijk aangepaste zorg, maar ook door de toegang tot zorg daarop aan te passen. Bevorder een goede toegang tot medische zorg door onbedoelde drempels weg te nemen.*

*B. Licht ingeslotenen in beginsel in over geplande onderzoeken en behandelingen buiten detentie, zodat zij zich hierop kunnen voorbereiden.*

*C. Betrek bij een beslissing van acute inzet (zoals de inzet van een isoleercel), zowel de veiligheidssituatie als de gevolgen voor het welbevinden door multidisciplinair overleg.*

De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) werkt op dit moment aan een rapport over de medische zorg in de detentiecentra op basis van meerdaagse bezoeken aan de detentiecentra waar vreemdelingenbewaring ten uitvoer wordt gelegd. Eind 2013 zal dit rapport opgeleverd worden.

DJI zal de verbeteracties op het gebied van de geboden medische zorg in de detentiecentra bezien en opstarten en de bovenvermelde drie aanbevelingen (A, B en C) daarin betrekken.

*D. Sta zelfzorgmedicatie op cel in beginsel toe.*

Het in het rapport geschetste beeld dat zelfzorgmedicatie op cel niet wordt toegestaan wordt niet herkend. Zelfzorgmedicatie wordt namelijk in beginsel wel toegestaan op cel, waarmee aan deze aanbeveling dus in huidige praktijk al tegemoet wordt gekomen. Echter indien er risico's zijn met betrekking tot de veiligheid in de inrichting (voor de ingeslotene zelf, mede-ingeslotenen, personeel of derden) kan zelfzorgmedicatie op cel worden beperkt.

*E. Vervoer mensen in vreemdelingendetentie niet meer geboeid, tenzij ze op een lijst staan vermeld als vluchtgevaarlijk. Maak duidelijke afspraken met DV&O over voorwaarden voor het afwijken van het advies van de directeur over het geboeid vervoeren.*

Deze aanbeveling is reeds overgenomen. Er is een nieuwe vervoersinstructie door DV&O opgesteld waarin is opgenomen dat vreemdelingen in principe niet meer geboeid worden tijdens het vervoer naar het ziekenhuis. Indien er risico's zijn op ontvluchting of andere veiligheidsrisico's die geboeid vervoer noodzakelijk maken dan kan daartoe wel besloten worden.

*F. Informeer en overleg met de medische dienst over procedurele stappen als uitzetten, overplaatsen of opheffen van bewaring. Dit is van belang voor de continuïteit van de zorg in verband met lopende of geplande onderzoeken of behandelingen en in verband met een goede overdracht van medische dossiers aan nieuwe zorgverleners.*

Met betrekking tot deze aanbeveling is het goed om op te merken dat DJI zelf geen beslissingen neemt in het kader van uitzetting, overplaatsing of opheffing van bewaring. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V). Er vindt intensief overleg plaats tussen DJI en DT&V in geval van uitzetting, overplaatsing of opheffing. Hierbij is ook aandacht voor het meegeven van het medisch dossier en medicatie. Het medisch dossier wordt niet standaard meegeleverd. In voorkomende gevallen – medische bijzonderheden – wordt bij opheffing van de bewaring voor twee weken medicatie, alsmede een overzicht van actuele medicatie (medicijnpaspoort) en een medisch paspoort (International Classification of Primary Care codes) meegegeven. De medische dienst van DJI bepaalt wat moet worden meegegeven.

Daarnaast vinden, zoals hiervoor aangegeven, er nog onderzoeken plaats en lopen er verbetertrajecten. De opvolging van deze aanbeveling past in de activiteiten die in dit kader zijn en worden ingezet.

### **3. Medische zorg op straat**

*A. Verstrek een CVZ-zorgpas aan ongedocumenteerden waarop staat vermeld dat zij recht hebben op medisch noodzakelijke zorg.*

De toegang tot de medische zorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen is ons inziens in Nederland goed geregeld. Als er een beroep wordt gedaan op de medische zorg, is het aan de zorgverlener om te beoordelen of sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Een zorgverlener mag iemand geen zorg weigeren. Om die toegang door middel van het introduceren van een zorgpas te regelen, is dan ook niet nodig.

Daarnaast is het niet mogelijk om een zorgpas voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen te introduceren. Met de invoering van de Koppelingswet (in 1998) en de daarmee verband houdende wijziging van de Zvw en AWBZ is namelijk het koppelingsbeginsel ingevoerd. Uitgangspunt daarbij was dat niet-toegelaten vreemdelingen die hier niettemin bestendig verblijven in het algemeen verstoken moeten blijven van verstrekkingen, voorzieningen en uitkeringen ten laste van de collectieve middelen. Achterliggende gedachte daarbij was dat moest worden voorkomen dat illegale vreemdelingen verstrekkingen en uitkeringen kunnen krijgen waardoor zij feitelijk in staat worden gesteld tot voortzetting van hun wederrechtelijk verblijf.

Ook de regeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet is geënt op dit koppelingsbeginsel: betrokkene dient de kosten van de zorg zelf te betalen. Alleen wanneer dit niet mogelijk blijkt te zijn, is er een regeling die er in voorziet dat de zorgverlener zijn kosten vergoed krijgt. Dat neemt niet weg dat aan deze groep mensen wel medisch noodzakelijke zorg wordt gegeven als dit nodig is.

Naast bovenstaande punten is het niet wenselijk om – vanwege praktische bezwaren – een zorgpas te introduceren. Het verstrekken van een «zorgpas» geeft in de eerste plaats schijnzekerheid. Er zal altijd een groep personen overblijven die niet beschikt over een pas. Het gevaar schuilt erin dat een zorgverlener mogelijk zorg weigert omdat iemand niet over een zorgpas beschikt. In de tweede plaats zou een dergelijke zorgpas een deur open zetten naar oneigenlijk gebruik, misbruik en fraude, doordat

een dergelijke pas wordt uitgeleend of verkocht, bijvoorbeeld aan onverzekerde verzekeringsplichtigen. Zorgpasfraude kwam vooral voor toen de identificatieplicht in de zorg nog niet was ingevoerd.

*B. Organiseer een (telefonisch) informatiepunt voor ongedocumenteerden en degenen die hen bijstaan, voor vragen over de toegang tot of het recht op zorg.*

Aan deze aanbeveling wordt al voldaan met het CVZ informatiepunt. Daarnaast geeft het CVZ op de website uitvoerige informatie voor vragen over de toegang tot of het recht op zorg.

Ook organisaties als VluchtelingenWerk Nederland, Pharos, Lampion en Dokters van de Wereld helpen de vreemdeling om zijn weg in de Nederlandse gezondheidszorg te vinden.

*C. Monitor de daadwerkelijke toegang tot zorg. Zorg voor zicht op de aard en omvang van de zorgvragen van ongedocumenteerden.*

Aan deze aanbeveling wordt al voldaan. Het CVZ registreert het feitelijk beroep dat op de regeling wordt gedaan en verstrekt jaarlijks de «Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen». Hierin worden tal van gegevens verstrekt over het daadwerkelijke zorggebruik op grond van deze regeling. Een deel van deze gegevens wordt opgenomen in de VWS-verzekerdenmonitor. Het CVZ heeft uiteraard geen zicht op het beroep dat niet op de regeling wordt gedaan.

*D. Inventariseer wat zorgverleners nodig hebben om drempels voor de zorg voor ongedocumenteerden weg te nemen en neem die drempels weg.*

Met de evaluatie van artikel 122a Zvw heeft er al een inventarisatie plaatsgevonden. Uit de evaluatie naar de regeling van artikel 122a Zvw zijn geen grote belemmeringen of drempels gebleken. Desgevraagd heeft het CVZ, dat in het kader van de uitvoering van de regeling met grote regelmaat contacten heeft met zowel een groot aantal zorgverleners als met belangenbehartigers van de groep illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, laten weten dat aan het CVZ niet duidelijk is welke drempels de Nationale ombudsman hierbij voor ogen heeft.

Het administratieve proces voor de zorgverlener beperkt zich tot het uitreiken van een nota aan de onverzekerbare vreemdeling en het invullen van een declaratieformulier met enkele summere gegevens. Declaraties worden door het CVZ vlot verwerkt en uitbetaald. Het CVZ verstrekt via de website uitvoerige voorlichting over de regeling en is telefonisch benaderbaar.

*E. Zorg dat er een instantie is die actief bemiddelt tussen ongedocumenteerden en zorgverleners als de ongedocumenteerde feitelijk problemen ondervindt bij de toegang tot medische zorg.*

In Nederland zijn diverse hulporganisaties werkzaam die zich onder andere bezig houden met het ondersteunen van illegaal in Nederland verblijvende personen bij hun vragen rondom medische zorg. Deze steunorganisaties zijn vertegenwoordigd in het Breed Medisch Overleg (BMO). Het Kabinet heeft waardering voor hun bemiddelende rol. Het is goed dat een bemiddelende rol bij dit soort problemen vervuld wordt door organisaties die ver op afstand staan van de overheid.

Juist ook vanwege het door de Nationale ombudsman zelf gesignaleerde wantrouwen, dat bij de doelgroep bestaat ten aanzien van overheidsinstanties en al diegenen die daarmee geassocieerd worden, lijkt ons dat een dergelijke rol goed wordt ingevuld door de bestaande organisaties. Bovendien is een belangrijke toegevoegde waarde daarbij dat ter plekke, in de woon- of verblijfplaats van de betrokken persoon, eventuele bemiddeling kan plaatsvinden. Eén instantie die centraal actief bemiddelt, werkt eerder ontoegankelijkheid in de hand dan dat het hiermee wordt opgelost.

Als al zou moeten worden opgeschaald en overleg nodig is met zorgverleners (vertegenwoordigd door onder meer Stichting Lampion) en zorgverzekeraars dan zal er gezamenlijk overleg tussen het BMO en Lampion moeten plaatsvinden.