

De aantallen zijn niet zo bijzonder, maar de

De wereld is de afgelopen maanden in de ban van vluchtelingen. Dat roept allerlei sociaal-maatschappelijke vraagstukken op. *De Eerstelijns* focust zich op de cijfers en op de gevolgen voor de (eerstelijns) gezondheidszorg.

Nederland heeft twee fundamenten die leidend zijn voor ons vluchtelingenbeleid. Ten eerste bepaalt de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1950) dat een ieder het recht heeft in andere landen asiel te zoeken en te genieten tegen vervolging wegens zijn ras, godsdienst, nationaliteit, het behoren tot een bepaalde sociale groep of zijn politieke overtuiging. Ten tweede regelt de Conventie van Genève betreffende de Status van Vluchtelingen uit 1966 (Vluchtelingenverdrag) de plicht van de aangesloten staten om asielaanvragen in behandeling te nemen. Daarnaast zijn er nog Europese verdragen en afspraken. Deze vormen nog steeds de basis voor ons huidige vluchtelingenbeleid.

Aantallen

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) schat dat er 200 duizend tot 250 duizend vluchtelingen in Nederland zijn. Ofwel ruim 1,3 procent van de totale bevolking. De instroom varieert, afhankelijk van de problemen in de wereld. Ten tijde van de Balkan-oorlog was er een duidelijke piek, maar de instroom komt de laatste twintig jaar gemiddeld uit op zo'n 30 duizend asielzoekers per jaar. Daarvan gaat eenderde na verloop van tijd terug of wordt uitgezet als de asielprocedure definitief is afgewezen. Het aantal illegaal in Nederland verblijvende mensen wordt geschat op enkele tienduizenden tot 100 duizend.

In de gehele wereld bedragen de meerjaren-migrantenstromen circa drie procent van de totale bevolking op aarde¹.

Maar door fluctuaties, regionale verschillen, groeiende wereldbevolking, internet en communicatiedichtheid is de subjectieve perceptie van individuen, groeperingen, landen en werelddelen anders. Daarnaast is de impact van honderden of duizenden asielzoekers in een kleine gemeenschap groot en leidt dat tot gemengde maatschappelijke reacties.

Terminologie en status

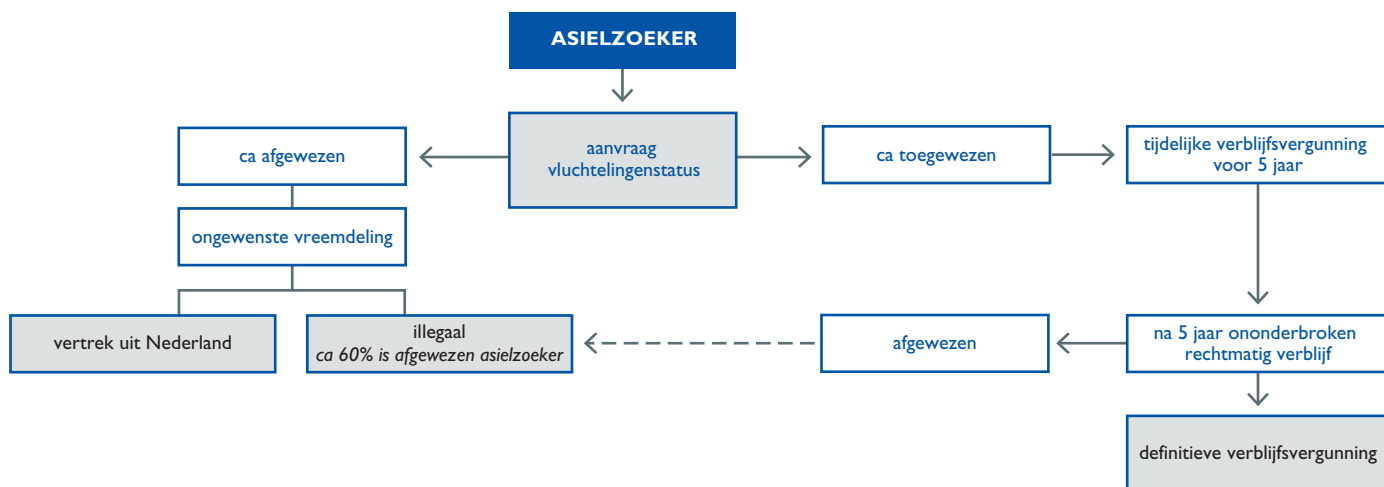
Om de verschillende posities te duiden, is een vereenvoudigd stroomschema opgesteld dat inzicht verschaft in de status.

Asielzoekers en gezondheidszorg

Grofweg kunnen we stellen dat asielzoekers dezelfde gezondheidszorg krijgen als andere Nederlanders in het kader van de Zvw, Wlz en publieke gezondheidszorg. Men valt onder de Regeling Zorg Asielzoekers, zolang de aanvraag voor een vreemdelingenstatus niet is afgewezen. Deze regeling wordt sinds 2009 uitgevoerd door zorgverzekeraar Menzis Holding, maar kent een volledig gescheiden bedrijfsvoering. Menzis draagt zorg voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Door schommelingen van aantallen asielzoekers en verplaatsingen, is het realiseren van landelijke dekking en het realiseren van continuïteit een opgave. Mede daarom zijn er enkele organisatorische oplossingen.

Bij binnenkomst worden asielzoekers naar het Landelijk Opvang Centrum in Ter Apel gestuurd. Daar vindt een algemene medische screening plaats en specifiek op besmettelijke ziek-

Figuur 1: Van de asielzoekers is circa 33 procent afgewezen en 67 procent toegewezen



aard van de problematiek wél

*De grote toenemende instroom van asielzoekers vergt momenteel extra inspanning om op tijd te voldoen aan de toenemende zorgvraag.
(Foto: Nienke Elenbaas, met dank aan GCA)*

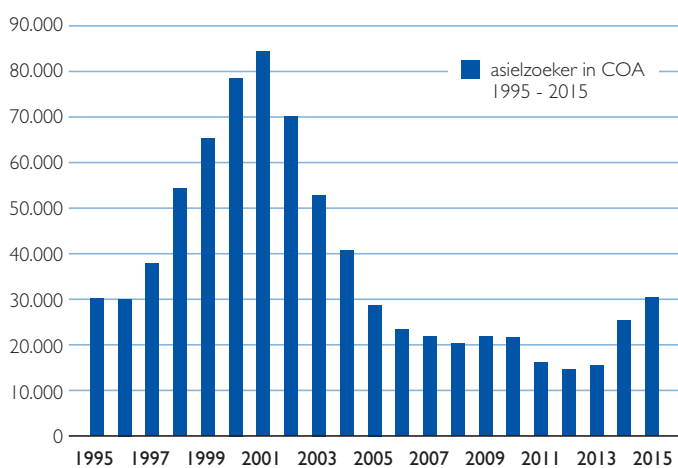
ten. Men wordt geregistreerd in de RZA. Er is een landelijk digitaal medisch dossier, waardoor bij overplaatsingen altijd adequate informatie beschikbaar is. Ook is er een telefonische hulplijn, een tolkenlijn, één huisartseninformatiesysteem en een gestandaardiseerde werkwijze in de gezondheidscentra asielzoekers met verregaande taakdelegatie tussen doktersassistente, praktijkondersteuner (ggz) en huisarts.

Ook zijn er inhoudelijke en financiële verschillen. Asielzoekers betalen geen eigen risico of eigen bijdrage (bijvoorbeeld voor medicijnen), omdat men daarvoor over het algemeen niet de middelen heeft. In het basispakket zijn er enkele beperkingen. Zo komen asielzoekers niet in aanmerking voor IVF of transgenderproblemen. Maar de tolk is noodzakelijkerwijs weer wel opgenomen in het basispakket, net zoals een eenvoudige voorziening voor oogafwijkingen – oftewel een bril. Dat geldt ook voor fysiotherapeutische zorg. Bij de verloskundige zorg vinden er, vanwege specifieke risico's bij deze doelgroep, extra controles plaats. Ook infectieziekten krijgen de eerste twee jaar van verblijf extra aandacht, zoals hiv, SOA, TBC et cetera.



Het SCP schat dat er 200 duizend tot 250 duizend vluchtelingen in Nederland zijn, ofwel 1,3 procent van onze totale bevolking

Figuur 2: Asielzoekers in COA 1995-2015



De taal- en cultuurverschillen, gecombineerd met de gruwelijkheden die asielzoekers vaak hebben doorgemaakt, terwijl ze ook nog ontheemd, onzeker en bij aankomst uitgeput en ondervoed zijn, zijn waarschijnlijk de belangrijkste verschillen met een doorsnee-patiëntenpopulatie. Asielzoekers hebben ook aanspraak op de Wmo, Participatiewet en de Jeugdwet die de gemeenten uitvoeren. Maar er is op dit moment geen centrale uitvoering, net als bij de Regeling verstrekkingen asielzoekers. Het is aan de gemeenten zelf om hier invulling aan te geven en daardoor ontbreekt het overzicht.

Kosten zorg

De totale kosten van de opvang van asielzoekers in 2014 waren 860 miljoen euro, ofwel circa 36 duizend euro per asielzoeker per jaar. De ziektekosten bedragen ongeveer twintig

procent daarvan, volgens *Elsevier* (april 2015) 6.160 euro per jaar. Dit komt ongeveer overeen met de kosten van de gemiddelde Nederlander in de Zvw en Wlz².

Definitieve verblijfsvergunning

Als er een definitieve verblijfsvergunning is verleend, stopt de Regeling Zorg Asielzoekers alle regelingen, wetten en aanspraken, en zijn de regelingen zoals bij alle andere Nederlanders van toepassing. In de overgang is dat soms lastig en complex, omdat het eigen risico dan wel van toepassing wordt verklaard. Maar daar staat het recht op zorgtoeslag tegenover. Ook de pakketverschillen leiden tot complexiteit: fysiotherapie en een bril zitten niet in het reguliere basispakket. Daarentegen ontstaat dan wel het recht op IVF en transgenderproblematiek.

Illegalen

Illegaal in Nederland verblijvende mensen heten in beleidsjargon “ongedocumenteerden”. Zij vallen buiten de Regeling Zorg Asielzoekers en hebben alleen recht op medisch noodzakelijke zorg binnen het kader van de Zvw en Wlz. Dit ter beoordeling van de individuele zorgaanbieder of zorgorganisatie. Hiervoor is vanzelfsprekend geen georganiseerd aanbod. Deze doelgroep maakt, waar nodig, terughoudend gebruik van het reguliere zorgcircuit. Men is vaak bang voor ontdekking. De zorgaanbieder is in het kader van zijn beroepsethiek verplicht deze zorg te verlenen.

De zorg wordt tussen de tachtig en honderd procent vergoed door Zorginstituut Nederland. Jaarlijks is hiermee zo'n 20 tot 25 miljoen euro gemoeid, waarvan circa 50 procent in ziekenhuizen, 25 procent in de ggz, 20 procent in de farmacie en 5 procent overig. In de eerstelijnszorg zijn huisartsen met ruim 500 duizend euro en verloskundigen met bijna 500 duizend euro de belangrijkste declaranten. Tachtig procent van de illegalen verblijft naar schatting in de vier grote steden Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA)

De Eerstelijns heeft van het GCA de volgende reactie gekregen: “Het GCA is gericht op een grote mate van flexibiliteit bij het leveren van zorg door het GCA. Men kan de capaciteit snel uitbreiden of juist afbouwen op basis van het aanbod vluchtelingen. Het opschalen gebeurt in goed overleg met het Centraal Orgaan Asielzoekers. Goede zorg ter plaatse is vereist voordat groepen in asielzoekerscentra worden gehuisvest. De grote toename van instroom van asielzoekers vergt op dit moment wel een enorme extra inspanning binnen de organisatie van het GCA om op tijd te voldoen aan de toenemende zorgvraag. Het budget is hierin volgend en levert geen beperkingen op³. Eerste uitgangspunt voor alle partijen blijft de beschikbaarheid van

goede zorg voor deze medisch zeer kwetsbare groep mensen. Evaluatie en verbeteringen zijn een latere zorg.”

Weerbarstige praktijk

De praktijk is soms weerbarstiger. Vooral de samenwerking met de ANW-zorg is complex. Huisartsenposten worden vaak kort van te voren op de hoogte gebracht van de komst van asielzoekers. Zeker de afgelopen periode. *De Eerstelijns* sprak Marcia Bos, adjunct-directeur huisartsenposten Nijmegen en verantwoordelijk voor de organisatie van de medische zorg aan drieduizend nieuwe asielzoekers in de regio. Zij komen op één locatie en dat geeft een andere organisatie dan spreiding in het gebied. Met een basisverzorgingsgebied van 450 duizend, regio Nijmegen, is de uitbreiding met drieduizend niet bijzonder. Maar de aard van de problematiek vraagt wel om extra aandacht.

De meest recente ontwikkeling in de opvang van vluchtelingen is de acute noodopvang (72 uur). Dan is de Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GHOR) van toepassing. Dat betekent dat de bestaande organisaties de acute medische zorg bieden onder coördinatie van de GHOR. Het Rode Kruis speelt hierbij meestal ook een rol. Daarom is er ook extra inzet nodig. Zeker nu de opvang in Ter Apel

de toestroom niet aankan, worden asielzoekers soms zonder screening doorgestuurd. Hoewel dat wel bekend is, treedt bij medische zorg een afwijkend protocol in werking om vooral TBC-verspreiding te voorkomen. Bij opname in het ziekenhuis is daarnaast het MRSA-protocol van toepassing. Ook heeft de huisartsenpost streefnormen die bij een normale bedrijfsvoering net haalbaar zijn. Een visite aan een verwarde asielzoeker die de taal niet spreekt, kan zo maar 1,5 uur duren en dan komen die streefnormen in het geding. Maar vooral de communicatie en afstemming met het netwerk van GCA (dagzorg), GGD en ggz geeft extra belasting. De beschikbaarheid van personeel beperkt zich met name tot de doktersassistentes. Daar is een tekort aan, dus moet er geïmproviseerd worden. Er zijn wel voldoende waarnemende huisartsen die extra diensten kunnen verrichten. Wat de effecten op de exploitatie zijn, wordt later wel met de zorgverzekeraar besproken. ‘Het verlenen van adequate medische zorg is nu het belangrijkste’, aldus betrokken bestuurder Marcia Bos. <<

Jan Erik de Wildt, directeur De Eerstelijns

Met dank aan Erik Dannenberg van BMC group, Jessica Winkelhorst van Menzis, en Marcia Bos van CHIN voor hun medewerking

¹ Sen Foundation 2015

² gegevens WMO en jeugdwet ontbreken