

Vergaderjaar 2009–2010

19 637

Vreemdelingenbeleid

Nr. 1305

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 oktober 2009

Bij brief van 16 december 2008 (Kamerstukken II 2008/09, 29 689, nr. 243) en in het Algemeen Overleg dat ik in de tweede termijn op 17 december 2008 had met uw Kamer over de brief «Naar een effectievere asielprocedure en een effectiever terugkeerbeleid» (Kamerstukken II 2007/08, 29 344, nr. 67), heb ik toegezegd uw Kamer te zullen informeren over een aantal aspecten die nog nader moesten worden uitgewerkt betreffende de verbeterde asielprocedure. Het ging hier enerzijds om de urennormering rechtsbijstand en de wijze waarop de continuïteit van de rechtsbijstandverlening het best kan worden gerealiseerd. Anderzijds zegde ik toe nog een nadere uitwerking te geven van de wijze waarop ik effectiever om wil gaan met medische aspecten in het vreemdelingenbeleid. In deze brief doe ik beide toezeggingen gestand.

Ten behoeve van de zorgvuldigheid is met het nakomen van de toezeggingen meer tijd gemoeid geweest dan aanvankelijk voorzien. Gedeeltelijk kwam dit door het in kaart brengen van de financiële consequenties van de maatregelen en het vinden van dekking hiervoor. Een belangrijk deel van deze tijd is echter ook besteed aan zorgvuldige afstemming met direct betrokkenen. Voor wat betreft rechtsbijstand heb ik mij laten adviseren door een projectgroep waar onder andere de raad voor rechtsbijstand en enkele advocaten in participeerden. Met hen heb ik zelf ook nog overleg gehad. Voor wat betreft de medische problematiek in het vreemdelingenbeleid zijn onderstaande inzichten mede gebaseerd op bijeenkomsten van de stuurgroep (en de daaronder hangende werkgroep) «medisch» onder leiding van het Programma Invoering Verbeterde Asielprocedure. In deze stuurgroep participeerden onder meer Pharos, het Meldpunt Asielzoekers met Psychische Problemen, Vluchtelingenwerk Nederland, Amnesty International, COA, GGZ, GGD Nederland, de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De meeste deelnemers van de stuurgroep zijn daarnaast individueel benaderd om hun visie op de wijze van omgaan met medische problematiek in het vreemdelingenbeleid toe te lichten. Voor beide onderwerpen is zoveel als mogelijk consensus bereikt over de hieronder beschreven maatregelen,

hoewel dit niet noodzakelijkerwijs betekent dat alle deelnemers met alle voorstellen instemmen.

A. Rechtsbijstand in de verbeterde asielprocedure

Tijdens de asielprocedure is een goede rechtsbijstandverlening van cruciaal belang. Het is wenselijk dat een asielzoeker, voor zover mogelijk, steeds door één en dezelfde advocaat wordt bijgestaan gedurende de gehele procedure. Deze zogenaamde continuïteit van rechtsbijstand bevordert de vertrouwensband tussen de asielzoeker en zijn of haar advocaat. Ook levert het tijdwinst én meer zorgvuldigheid op doordat er minder overdrachtsmomenten zijn. Om te bezien op welke wijze de continuïteit kan worden bevorderd, heb ik mij uitgebreid laten adviseren door vertegenwoordigers van de asieladvocatuur. Op basis hiervan heb ik het volgende besloten.

Het zoveel mogelijk inzetten van één advocaat vereist een aantal organisatorische maatregelen, alsook de nodige flexibiliteit van de asieladvocaat. Om hieraan tegemoet te komen heb ik besloten akkoord te gaan met de mogelijkheid de asielzoeker naar de advocaat toe te laten reizen. Dit wordt echter uitsluitend toegestaan in de zogenaamde rust- en voorbereidingsstermijn (RVT) en niet gedurende de algemene asielprocedure.¹ Om de rechtsbijstandverlener nog meer flexibiliteit te bieden, heb ik daarnaast besloten op dag 2 van de algemene asielprocedure (AA), wanneer het eerste gehoor wordt nabesproken en het nader gehoor wordt voorbereid, de rechtsbijstand middels een spreekuurvoorziening te laten plaatsvinden. Een combinatie met een spreekuurvoorziening is verdedigbaar vanuit het uitgangspunt dat het spreekuur als het ware een «verlengde arm» is van de advocaat die de cliënt al in de rust- en voorbereidingsstermijn heeft gesproken. Een spreekurfaciliteit op dit moment in de algemene asielprocedure maakt ook de rest van de procedure beter planbaar voor de advocatuur. Uiteraard zal het de advocaat worden toegestaan zélf rechtsbijstand te verlenen, ook op dag 2, mits hij bereid is hiervoor naar het aanmeldcentrum te reizen.

Nauw samenhangend met de continuïteit van de rechtsbijstandverlening is het aantal uren rechtsbijstand dat wordt verleend, hetgeen wordt uitgedrukt in de *puntennormering*. Conform het advies van de hiertoe in het leven geroepen projectgroep «Uren rechtsbijstand», heb ik besloten in de algemene asielprocedure (inclusief de rusten voorbereidingsstermijn) maximaal 12 punten rechtsbijstand toe te kennen. Daarbij wordt vastgehouden aan de bestaande modulaire opbouw ter vaststelling van het forfait, hiermee aansluitend bij de regelgeving voor advieszaken zoals neergelegd in artikel 5 van het Besluit vergoedingen rechtsbijstand 2000. Overigens geldt het maximum van 12 punten uitsluitend voor zaken die tot en met de zienswijze in de algemene asielprocedure worden behandeld; zaken die in een eerder stadium worden doorverwezen naar de verlengde procedure dan wel worden ingewilligd na het nader gehoor vereisen minder rechtsbijstand tijdens de algemene asielprocedure. Het gemiddeld aantal punten dat zal worden toegekend bedraagt 8.

Wat betreft de rechtsbijstandverlening tijdens de verlengde asielprocedure (VA) heb ik besloten een maximum van 5 punten te verlenen, onder bijzondere omstandigheden te verhogen met 2 punten. Dit laatste is het geval in de uitzonderlijke situatie dat een aanvullend nader gehoor plaatsvindt. In dergelijke gevallen zal derhalve het forfait uitkomen op een maximum van 7 punten.

¹ Voor de dagindeling in de algemene asielprocedure, zie bijlage 1. Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Resumerend ben ik van mening dat met deze invulling van de rechtsbijstandverlening aan asielzoekers gedurende de asielprocedure

recht wordt gedaan aan de uit de «asielbrief» van 24 juni 2008¹ voortvloeiende doelstellingen ten aanzien van rechtsbijstand: (1) een verantwoorde uitbreiding van de taken – en dus de uren – van rechtsbijstand, onder meer door hun rol in de rust – en voorbereidingstermijn; (2) mede hierdoor een verbetering van de kwaliteit en zorgvuldigheid van de asielprocedure; en (3) optimalisering van rechtsbijstand in de asielprocedure.

B. Medische problematiek en het vreemdelingenbeleid

In genoemde brief van 16 december 2008 is toegezegd uw Kamer te zullen informeren over medische aspecten in de asielprocedure. Ik kondigde hierbij aan dat hierbij ook een aantal andere aspecten zou worden betrokken met betrekking tot medische problematiek en het vreemdelingenbeleid. Hierbij werd met name gedoeld op het briefadvies van de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken over medische aspecten (ACVZ, 2 april 2008) en het rapport «Arts en Vreemdeling» van de commissie Klazinga (19 december 2007) voor zover dit het werkterrein van het vreemdelingenbeleid betreft².

Vreemdelingen, zowel asielzoekers als reguliere migranten als illegalen, kunnen ziek zijn of ziek worden. Uiteraard moeten zij dan toegang hebben tot de medisch noodzakelijke zorg. Dit is van belang voor hen zelf maar ook vanuit het oogpunt van de volksgezondheid in Nederland, bijvoorbeeld als het om infectieziekten gaat. De medische problematiek kan echter ook vreemdelingrechtelijk relevant zijn: het kan bijvoorbeeld interfereren met het vermogen in de asielprocedure te worden gehoord of een consistente en coherente verklaring af te leggen. Medische problematiek kan in sommige gevallen een rol spelen in de beoordeling van het asielverzoek. Soms kunnen medische problemen ook op zichzelf reden zijn om verblijf in Nederland toe te kennen, dan wel uitzetting (tijdelijk) achterwege te laten. In de huidige praktijk zie ik dat medische problematiek regelmatig leidt tot herhaalde en/of vervolgaanvragen (zowel asiel als regulier) dan wel problemen in het terugkeerproces. Het kan dan ook gaan om vreemdelingen die niet langer recht hebben op opvang en dus «op straat» komen te staan.

De inzet van dit kabinet is om daar waar sprake is van vreemdelingrechtelijk relevante medische problematiek deze zo snel mogelijk aan de orde te laten komen en te toetsen aan de betreffende vreemdelingrechtelijke kaders. Dit betekent niet dat méér vreemdelingen op medische gronden verblijf in Nederland zullen krijgen; het inhoudelijk toetsingskader blijft identiek aan het huidige. Het betekent wél dat er al in de asielprocedure meer rekening zal worden gehouden met medische problematiek van asielzoekers. Een beroep op verblijf in Nederland op medische gronden zal niet pas ná de asielprocedure wordt beoordeeld, maar in een zo vroeg mogelijk stadium, zoveel mogelijk parallel aan de asielprocedure. Daardoor zullen minder vreemdelingen (ex-asielzoekers) met medische problematiek op straat komen te staan na de afwijzing van hun asielverzoek, terwijl er een aanvraag tot verblijf op medische gronden in behandeling is. Hiermee wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan het tegengaan van herhaalde en/of vervolgaanvragen en van de, met name door gemeenten gevoelde, problematiek van rechtmatig verblijvende vreemdelingen zonder opvang. Vroegtijdige signalering en opvolging van medische problematiek is daarmee in het belang van de vreemdeling én de overheid én de Nederlandse samenleving.

De doelstelling om medische problematiek zo vroeg mogelijk te signaleren en te bezien op vreemdelingrechtelijke consequenties, zónder dat dit ongewenste (aanzuigende) neveneffecten heeft, heeft mij ertoe gebracht het gehele beleidskader «medisch» ten aanzien van het vreemdelingen-

¹ Kamerstukken II, 2007/08, 29 344, nr. 67.

² De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft bij nota van 4 maart 2008 gereageerd op de adviezen en richtlijnen in het rapport van de commissie Klazinga voor zover deze betrekking hebben op het werkterrein van diens ministerie (Kamerstukken II, 2007/08, 31 249, nr. 7).

beleid opnieuw te bezien. In deze brief zal ik ingaan op het medisch advies in de rust- en voorbereidingstermijn (RVT) (deel I), medisch steunbewijs en het Istanbul Protocol (deel II), medische aspecten parallel aan de asielprocedure (deel III) en het (reguliere) medische toelatingskader (deel IV).

In deze brief ga ik niet in op de motie van het lid Spekman c.s. van 17 december 2008. Deze motie ziet op het bieden van opvang aan uitgeprocedeerde asielzoekers met rechtmatig verblijf die om medische redenen een aanvraag hebben ingediend. Hierbij zijn met name de werking van een snel filter en de doorlooptijden van medische advisering aandachtspunten die momenteel in een ex ante uitvoeringstoets nader worden bezien. Op basis van de uitkomsten van deze toets zal uw Kamer vóór het einde van dit jaar worden ingelicht over de wijze waarop ik de uitvoering van de motie ter hand zal nemen. Wel moge het duidelijk zijn dat hoe beter het kabinet in staat is om de maatregelen die in deze brief worden genoemd uit te voeren, hoe kleiner de doelgroep van deze motie zal zijn. Vaak zal medische problematiek dan immers al onderkend zijn gedurende de asielprocedure, en niet pas nadat de asielzoeker uitgeprocedeed is.

I. Medisch advies in de rust- en voorbereidingstermijn (RVT)

In de «asielbrief» van 24 juni 2008 werd gesproken over het «onderkennen van medische problemen» en het «signaleren van medische aspecten». In de aanvullende brief aan uw Kamer van 16 december 2008 wordt gesproken van een «medische check». Op advies van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de medische beroepsgroep wordt het gebruik van de term «medische check» (en zo ook «medische screening») ontraden: deze termen impliceren dat er specifiek naar (een) bepaalde aandoening(en) wordt gezocht en zijn niet helder wat betreft de scheiding tussen curatieve zorg en medisch advies. Het doel dat wordt beoogd, namelijk een advies aan de IND met betrekking tot de asielprocedure en (eventueel) een advies aan de asielzoeker met betrekking tot de mogelijkheid zich tot een huisarts te wenden voor de benodigde zorg, laat zich het beste vangen onder de term «medisch advies» waarbij de toevoeging «in de RVT» het onderscheid met een advies van het Bureau Medische Advisering (BMA) ten behoeve van een vreemdelingrechtelijke beslissing duidelijk maakt.

In de brief aan uw Kamer van 16 december jl. zijn de contouren geschetst van het medisch advies in de RVT. Deze contouren zijn ook in de verdere bespreking van de vormgeving van het medisch advies in de RVT richtinggevend gebleven. De belangrijkste doelstellingen van het medisch advies in de RVT zijn (1) dat asielzoekers die dat nodig hebben op de weg naar de zorg wordt gewezen en (2) dat aan de IND advies wordt uitgebracht met betrekking tot gezondheidsklachten die van invloed kunnen zijn op het horen en de interpretatie van het gehoor. Dit advies aan de IND kan ook een signalerende functie hebben met betrekking tot de mogelijkheid dat de medische problematiek op zichzelf (dus niet asielgerelateerd) een grond voor verblijf in Nederland zou kunnen zijn. Op dit laatste aspect wordt verder ingegaan in deel II – medische aspecten parallel aan de asielprocedure.

Uitgangspunt van het model is dat het medisch advies in de RVT in zijn geheel tijdens de RVT wordt afgerond. Dit betreft een primaire signalering door de sociaal verpleegkundige en, indien er sprake is van medische problematiek die van invloed kan zijn op het horen of de interpretatie van het gehoor, een advies van een sociaal geneeskundige.

Belangrijke randvoorwaarden voor het medisch advies in de RVT zijn:

- ieder medisch advies is vrijwillig en kan alleen worden uitgevoerd met schriftelijke toestemming van de vreemdeling; weigering van een medisch advies mag de vreemdeling niet worden tegengeworpen;
- het medisch advies in de RVT mag niet de enige weg naar medisch noodzakelijke zorg zijn; die zal in iedere fase van de asielprocedure – indien nodig – toegankelijk zijn, los van de vraag of een asielzoeker een medisch advies in de RVT heeft gehad;
- het medisch advies in de RVT moet gepaard gaan met voorlichting; in die voorlichting zal specifiek aandacht worden besteed aan het vreemdelingrechtelijk belang om medische problematiek in een zo vroeg mogelijk stadium naar voren te brengen;
- de scheiding tussen de zorg- en adviesfunctie van artsen moet worden geborgd. Uitgangspunt is dat een medisch adviseur niet zelf de zorgverlener of toegang tot de zorgverlener mag zijn; echter, aangezien de verpleegkundige/adviseur voor de meeste asielzoekers de eerste is die navraag doet naar hun gezondheidssituatie, en eventuele medische problemen signaleert, kan hij de asielzoeker wel het advies geven hiermee naar de huisarts te gaan.

In de huidige situatie wordt in de TNV en tijdens de AC-procedure alleen medisch noodzakelijke zorg geboden. Hiermee wordt getracht te voorkomen dat zorgtrajecten worden ingezet die niet kunnen worden afge maakt omdat het asielverzoek intussen wordt afgewezen. Nog los van de medisch-ethische aspecten hiervan zou het ongeclausuleerd inzetten van medische behandeling verwachtingen kunnen wekken en zelfs aanzuigend kunnen zijn. Daarom zal ook in de nieuwe situatie primair de noodzakelijke medische zorg worden geboden, waarbij inbegrepen de zorg die nodig is om verslechtering van de medische situatie op een later moment te voorkomen.

Geconstateerd is dat de informatie die wordt vergaard in het kader van het medisch advies in de RVT in hoge mate overeen komt met de informatie die Menzis/Gezondheidscentrum Asielzoekers (GCA) vergaart in haar intake op het moment dat iemand instroomt in een asielzoekerscentrum. Er zal naar worden gestreefd om tot een werkwijze te komen waarbij deze dubbeling wordt voorkomen, bijvoorbeeld door te werken met «compatible» elektronische informatiesystemen.

II. Medisch steunbewijs/Istanbul Protocol

Zoals ook op 16 december 2008 aan uw Kamer is gemeld, is een mogelijk derde doel van het medisch advies in de RVT het mee laten wegen van medische informatie in de beoordeling van het asielrelaas, als zgn. «steunbewijs». In dit verband zijn twee vragen relevant: (1) moet in beleid worden geregeld dat medische aspecten als steunbewijs bij asielverzoeken kunnen dienen? (2) en moet aan dit aspect ook specifiek aandacht worden gegeven in het medisch advies in de RVT?

Ad (1)

Het beleid zoals dat nu is neergelegd in de Vreemdelingencirculaire 2000 (C14/4.4.4) stelt dat bij de beoordeling van een asielaanvraag medische aspecten in beginsel geen rol spelen, aangezien er medisch (meestal) geen zekere uitspraken zijn te doen over de oorzaak van medische klachten en/of littekens. Voorstanders van het laten meewegen van medische aspecten als steunbewijs stellen echter dat er wel uitspraken te doen zijn over de *mate van waarschijnlijkheid* dat de gestelde gebeurtenissen de oorzaak zijn van medische klachten en/of littekens. In de rapportages van de Medische Onderzoeksgroep van Amnesty International wordt hier uitvoerig aandacht aan besteed. Medewerkers van de IND houden waar relevant wel rekening met dergelijke rapportages. Het ligt in de rede in de

Vreemdelingencirculaire op te nemen dat door de asielzoeker ingebracht steunbewijs, zoals Amnesty-rapportages, wordt meegenomen in de weging van het gehele feitencomplex, waarbij het zo blijft dat de beschermingsbehoefte primair wordt bepaald door de aannemelijkheid van het gestelde in het asielrelaas. De Vreemdelingencirculaire zal hierop worden aangepast.

Relevant in deze context is het Istanbul Protocol. Het Istanbul Protocol is een verzameling *niet-bindende* richtlijnen voor onderzoek en documentatie van martelingen en andere wrede behandelingen of straffen, door de VN in 1999 geadopteerd. Het Protocol richt zich primair op onderzoek en rapportage voor strafrechtelijke procedures. Hoewel het Protocol in eerste instantie dus niet is opgesteld met het oog op de asielprocedure wordt in het Protocol wel vermeld dat medische bevindingen ten aanzien van marteling als bewijs kunnen worden gebruikt in asielprocedures. Overigens gaf de ACVZ in haar briefadvies van 2 april 2008 aan het van belang te achten dat het Istanbul Protocol in de Nederlandse asielprocedure wordt geïmplementeerd.

Door het niet buiten beschouwing laten van door de vreemdeling aangevoerd medisch steunbewijs wordt voldaan aan de richtlijnen van het Istanbul Protocol. Het uitgangspunt dat medische bevindingen ten aanzien van marteling moeten worden beoordeeld in de context van het gehele feitencomplex en dat het aan de vreemdeling is om het mogelijk belang van de medische aspecten voor het asielverzoek met een geloofwaardig relaas aannemelijk te maken, hoeft hiervoor niet te worden verlaten.

Overigens zal dit een onderwerp zijn dat in de toekomst ook in de onderhandelingen over de Procedurerichtlijn van de Europese Unie een rol zal spelen. Nederland zal actief aandacht vragen voor dit onderwerp in de hoop te komen tot een EU-breed gedeeld standpunt ten opzichte van het Istanbul Protocol en de wijze van omgaan met medisch steunbewijs.

Ad (2)

Het is de vraag of binnen de kaders van het medisch advies in de RVT, waar vanuit kosten- en efficiencyoverwegingen geen sprake zal zijn van een uitgebreid 2–3 uur durend onderzoek zoals bij de uitgebreide rapportages van de Medische Onderzoeksgroep van Amnesty International, zodanig kan worden ingegaan op de oorzaken van de medische problematiek dat de adviseur iets zinvols kan zeggen over waarschijnlijkheid en causaliteit. Artsen zullen hier, ook met het oog op tuchtrechtelijke procedures, zeer terughoudend in zijn. Het feit dat er nimmer met zekerheid uitspraken zijn te doen over het verband tussen de lichamelijke toestand van een asielzoeker en de oorzaak die hieraan volgens hem ten grondslag ligt en de omstandigheid dat dit steunbewijs nimmer los van de verklaringen van betrokkene kan worden beoordeeld, maakt de toegevoegde waarde van dit soort onderzoek voor het nemen van beslissingen zeer beperkt. Het standaard meenemen van medisch steunbewijs in het medisch advies heeft dan met name symbolische waarde en is in beginsel niet noodzakelijk voor het nemen van een beslissing. Ook geldt dat in de RVT nog geen gehoor is afgenomen en er dus nog geen verklaringen van de asielzoeker bekend zijn die kunnen worden gerelateerd aan de geconstateerde medische problematiek. De medisch adviseur zou dan mogelijk als eerste in moeten gaan op het asielrelaas, voor zover relevant voor de medische problematiek. Om deze redenen zal het vaststellen van medisch steunbewijs geen onderdeel uitmaken van het medisch advies in de RVT.

Vrouwelijke Genitale Verminking (VGV) en het medisch advies in de RVT
Een uitzondering op het standpunt dat medisch steunbewijs slechts een beperkte rol kan spelen in de asielprocedure is het beleid op het gebied

van VGV. Zoals eerder dit jaar in antwoord op kamervragen van het lid De Krom (VVD) gemeld en in een Algemeen Overleg met uw Kamer over VGV door de Minister van Justitie toegelicht¹, is het mijn voornemen om, indien asiel wordt gevraagd op grond van dreigende VGV in het land van herkomst, een (vrijwillige) verklaring te vragen waarin een arts verklaart dat er nog geen VGV heeft plaatsgevonden. Bij de aanvraag van een vergunning voor onbepaalde tijd, na vijf jaar, zal nogmaals om zo'n verklaring worden gevraagd. Hiermee zal eventueel misbruik van asiel worden tegengaan, maar ik verwacht ook dat dit een preventieve werking zal hebben ten opzichte van VGV.

Het ligt voor de hand om hier ook in het medisch advies aandacht aan te besteden. Er kan, bij meisjes uit risicolanden, voorlichting worden gegeven over de strafbaarheid en gezondheidsrisico's van VGV. In het geval daadwerkelijk asiel op deze grond wordt aangevraagd, kan van de aanwezigheid van een medisch adviseur gebruik worden gemaakt om een verklaring te verkrijgen dat een meisje niet besneden is. Medisch adviseurs zullen worden getraind om het lichamelijk onderzoek ten behoeve van een dergelijke verklaring te kunnen uitvoeren, en VGV in alle verschijningsvormen te herkennen. VWN en rechtsbijstand zal tevens worden verzocht hier in hun voorbereiding en voorlichting gedurende de RVT aandacht aan te besteden.

III. Medische aspecten parallel aan de asielprocedure

Wanneer er sprake is van ernstige medische problematiek kan er, los van de asielprocedure, reden zijn om de vreemdeling op basis van zijn medische problematiek verblijf in Nederland te verlenen. Uitgangspunt is dat niet wordt gewacht met het beoordelen van deze informatie tot de asielprocedure is afgerond. Zo kan zoveel mogelijk worden voorkomen dat vreemdelingen die aan de voorwaarden voldoen voor verblijf op medische gronden, bij het beëindigen van hun asielprocedure een periode buiten de opvang vallen. Ook is het van belang dat mogelijke medische uitzettingsbeletselen niet pas op het moment van terugkeer worden ingebracht. Bij afwijzing van het asielverzoek moet daarom meer dan nu het geval is al naar medische aspecten zijn gekeken, ook ten behoeve van het terugkeerproces. Tegelijkertijd moet echter worden voorkomen dat de asielprocedure een route wordt om snel tot een vergunning op medische gronden te komen. Dit zou immers de asielprocedure onnodig belasten met – feitelijk reguliere – zaken. Daarom wordt voorgesteld om vreemdelingen die hiervoor in aanmerking komen, na het doorlopen van de asielprocedure eerst een vorm van tijdelijk uitstel van vertrek en opvang op basis van artikel 64 Vw2000 te verlenen. Dit betekent dat artikel 64 Vw een bredere invulling krijgt en daarmee anders wordt toegepast dan thans het geval is. Hier wordt verder op ingegaan in deel IV – het (reguliere) medische toelatingskader.

Beschrijving parallele procedure

Op basis van bovenstaande uitgangspunten verloopt een parallele procedure op hoofdlijnen als volgt:

In veel gevallen zal medische problematiek bekend worden door het medisch advies dat in de RVT plaatsvindt. Echter, om een beoordeling van de aard en ernst van de medische problematiek te kunnen maken, op basis waarvan een vreemdelingrechtelijke beslissing kan worden genomen – kortom, om de parallele procedure te kunnen starten – is een diagnose van een behandelend arts nodig, waar (afhankelijk van het benodigd specialisme en doorlooptijd van diagnostisch onderzoek) een wachttijd mee gemoeid kan zijn. De IND kan, na een redelijke termijn, BMA verzoeken de behandelend arts te benaderen. Hiervoor is uiteraard

¹ Kamerstukken II 2008/09 nr. 1976 en Kamerstukken II 2008/09 28 345, nr. 88.

toestemming nodig van de asielzoeker, die ook zal moeten worden voor- gelicht over zijn belang bij het starten van een parallelle procedure. BMA kan dan beoordelen of er sprake is van een situatie waarbij de asielzoeker lijdt aan een ziekte, waarvan op basis van de huidige medisch- wetenschappelijke inzichten vast staat dat het achterwege blijven van behandeling op korte termijn zal leiden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke ziekte én of er behandelmogelijkheden zijn in het land van herkomst. Op basis van dit advies kan de IND op het moment dat het asielverzoek eventueel wordt afgewezen, artikel 64 Vw toepassen, dan wel expliciet afwijzen. In dit laatste geval is wel de voorwaarde dat de vreemdeling voor de beslissing op het asielverzoek in de gelegenheid is gesteld zijn zienswijze te geven op het voornemen om de uitzetting niet op grond van artikel 64 achter- wege te laten.

Als de medische problematiek op een later moment tijdens de asiel- procedure ontstaat of naar voren komt, kan aan de vreemdeling worden gevraagd om zich met zijn medisch relevante gegevens te melden bij de IND, die dan BMA om een advies kan verzoeken. De huidige werkwijze, waarbij de medische dossiers van asielzoekers digitaal worden bewaard, vergemakkelijkt dit.

Idealiter zal de beslissing op asiel en de beslissing op artikel 64 Vw zoveel mogelijk worden samengenomen. Dit zal over het algemeen weinig problemen met zich meebrengen als het asielverzoek in de verlengde asielprocedure wordt afgedaan. Voorkomen moet echter worden dat, vanwege de doorlooptijd van het medisch traject en de parallelle proce- dure, zaken worden doorverwezen naar de verlengde asielprocedure of de RVT sterk wordt verlengd terwijl de besluitvorming, wat betreft asiel, in de algemene asielprocedure kan worden afgedaan. In die gevallen is het raadzaam de koppeling los te laten en in de algemene asielprocedure alvast te beslissen op asiel.

Mocht er pas medische problematiek blijken na het medisch advies in de RVT en gedurende de asielprocedure, zal worden getracht dit (middels een spoedadvies) nog mee te nemen in de meeromvattende beschikking. Als medische problematiek ontstaat, of wordt gemeld, in de beroepsfase zal dit op basis van de verruimde ex-nunctoetsing ook bij de beroepszaak worden betrokken, tenzij de goede procesorde zich hiertegen verzet of de zaak daardoor ontoelaatbaar wordt vertraagd. Als medische problematiek pas ontstaat, of wordt gemeld, nadat ook de beroepsprocedure is afge- rond valt dit buiten de reikwijdte van de hier beschreven parallelle proce- dure. Dan geldt, net als nu het geval is, dat er ofwel een reguliere medi- sche aanvraag kan worden gedaan (met volle toetsing aan de hierbij geldende voorwaarden: leges, mvv-vereiste, is Nederland het meest aangewezen land etc.) ofwel dat een beroep kan worden gedaan op artikel 64 Vw. Als in dit geval negatief wordt geoordeeld staan hier, net als thans het geval is, de normale bezwaar- en beroepsmogelijkheden voor open. De wenselijkheid tot het samennemen van de asiel- en de artikel 64 Vw beslissing zal dus flexibel moeten worden beoordeeld.

Het is niet zo dat uitgeprocedeerde asielzoekers die een beroep doen op toelating tot Nederland op medische gronden, maar hebben nagelaten dit al tijdens het medisch advies of parallel aan de asielprocedure in te brengen, uitgesloten kunnen worden van vervolgaanvragen. De medische problematiek kan immers pas later zijn ontstaan. Er zal altijd moeten worden beoordeeld of er (nieuwe) feiten en omstandigheden zijn waar- door verblijf in Nederland op medische gronden noodzakelijk is of uitzet- ting onmogelijk. Wel is het zo dat hoe recenter de periode in de opvang of een eventuele parallelle procedure is, hoe makkelijker en sneller een

nieuwe beoordeling kan worden gemaakt. De documentatie, in de vorm van een digitaal patiëntendossier dan wel een BMA-advies, is dan immers nog tamelijk recent en behoeft dan mogelijk slechts een «update». De vreemdeling zal ook worden gewezen op het belang van het vroegtijdig melden van medische problematiek met het oog op de parallelle procedure, om zo te voorkomen dat hij uit de opvang wordt gezet na een negatieve asielbeslissing zonder dat zijn medische problematiek is beoordeeld. De kwestie van opvang voor uitgeprocedeerde asielzoekers gedurende hun aanvraag op medische gronden, valt binnen het bereik van de eerdergenoemde motie-Spekman c.s., waarover u op een later moment op basis van de resultaten van een ex-ante uitvoeringstoets zal worden geïnformeerd.

IV. Het (reguliere) medische toelatingskader

Toelating tot Nederland op medische gronden is momenteel op diverse manieren mogelijk. In het kader van asiel is toelating op medische gronden aan de orde als sprake is van uitsluiting van medische behandeling in het kader van vluchtelingrechtelijke vervolging of als er sprake is van ongeneeslijke ziekte in een vergevorderd en direct levensbedreigend stadium en uitzetting wegens gebrek aan medische voorzieningen en sociale opvang in het land waarnaar wordt uitgezet, kan leiden tot schending van artikel 3 EVRM. Naast de procedurele maatregelen die in deel I, II en III van deze brief zijn geschetst, ben ik niet voornemens de toelatingsgronden bij medische problematiek in de asielprocedure in materiële zin te wijzigen.

Ook reguliere toelating op medische gronden is op verschillende manieren mogelijk.

- Er kan een reguliere vergunning «medische behandeling» worden aangevraagd indien Nederland het meest aangewezen land voor de behandeling is, het om een noodzakelijke medische behandeling gaat en de financiering van deze behandeling deugdelijk is geregeld.
- Indien niet wordt voldaan aan deze voorwaarden, maar stopzetting van de medische behandeling een medische noodsituatie zal doen ontstaan, behandeling niet in het land van herkomst of ander land waarheen betrokkene zich kan verwijderen kan plaatsvinden en de benodigde behandeling ter voorkoming van het ontstaan van deze noodsituatie naar verwachting langer dan één jaar zal duren, kan een verblijfsvergunning «verblijf vanwege medische noodsituatie» worden verleend. Er is sprake van een medische noodsituatie als het gaat om een ziekte waarvan vaststaat dat het achterwege blijven van behandeling op korte termijn (dat wil zeggen binnen drie maanden) zal leiden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade.
- Een verblijfsvergunning regulier «buiten schuld» op medische gronden kan bijvoorbeeld worden verleend wanneer niet kan worden voldaan aan de door BMA voorgeschreven reisvoorwaarden en het duidelijk is dat de vreemdeling en de betrokken instanties tevergeefs alle inspanningen hebben verricht om het vertrek uit Nederland te realiseren.
- Ook is het mogelijk om bij een reguliere aanvraag onder een andere beperking, bijvoorbeeld gezinsvorming, vrijstelling van het mvv-vereiste op medische gronden te vragen.
- Ten slotte kan op basis van artikel 64 Vw uitzetting achterwege blijven als het vanwege de gezondheidstoestand van de vreemdeling of één van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen. Artikel 64 Vw kan ook worden ingeroepen als stopzetting van de medische behandeling een medische noodsituatie zal doen ontstaan, behandeling niet in het land van herkomst kan plaatsvinden en de benodigde behandeling ter voorkoming van deze noodsituatie naar verwachting één jaar of

korter zal duren. Artikel 64 Vw geeft rechtmatig verblijf en recht op opvang, maar geen verblijfsvergunning.

Vereenvoudiging van toelatingsstelsel

De mvv-vrijstelling op medische gronden en «buiten schuld medisch» zullen ook in de toekomst nodig blijven. Voor het overige is het mijn voorname om bovenstaande verscheidenheid aan toelatingsvormen «medisch» te vereenvoudigen. Hierbij wordt overigens niets gewijzigd aan de eisen die worden gesteld aan de ernst van de medische problematiek, wil dit tot verblijfsaanvaarding in Nederland leiden. De vereenvoudiging houdt in dat een reguliere vergunning onder de beperking «medische behandeling» in de toekomst alleen nog zal worden verleend als aan de daartoe gestelde voorwaarden wordt voldaan (Nederland als meest aangewezen land, noodzakelijke behandeling en deugdelijke financiering). In de overige gevallen is in principe tijdelijkheid het uitgangspunt, hetgeen zich slecht verhoudt met het onmiddellijk verlenen van een verblijfsvergunning. Ik stel voor om in die situaties voortaan verblijf op basis van artikel 64 Vw toe te kennen. Hiermee wordt de huidige toepassing van artikel 64 Vw uitgebreid, en komt de verblijfsvergunning «medische nood» te vervallen.

De redeneerlijn is als volgt:

- de vreemdeling is in Nederland en voldoet niet aan de vereisten voor een reguliere verblijfsvergunning onder de beperking «medische behandeling»;
- het is gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of één van zijn gezinsleden niet verantwoord om te reizen, bijvoorbeeld omdat stopzetting van de medische behandeling een medische noodsituatie doet ontstaan;
- de vreemdeling wordt daarom eerst een bepaalde periode (maximaal één jaar of de duur van de behandeling) uitstel van vertrek verleend op grond van artikel 64 Vw (en hem en zijn gezinsleden wordt opvang en zorg geboden);
- na een periode van een jaar in de opvang, bij voortdurende medische problematiek, is het redelijk om naar een bestendig verblijfsrecht met de daarbij behorende rechten (zoals uitplaatsing naar de gemeente) over te gaan;
- daarom kan na ommekomst van een jaar artikel 64 Vw de vreemdeling, indien nog altijd aan de voorwaarden voor artikel 64 Vw wordt voldaan, in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning regulier op medische gronden tenzij sprake is van een BMA-advies waarin expliciet wordt aangegeven dat de medische problematiek (naar verwachting) korter zal duren dan een jaar. Bij het verlenen van een reguliere verblijfsvergunning zullen niet alle voorwaarden voor regulier verblijf worden tegengeworpen (bijv. mvv-vereiste).

Naast de bestaande toepassingsvormen van artikel 64 Vw en bovengenoemde aangepaste toepassing in geval van medische nood, ligt het in de rede om artikel 64 Vw in sommige gevallen tevens toe te passen voor een bepaalde termijn in afwachting van het medisch advies/besluitvorming, bijvoorbeeld als er een parallelle procedure op medische gronden is gestart naast de asielprocedure en het asielverzoek intussen is afgewezen (zoals beschreven in bovenstaand deel III, «medische aspecten parallel aan de asielprocedure»). Hiermee wordt voorkomen dat vreemdelingen die een medische procedure zijn gestart tijdens hun asielprocedure op straat terecht komen dan wel (zonder rechtmatig verblijf) in de opvang worden «gedoogd». Artikel 64 Vw wordt in deze situatie, waar mogelijk, verleend met een concrete termijn/einddatum en BMA zal worden verzocht deze zaken met prioriteit te behandelen.

Resumerend zal het nieuwe medische toelatingskader bestaan uit voortzetting van de vergunningen «medische behandeling» en «buiten schuld medisch» en ongewijzigde handhaving van de mogelijkheid tot vrijstelling van het mvv-vereiste om medische redenen. De vergunning «medische nood», die in het verlengde lag van «medische behandeling» zal komen te vervallen. De toepassing van artikel 64 Vw 2000 zal worden uitgebreid en in de toekomst alle situaties beslaan waarin uitzetting om medische redenen, in eerste instantie tijdelijk, achterwege zal blijven. De toepassingsmogelijkheden van artikel 64 Vw 2000 zijn dan:

- uitstel van vertrek vanwege reisbeletsel (ongewijzigd);
- uitstel van vertrek vanwege medische noodsituatie die korter duurt dan een jaar (ongewijzigd);
- uitstel van vertrek vanwege medische noodsituatie die (mogelijk) nog langer duurt dan een jaar (nieuw, ter vervanging van medische nood);
- uitstel van vertrek voor een bepaalde termijn in afwachting van medisch advies/besluitvorming in het kader van de parallelle procedure (nieuw, in het kader van de parallelle procedure als de asielbeslissing wordt genomen terwijl het medisch advies nog niet gereed is).

Bovenstaand stelsel zal in de toekomst voor iedereen gaan gelden, en dus ook voor illegalen die aan het IND-loket een beroep op «medisch» doen. Ook voor hen zal het niet mogelijk zijn de vergunning «medische nood» aan te vragen. Dit zal dan ook worden geïncorporeerd in de systematiek van het Modern Migratiebeleid.

Bovenstaande stelselwijziging sluit aan bij het advies van de ACVZ om een oplossing voor medische zaken te zoeken die de «waterscheiding» tussen asiel en regulier zoveel mogelijk in stand houdt en (ambtshalve) parallel aan de asielprocedure kan worden toegepast. Ook wordt aangesloten bij het advies van de ACVZ om in beginsel alleen de vergunning «medische behandeling» als reguliere verblijfsvergunning medisch te behouden, waarbij de ACVZ suggereert een verblijfsvergunning «klemmende redenen van humanitaire aard» te creëren voor alle vormen van medische nood, zowel van kortdurende als van meer structurele aard. Op dit laatste punt volg ik de ACVZ niet; anders dan de ACVZ adviseert, kies ik ervoor in deze situaties niet direct tot vergunningverlening over te gaan, maar een vorm van opvang en rechtmatig verblijf te bieden die minder bestendig is en meer recht doet aan de humanitaire en tijdelijke «vangnet»- functie van medisch verblijf in Nederland.

Verhouding met terugkeer

Afhankelijk van de wijze van toepassing van artikel 64 Vw zijn er verschillende situaties met betrekking tot de instroom in de caseload van DT&V te onderscheiden. Het principe hierbij is dat als artikel 64 Vw korter dan drie maanden wordt toegepast de vreemdeling wél instroomt in de caseload van DT&V, en als artikel 64 Vw voor een langere periode wordt toegepast de vreemdeling niet wordt toegevoegd in de caseload van DT&V.

In het geval artikel 64 Vw duidt op tijdelijk uitstel van vertrek (dus korter dan drie maanden) kan de DT&V voorbereidingen treffen voor vertrek. Voordeel van het op tijd instromen van zaken, is dat voortvarend aan vertrek kan worden gewerkt zodat vreemdelingen zo veel mogelijk aansluitend kunnen terugkeren.

Indien iemand in een procedure langer dan drie maanden artikel 64 Vw krijgt toegekend, stroomt een persoon niet in bij de DT&V. Er is dan immers sprake van serieuze(re) medische problematiek waarbij het onvoorspelbaar is wanneer terugkeer aan de orde zal zijn. Dit zal voorbereidingen voor die terugkeer bemoeilijken, bijvoorbeeld omdat reis-

documenten intussen verlopen. Dit zou geen effectieve inzet van middelen zijn. Op het moment dat de vreemdeling na afloop van een jaar niet in aanmerking komt voor omzetting van artikel 64 Vw in een verblijfsvergunning en artikel 64 Vw ook niet wordt verlengd, stroomt de vreemdeling wél in de caseload van DT&V. DT&V schat echter in dat juist voor deze groep de vertrektermijn van vier weken, eventueel aangevuld met twaalf weken in de VBL, onvoldoende tijd biedt om de medische reisvoorwaarden geregeld te krijgen. Daarom zal, indien nodig, enige flexibiliteit worden betracht bij het beëindigen van de opvangvoorzieningen indien medische overdracht in Nederland dit vergt. Ook zal, indien nodig, conform de huidige praktijk, de termijn in de VBL kunnen worden verlengd om de kans op daadwerkelijk vertrek van deze complexe groep te optimaliseren.

Beschikbaarheid/feitelijke toegankelijkheid

Een belangrijk onderdeel van het reguliere toetsingskader «medisch» betreft de beschikbaarheid en toegankelijkheid van medische behandeling in het land van herkomst. Hierop wordt zowel in het rapport van de Commissie Klazinga (2007) als het ACVZ advies (2008) ingegaan. Deze discussie omvat zowel de vraag *welk beleids criterium* moet worden gehanteerd (individuele dan wel feitelijke toegankelijkheid of algemene beschikbaarheid van zorg) als de vraag *wie* dit moet beoordelen (medicus/BMA of niet-medicus, bijvoorbeeld een medewerker van het IND Bureau Land en Taal).

• Welk beleids criterium?

Wat betreft het te hanteren beleids criterium is de Kamer in het verleden meerdere malen bericht dat het in de praktijk nagenoeg onmogelijk is om de vraag te beantwoorden of de individuele vreemdelingen bij terugkeer naar hun land feitelijk toegang zullen krijgen tot de nodige medische zorg. De vraag naar de feitelijke toegankelijkheid tot de medische zorg voor een individu is geen medische vraag en verschillende factoren kunnen een rol spelen zoals financiële, geografische en infrastructurele factoren, alsmede veiligheidsaspecten. De positie van de vreemdeling zal hierin echter niet verschillen van vele van zijn landgenoten. Een criterium van individuele feitelijke toegankelijkheid zou neerkomen op het in sommige gevallen overgaan tot het verlenen van adequate medische zorg in het land van herkomst op individuele basis. In reactie op aanbevelingen van de Commissie Smeets is aan uw Kamer in 2004 al bericht dat daar vele praktische bezwaren aan kleven die dit in de praktijk nagenoeg onuitvoerbaar maken.¹

Ik zie dan ook voorsnog geen aanleiding om in zijn algemeenheid af te stappen van de lijn dat beschikbaarheid van de behandeling maatgevend is voor de besluitvorming. Mede naar aanleiding van recente jurisprudentie van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State inzake sommige door BMA gestelde reisvoorwaarden², wordt op dit moment onderzocht of het beleid aangepast dient te worden. U zult uiteraard van de resultaten van dit onderzoek op de hoogte worden gesteld.

• Beoordeling door wie?

De Commissie Klazinga heeft geadviseerd om de beoordeling of behandelmogelijkheden beschikbaar zijn in het land van herkomst niet bij artsen onder te brengen. Deze aanbeveling vloeit echter voort uit de aanbeveling om de feitelijke toegankelijkheid en de continuïteit van de zorg te beschouwen als belangrijke factoren bij het oordeel over de behandelmogelijkheden in het land van herkomst. De Commissie acht het voor een arts in Nederland bijna onmogelijk de vraag naar de daadwerkelijke behandelmogelijkheid in het land van herkomst of terugzending op individueel niveau te beantwoorden en stelt daarom dat het vanuit profes-

¹ Brief van 19 maart 2004 (Kamerstukken II, 2003/04, 19 367, nr. 806).

² Zaak nr. 200805577/1, 19 februari 2009.

sioneel en medisch-ethisch oogpunt onjuist is op deze manier het oordeel over de beschikbaarheid van behandelmogelijkheden in het land van herkomst bij artsen onder te brengen.

Ik volg de Commissie in diens oordeel dat een arts zich enkel dient uit te spreken over het eigen deskundigheidsgebied. Volgens de richtlijnen van de KNMG dient de arts, die het medisch advies opstelt, deskundigheid te hebben op het terrein waarop de vraagstelling zich afspeelt. Echter, zoals hierboven aangegeven zie ik, anders dan de Commissie, geen aanleiding om af te stappen van het criterium van beschikbaarheid van de behandeling (in tegenstelling tot feitelijke individuele toegankelijkheid). De beschikbaarheid van een behandeling betreft een medisch-technische vraag die de IND niet kan beantwoorden zonder tussenkomst van een medisch deskundige. Voor het oordeel of de concrete behandelingen en medicijnen die in het land van herkomst aanwezig en toereikend zijn voor de klachten van een vreemdeling is medische expertise vereist.

De staatssecretaris van Justitie,
N. Albayrak